



FN MOTOL

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ UK 2. LF



Cesta k modernímu ošetřovatelství XII.

recenzovaný sborník příspěvků z konference Daniel Jirkovský (Ed.)

Fakultní nemocnice v Motole
16.09. a 17.09. 2010

Recenzovali:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.

PhDr. Šárka Tomová

PhDr. Marie Hlaváčová

Mgr. Hana Nikodemová

2

Vydala:

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

jako svoji 4. publikaci.

Editor: PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Počet stran: 165

Vydání: první, Praha, 2010

Náklad: 120 výtisků na CD ROM

Grafická úprava: Jaromír Morávek, Fakultní nemocnice v Motole

Neprodejné!

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Za obsah příspěvků odpovídají jejich autoři.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole

Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN 978-80-87347-03-4

OBSAH:

| | |
|--|-------------------------|
| <i>Nováková J.</i> <i>Úvodní slovo</i> | <i>str.</i> 6 |
| <i>Jarošová D., Papastavrou E., Efstathiou G., Leino-Kilpi H., Suhonen R., Patiraki E, Palese A., Tomietto M., Balogh Z.</i> <i>Pojetí péče v ošetrovatelství</i> | 7 |
| <i>Marková E., Vaňková M.</i> <i>Je ošetrovatelská péče ženská práce?</i> | 9 |
| <i>Chloubová I.</i> <i>Manažerské intervence a jejich vliv na vztah sestry - lékař</i> | 14 |
| <i>Novotná E.</i> <i>Výkon profese v intenzivní péči a její vliv na životní styl sestry</i> | 20 |
| <i>Švarcová E.</i> <i>Etika v péči o klienta</i> | 26 |
| <i>Raudenská J.</i> <i>Etické aspekty léčby chronické nenádorové bolesti</i> | 30 |
| <i>Vyskotová J.</i> <i>Rozhodování sestry v intenzivní péči</i> | 36 |
| <i>Svobodová H., Zvoníčková M., Heřmanová J.</i> <i>Fenomén utrpení v ošetrovatelské péči</i> | 37 |
| <i>Ondriová I., Magurová D., Derňárová L., Jakubíková M.</i> <i>Komunikácia so sluchovo postihnutým v ošetrovateľskej praxi</i> | 40 |
| <i>Fertaľová T., Slaninková J., Galdunová H.</i> <i>Kreativita v práci sestry so sluchovo znevýhodneným pacientom</i> | 43 |
| <i>Lamková I., Boroňová J.</i> <i>Edukační proces u ženy procházející klimakteriem</i> | 46 |
| <i>Dorková Z., Šrahůlková K.</i> <i>Péče o psychické potřeby hospitalizovaných dětí</i> | 50 |
| <i>Haluzíková J.</i> <i>Interpersonální vztahy v ošetrovatelském týmu</i> | 56 |
| <i>Archalousová A.</i> <i>Oborová didaktika – androdidaktika odborné praxe v ošetrovatelství a v por. asistenci</i> | 58 |

| | |
|--|-----|
| <i>Nikodemová H., Tomová Š., Hlaváčová M.</i> <i>Klinická ošetrovatelská praxe očima studentů</i> | 62 |
| <i>Hlaváčová M., Tomová Š., Nikodemová H.</i> <i>Využití vybraných bodyterapeutických technik jako prevence syndromu vyhoření</i> | 64 |
| <i>Vaňková M., Marková E.</i> <i>Supervize jako čas vyhrazen na (řízenou) reflexi o klinické práci</i> | 68 |
| <i>Margaritovová M.</i> <i>Výuka psychologie na SZŠ - prezentace projektu "Síla pochvaly" - práce žáků CSZŠ Jana Pavla II.</i> | 75 |
| <i>Tomová Š., Nikodemová H., Hlaváčová M.</i> <i>Výuka komunikačních dovedností studentů zdravotnických oborů</i> | 77 |
| <i>Jirkovský, D.</i> <i>Inovace praktické výuky ošetrovatelství</i> | 80 |
| <i>Jarošová D., Sikorová L., Marečková J., Pajorová H.</i> <i>Využití standardizovaných škál pro hodnocení seniorů jako příklad dobré praxe</i> | 83 |
| <i>Zeleníková R., Žiaková K.</i> <i>Ošetrovatel'ská diagnóza Akútna bolesť vo validizačných štúdiách</i> | 85 |
| <i>Kalábová L., Zlámal J., Křečková-Tůmová N.</i> <i>Posun v očekávání zdravotní péče u těhotných rodiček - interpretace výsledků předvýzkumu</i> | 86 |
| <i>Festová A.</i> <i>Rozvoj péče komunitních porodních asistentek jako prvek ke zlepšení ošetrovatelské péče</i> | 93 |
| <i>Venglářová M.</i> <i>Problematické situace na pracovišti</i> | 94 |
| <i>Jirkovský, D., Ludvíková, Z.</i> <i>Systém managementu kvality na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV - zkušenosti zaměstnanců a pacientů</i> | 95 |
| <i>Kořínková R.</i> <i>Adaptace absolventů na odděleních JIP ve FN Motol</i> | 107 |
| <i>Jirkovský, D.</i> <i>Rozvíjení komunikačních a manažerských dovedností zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče</i> | 112 |
| <i>Chrásková J., Vránová V.</i> <i>Kvalita života žen s močovou inkontinencí v Ústeckém kraji</i> | 116 |

| | |
|---|-----|
| <i>Fiamová M., Mihalovičová J.</i> <i>Telesná aktivita a šport rehabilitantou v NRC Kováčová</i> | 117 |
| <i>Nosálková M.</i> <i>Onkologický pacient ve vztahové síti současného systému zdravotní péče v ČR</i> | 121 |
| <i>Chrdlová M., Tichá P., Kořínková I.</i> <i>Dobrovolnický program Amelie, jako možnost dobré spolupráce s komplexními onkologickými centry</i> | 124 |
| <i>Marková V.</i> <i>Sociální práce jako nedílná součást léčebné a ošetrovatelské péče</i> | 127 |
| <i>Michálková H., Hudáčková A.</i> <i>Kulturně diferencovaná péče o Mormony</i> | 133 |
| <i>Kopecký J.</i> <i>Pacient muslimského vyznání a ošetrovatelský proces</i> | 140 |
| <i>Landsmann I.</i> <i>Práce sester s přístrojovou technikou na JIP zaměřené na kardiochirurgii</i> | 146 |
| <i>Sentenská P.</i> <i>Ošetrovatelská péče o pacienty s využitím léčebné metody ECMO</i> | 147 |
| <i>Laštovková Z.</i> <i>Léčebná mírná hypotermie u nemocných po srdeční zástavě</i> | 148 |
| <i>Krejčová E., Hiršlová A.</i> <i>Anestezie dětí při ambulantních výkonech ve FN Motol</i> | 152 |
| <i>Bujdová N.</i> <i>Niektoré sociálne problémy onkologického pacienta</i> | 153 |
| <i>Bujdová N.</i> <i>Relativizmus v etike</i> | 155 |
| <i>Praško J.</i> <i>Jak zůstat ženou, matkou i profesionálkou a nevyhořet.</i> | 157 |
| <i>Dohnalová R., Vejdělková R.</i> <i>Dobrovolníci v motolské nemocnici</i> | 162 |

ÚVODNÍ SLOVO

Jana Nováková
Fakultní nemocnice v Motole

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

podzim je období, kdy dny se krátí a noci prodlužují. Nejkrásnější je pohled na zbarvené stromy, zelené jehličnany, žluté břízy či zčervenalé javory. Podzim je ale také obdobím, kdy se koná několik konferencí s ošetřovatelskou tematikou. Konference s mezinárodní účastí s názvem „Cesta k modernímu ošetřovatelství „ patří mezi ně.

Dovoluji si Vám, konečně jako každoročně, předložit recenzovaný sborník z letošní konference, která byla již dvanáctá v pořadí. Na půdě fakultní nemocnice se konala ve dnech 16. – 17. 9. 2010. Konference se těšila zájmu účastníků nelékařských profesí z celé republiky i ze zahraničí. Na konferenci, zaměřené na všeobecnou problematiku v ošetřovatelství, zazněla řada zajímavých a inspirativních příspěvků na téma např. sestra a její profese, komunikace a edukace v ošetřovatelství, cesta ke kvalitní a bezpečné péči či multidisciplinární péče. V rámci konference se konal také workshop na téma intenzivní péče v chirurgii. Sesterskou profesi nepochybně podpořil doc. MUDr. Ján Praško sdělením „Jak zůstat, ženou, matkou i profesionálkou“.

Na základě provedeného průzkumu spokojenosti účastníků si dovoluji říct, že konference splnila Vaše očekávání. To nás velmi těší, ale zároveň zavazuje při přípravě dalšího ročníku.

Domníváme se, že na cestě k modernímu ošetřovatelství jsme udělali další krok vpřed, ale kolik nás jich ještě čeká

Velký dík patří všem aktivním účastníkům, posluchačům, organizátorům i sponzorům.

Hodně pracovních a osobních úspěchů přeje

Jana Nováková

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: jana.novakova@fnmotol.cz

POJETÍ PÉČE V OŠETŘOVATELSTVÍ (abstrakt)

¹Darja Jarošová, ²Evridiki Papastavrou, ²Georgios Efstathiou, ³Helena Leino-Kilpi, ³Riitta Suhonen, ⁴Elisavet Patiraki, ⁵Alvisa Palese, ⁵Marco Tommieto, ⁶Zoltan Balogh

¹Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

²Cyprus University of Technology, Cyprus

³University of Turku, Department of Nursing Science, Finland

⁴National and Kapodistrian University of Athens, Department of Nursing, Greece

⁵University of Udine, Italy, ⁶Semmelweis University, Budapest, Hungary

Souhrn:

V příspěvku jsou prezentovány výsledky mezinárodní komparativní studie koordinované Kyperskou technickou univerzitou ve spolupráci s mezinárodní výzkumnou skupinou. Cílem projektu bylo popsat a srovnat vnímání ošetřovatelské péče z pohledu pacientů a sester v 6 evropských zemích: Kypr, Finsko, Řecko, Itálie, Maďarsko, Česká republika. Data byla sbírána ve stejném čase (1. 9. - 30. 11. 2009) a stejné míře na chirurgických odděleních vybraných nemocnic v každé z uvedených zemí. Data za ČR byla sbírána ve čtyřech nemocnicích Moravskoslezského kraje.

Standardizovanými dotazníky byly zjišťovány názory pacientů (n = 1565) a sester (n = 1148), které o ně pečovaly, na způsob a úroveň poskytnuté ošetřovatelské péče, spokojenost pacientů s poskytovanou ošetřovatelskou a zdravotní péčí, spokojenost pacientů s jejich pobytem v nemocnici, rozdíl ve „vnímání“ poskytované péče mezi pacienty a sestrami, vztah mezi vnímáním poskytované péče pacienty a jejich vyjadřovanou spokojeností s péčí. Vnímání poskytované péče pacienty a sestrami bylo měřeno standardizovaným nástrojem Caring Behaviors Inventory (CBI-24), poskytování individualizované péče standardizovaným dotazníkem Individualized Care Scales (ICS) – oba dotazníky byly zadávány sestram i pacientům. Výsledky prokázaly signifikantní vztahy mezi některými demografickými proměnnými sester (pohlaví, věk, vzdělání, praxe, pracovní pozice) a pacientů (věk, plánovaná hospitalizace, zdravotní stav) a jejich vnímáním ošetřovatelské péče a individualizované péče.

Statistickým porovnáváním získaných dat mezi jednotlivými státy byly zjištěny rozdíly v hodnocení českých pacientů vzhledem k ostatním zemím. Čeští pacienti hodnotili položky a všechny dimenze nástroje CBI-24 (vnímání ošetřovatelské péče) signifikantně hůře než pacienti z ostatních zemí ($p \leq 0,01$). Byly nalezeny také rozdíly mezi hodnocením českých sester a českých pacientů – pacienti ohodnotili jednotlivé komponenty poskytované ošetřovatelské péče hůře než sestry, které o ně pečovaly.

Spokojenost pacientů byla hodnocena standardizovaným nástrojem Patient-Satisfaction Scale (PSS). U celého mezinárodního souboru pacientů pak byl prokázán pozitivní signifikantní vztah mezi spokojeností pacientů a jejich vnímáním ošetřovatelské péče ($p \leq 0,05$) a stejně tak mezi individualizovanou péčí a vnímáním ošetřovatelské péče ($p \leq 0,01$).

Klíčová slova: koncept péče; mezinárodní komparativní studie; sestry; pacienti; CBI-24; ICS; PSS

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě

Syllabova 19

703 00 Ostrava 3

e-mail: darja.jarosova@osu.cz

Plný text příspěvku je zaslán k publikaci do časopisu Kontakt.

OŠETŘOVATELSTVÍ JAKO ŽENSKÁ PRÁCE?

¹⁾Eva Marková, ²⁾Milena Vaňková

¹⁾Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařská fakulta UK v Praze

²⁾Ústav ošetřovatelství, 3. lékařská fakulta UK v Praze

Souhrn:

Autorky příspěvku se zabývají rozpory v ošetřovatelství, které ho provázejí od nejranějších počátků až po současnost. Zaměří se na genderovou povahu zaměstnání, do jaké míry je ošetřovatelství "ženskou prací". V další části se zabývají interakcí sestra – lékař z pohledu tradičních rolí mužů a žen.

Klíčová slova: Gender; ženská práce; vztah sestra - lékař

Úvod

Je zajímavé sledovat určité rozpory v ošetřovatelství, které tento obor provázejí od počátku jeho profesionalizace. Pěči o nemocné a nemohoucí osoby většinou vykonávaly ženy a proto se budeme zabývat problémem tzv. „ženské práce“. Při bližším zkoumání pak dojdeme k názoru, že ošetřovatelská profese má genderovou povahu. V této souvislosti také nelze opomenout vztah lékař – sestra. Tento vztah je ovlivněn tradičními rolmi mužů a žen a tyto role více či méně komplikovaly pracovní vztahy v rámci zdravotnického týmu.

9

Gender ošetřovatelství a ženská práce

Socioložka Eva Garmanikow se zabývá dlouhodobě tématy gender, třídy a práce. Podle této autorky (Garmanikow, 1978) se teoretici ošetřovatelství zabývali nejprve biologickým determinismem. Vycházeli z názoru, že veškeré lidské chování a myšlení je determinováno biologickými faktory (genetickými, ontogenetickými aj.) a může být jimi zcela vysvětleno. Uváděli, že pečovat o osoby a vychovávat je, bylo pro ženy zcela "přirozené", a tedy se dalo předpokládat, že se této činnosti spontánně ujmou. O tom, že tomu tak bylo, se můžeme dočíst ve starých spisech o církevních řádech a o počátcích péče o nemocné. V hospicích či špitálech ošetřovali nemocné, chudé a staré osoby ošetřovatelky, které se nestaraly jen o *chovance špitální* (Secký, 1928, s. 54), ale vykonávaly i práce ženám příslušející. Je však možné, že o nemocné duchovní pečovali i muži. Secký (1928, s. 64) píše, že „*míval povinnost pečovati o nemocné duchovní v chrámu sv. Vítkého oltářník sv. Václava*“. Dělbá práce mezi lékaři a sestrami byla založena na "přirozeném" řádu věcí. Garmanikow však šla dále a nahlížela „ošetřovatelství jako ženskou práci“ z feministické perspektivy. V této souvislosti se hovoří o gender ošetřovatelství. Zdá se, že ošetřovatelství ztělesňuje aspekty ženství jako pasivitu, sebeobětování, oddanost a podřízenost, které jsou tak problematické pro feminismus. Týká se to nejen obsahu práce, ale i sociálních vztahů. V dobách reformování ošetřovatelství, tedy v době působení Florence Nightingale a dalších sester reformátorek bylo v podstatě legitimní použít ideologii „ženskosti“. Důležitým argumentem tehdy bylo, že ženy by měly dělat ošetřovatelské práce, vždyť i v domácnosti vykonávají obdobné práce. „Pečovatelské“ vlastnosti byly přece tak ženské. Ošetřovatelství tehdy nahlíželi jako práci pro ženy. To se později ukázalo jako zásadní problém. Ale viděno z tehdejší perspektivy, v době, kdy feministická hnutí prosazovala uplatnění žen v práci, právo na vzdělání, volební právo, to asi

ani jinak nešlo. Účel světí prostředky, mohli bychom snahu reformátorek ošetrovatelství kolem Florence Nightingale charakterizovat takto machiavellisticky. Spojením ošetrování nemocných s ženskostí v rovině úkolů a osobnosti bylo prosazováno právo na vzdělání, zaměstnanost a budování kariéry. Garmanikow (1978) viděla dělbu práce mezi lékaři a sestrami jako sociální, nikoliv biologickou. Uvedla, že lékaři se snaží "ženskost definovat ve vztahu k patriarchální ženské podřízenosti, k zajištění své vlastní dominance". Lékaři využili ideologie „ženskosti“ a začali rozlišovat dominanci a podřízenost ve zdravotní péči. Pro sebe si zajistili dominanci. Rozdílné představy sester a lékařů, co je ošetrovatelství a co ženskost, leží v samém jádru ošetrovatelské profese. A to právě činí gender v ošetrovatelství tak složitým a problematickým. Reforma ošetrovatelství, která se datuje rokem 1860, kdy Florence Nightingale založila školu pro sestry v St. Thomas Hospital, přinesla možnost rozvoje ošetrovatelství jako oboru, profese i možnost vzdělání. Ošetrování nemocných bylo povýšeno z kategorie domácích prací. Bylo definováno jako část zdravotní péče. Tyto změny pochopitelně poznamenaly vztah lékař – sestra a poněkud nalomily dominanci lékařů ve zdravotní péči. (Garmanikow, 1978, Holden, Littlewood 1991, Cooke, Philip, 2008)

Emancipační hnutí

Podobně jako v ostatním světě i u nás se začínají prosazovat během 19. století emancipační snahy a myšlenky. Ženské emancipační hnutí je součástí širšího emancipačního myšlenkového proudu, zpočátku evropského a později i severoamerického. Odrazovým můstkem tzv. první vlny emancipace žen, v západní Evropě vymezené rokem 1791 až dvacátými léty 20. století, bylo osvícenství a částečně i Velká francouzská revoluce. I když někteří autoři hovoří o první vlně feminismu nebo také o staré vlně feminismu jako o různě dlouhém období zhruba od 15. století. (Dočekalová, Švec, 2010) Výsledkem pak bylo právo vlastnit majetek, právo na vzdělání, mít zaměstnání, volební právo a právo být volena. České země zasáhl proud emancipačního hnutí až v době národního obrození. „Chléb a růže“ bylo heslo žen minulosti, kterým prosazovaly své právo na vzdělání, právo volit a být voleny, ale šlo také o ekonomické jistoty, společenský respekt a úctu. (Haisová, 2007) Do čela emancipačního hnutí se postavily silné ženské osobnosti, např. Božena Němcová, Magdalena Dobromila Rettigová, Karolina Světlá, Eliška Krásnohorská. Do našich zemí přivezl svěží vítr emancipace Vojtěch Náprstek (1826 – 1894) z USA. Byl přesvědčen o smysluplnosti rovnoprávnosti mužů a žen pro vývoj národa. V roce 1865 kolem něho vznikl **Americký klub dam** za vydatné pomoci Karoliny Světlé. Krédem bylo všeobecné rovné volební právo pro ženy, rovný přístup ke vzdělání, stejná mzda za stejnou práci a zlepšení ekonomického postavení žen, jejich lepší uplatnění v občanském životě (Haisová, 2007), podpora dobročinnosti, péče o děti a mládež, ale i nových myšlenek a strojů, včetně jejich zavádění do domácnosti. (Sokačová, 2005) Karolina Světlá založila v roce 1871 **Ženský výrobní spolek**. Jeho Stanovy pravily že „*účelem Ženského Výrobního Spolku Českého v Praze jest péče o zdokonalení a rozšíření výroby ženské, o prospěšný odbyt výrobků ženské práce, zabezpečení materiálního stavu a rozšiřování vzdělání ženštin na zásadě vzájemné součinnosti*“ (Výroční zpráva ženského výrobního spolku českého v Praze, 1888, §1). Dalším cílem bylo opatřit nemajetným ženám, zejména vdovám po vojácích z prusko – rakouské války (1866), práci a také je na ni připravit. K tomuto účelu byla zřízena obchodní a průmyslová škola a kurzy pro vychovatelky a ošetrovatelky. V roce 1874 byla za přispění Spolku zřízena vedle pracoven pro šití prádla a vyšívání a obchodní školy také **první ošetrovatelská škola v Praze**. Otevřením **České státní školy pro ošetrování nemocných** při c.k. všeobecné nemocnici v roce 1916 i u nás vykročily sestry k profesionalizaci ošetrovatelství.

Organizace ošetrovatelské péče a vzdělávání sester

V historii profesionalizace ošetrovatelské péče byly některé důležité momenty. Je to vytvoření segmentu ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Tím, jak vznikala nová a nová oddělení v nemocnicích, měnila se organizace ošetrovatelské péče, vytvářel se postupně centrální systém ošetrovatelské péče. Lékaři to mohli vnímat jako určitou ztrátu kontroly nad ošetrovatelskou péčí. A další důležitý moment bylo vytvoření systému vzdělávání sester. Vzdělávání sester mělo od počátku dvě části: teoretickou a praktickou. Teorii v počátcích vzdělávání sester přednášeli lékaři (anatomie, fyziologie). V zahraničí tuto přednáškovou činnost postupně přebíraly sestry. Šlo o nezbytně nutný základ medicínských oborů, aby, jak říkala F. Nightingale, sestry věděly „proč“. (Holden, Littlewood 1991) U nás jsou dodnes odděleny přednášky medicínských oborů a ošetrovatelských. Lékaři vítali na jedné straně, že mají vyškolené sestry pro tzv. asistentské práce, a na druhé straně měli stále potřebu svým způsobem kontrolovat kurikulum a mít tak ošetrovatelskou praxi pod kontrolou. Pro lékaře byla poslušnost ve vztahu ošetrovatelství k medicíně důležitým atributem. (Holden, Littlewood 1991)

Role sestry, lékaře (a pacienta) a jejich vzájemné vztahy

Garmanikow (1978) zmiňuje také, že role přiřazené lékaři, sestře a pacientovi jsou replikovány jako role otce, matky a dítěte ve viktoriánské domácnosti. Lékař dal rozkaz, sestra něco odnesla, přinesla, provedla u pacienta, a on udělal, co mu bylo řečeno, a jako viktoriánské dítě, měl být "vidět a ne slyšet". Můžeme tedy odvodit, že tato dělba práce měla mnoho nevýhod pro pacienty i sestry. Podle Hart (2004) má ošetrovatelství společné právě toto spojení s "utlačovanou matkou". (Cooke, Philip, 2008) Stejně jako otec, jehož práce je definována, má lékař jasné parametry své role. Sestra však stejně jako matka musí být všude "tu i tam", a proto se očekává, že se vyrovná i s nenadálou situací. Tato "neomezená odpovědnost" má hluboký a často negativní dopad na postavení a pracovní podmínky sester. (Cooke, Philip, 2008) Zvláště je to těžké pokud máme sami definovat hranice ošetrovatelství. Rozšíření této domácí metafory popsal psychiatr Stein (1967) jako rituál interakce sestry-lékař a nazval je "hry lékař-sestra". (Cooke, Philip, 2008) Sestry a lékaři hráli navenek na pracovišti tradiční role mužů a žen. Sestra se měla naučit podávat návrhy lékaři tak, aniž by narušila jeho autoritu, nebo se měla zdát být otevřeně asertivní. Naučila se je tedy podávat skrytě tak, aby se doporučení či poznámky k léčbě zdály být navrhované lékařem. Od sestry se proto očekávalo, že spíše přijme roli, která by odpovídala stereotypu ženy, používající "ženské lsti", aby přesvědčila manžela, než, že by přijala roli asertivních a respektovaných profesionálů. Jednoduše řečeno, sestra dělala vše proto, aby lékař neztratil tvář. V roce 1990, Stein "přehodnotil" "hry lékař-sestra" a poznamenal, že sestry se "rozhodly zastavit hru" a staly se mnohem otevřenější a asertivnější. (Cooke, Philip, 2008) Sestry reformátorky se snažily během devatenáctého století prokázat sestrám cestu k profesní kariéře. O století později se ekonomické a sociální podmínky dramaticky změnily. Nová práva pro ženy na pracovišti spolu s růstem zaměstnanosti v odvětví služeb, kde "soft" dovednosti, jako je péče a komunikace, tradičně spojovány s ženami, byly ve vysoké poptávce. Ošetrovatelství bylo jen jedna z mnoha kariér, kam se ženy rozhodnou nastoupit. Genderová struktura zdravotní péče se výrazně změnila v druhé polovině dvacátého století. Muži sestry nebyli přijímáni na Royal College of Nursing až do roku 1960 a před tímto obdobím byli muži sestry soustředěni v oblasti ošetrovatelské péče o duševního zdraví a byli členy odborů. Postupně se obor všeobecná sestra začal otevírat mužům, kteří rychle převzali nepoměrně vyšší počet vedoucích funkcí, než by si zasloužili. Muži tvoří přibližně 10% ošetrovatelské pracovní síly, ale zabírají přibližně 40% z vyšších míst. Ošetrovatel je zastoupen v řízení, výzkumu a vzdělávání v ošetrovatelství. Během pozdního dvacátého století začal stoupat počet žen v

medicině, v roce 1990 bylo 50% studentů-mediků ženy (podobný trend je i na českých lékařských fakultách). Tradiční "hra doktor-sestra" se stala zastaralou a v mnoha situacích se zdravotní sestry staly více asertivní. (Cooke, Philip, 2008) To však nemusí nutně znamenat konec genderové nerovnosti v oblasti zdravotní péče, ale že se to netočí jednoduše jen kolem vztahu lékař-sestra. V těchto případech, kdy přichází zpochybnění sestry v roli doktorovy "služky", vyvíjely sestry strategie, aby uplatnily svou profesionální nezávislost. Vzdělání bylo viděno jako klíč k profesnímu růstu a do konce 20. století, bylo vzdělání všeobecné sestry převedeno do univerzitního sektoru a sestry pokračovaly v rozvoji vlastní teorie a výzkumu. Nicméně je stále otázkou diskuse jaký dopad mají tyto změny na realitu ošetrovatelství u lůžka. (Cooke, Philip, 2008)

Závěr

Sestry používaly rétoriku o ženskosti, aby získaly lepší postavení ve veřejné sféře a uplatnily se v zaměstnání. Práce sester byla přirovnávána k práci v domácnosti. Strategie „aktivního ženství“ měla své opodstatnění v době reformování profese sestry. (Holden, Littlewood 1991) Rozdílné představy sester a lékařů, co je ošetrovatelství a co ženskost, leží v samém jádru ošetrovatelské profese. Postupně se názory na práci sestry a dělbu práce mezi sestrami a lékaři posouvaly od biologického determinismu přes kontext feministického hnutí k vnímání ošetrovatelské profese a dělby práce, jak ji známe dnes, a to za přispění důležitých momentů, jakými jsou změny v organizaci poskytování ošetrovatelské péče a vzdělávání sester. Gender použily sestry k posílení své pozice, ale pro lékaře znamenal spíše potlačení moci.

Literatura:

- DOČEKALOVÁ, P., ŠVEC, K. *Úvod do politologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-2940-4
- COOKE, H., PHILIP, S. *Sociology for Nursing and Healthcare*. UK : Churchill Livingstone Elsevier, 2008, 232 s. ISBN 978-0443-10155-7
- GARMANIKOV, E. *Sexual Division of Labour: The Case of Nursing*. In: Kuhn, Annette & Wolpe, AnnMarie. *Feminism and Materialism. Women and Modes of Production*. London: Routledge, Boston: Henley, 1978, 231 s. ISBN 0-415-04881-8
- HAISOVÁ, M. tým Agentury GAIA, o. s. *Quo vadis, femina? – vize žen o trvale udržitelném životě*. Publikace vydaná v rámci projektu Quo vadis, femina? Spolufinancovaného Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky. Nakl. Petr Novák – Gimlí, 2007 ISBN: 978-80-903966-0-9 www.quovadisfemina.cz
- HOLDEN P., LITTLEWOOD, J. *Anthropology and Nursing*. London: Routledge, 1991. 231 s. ISBN 0-415-04881-8
- SECKÝ, R. *Staropražské špitály*. Praha : s.n., 1928. Studie o vývoji špitálů, hospiců, chorobinců a jiných zdravotnických zařízení ve středověké Praze.
- SOKAČOVÁ, I. *Kam směřují neziskové organizace zaměřené na rovnost žen a mužů?* Verze 3.3 (2005) poslední aktualizace 12. 10. 2005. [cit. 2010-06-15]. Dostupné na internetu <http://www.feminismus.cz/fulltext.shtml?x=670488>,
- Výroční zpráva ženského výrobního spolku českého v Praze*. Stanovy Ženského Výrobního Spolku Českého v Praze. Periodikum, číslo výtisku 1, 1888. ISSN: 1803-3601

Kontaktní adresa:

Mgr. Eva Marková

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

1. lékařská fakulta UK v Praze

Vídeňská 800

149 00 Praha 4 - Krč

Email: eva.markova@lf1.cuni.cz

MANAŽERSKÉ INTERVENCE A JEJICH VLIV NA VZTAH SESTRA-LÉKAŘ

Ivana Chloubová, Sylva Bártlová, Marie Trešlová
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Souhrn :

V rámci výzkumu postavení sestry v multidisciplinárním týmu (Řešení grantového úkolu IGA MZ ČR č.NS/9604-3, který je realizován za finanční podpory IGA MZ ČR) byl vztah sestry – lékař analyzován z různých pohledů. Zjišťovány byly názory na existující pracovní vztahy a formy spolupráce mezi lékaři a sestrami i skutečnost, jaké typy spolupráce sledované skupiny preferují. Sledovány byly rovněž neformální kontakty mezi lékaři a sestrami a jejich dopad na kvalitu postavení sestry v multidisciplinárním týmu. Pozornost byla věnována otázce rozdělení kompetencí a jejich respektování, hodnoceno bylo rovněž chování lékařů k sestram. V této souvislosti bylo též zjišťováno, zda se na pracovištích vyskytuje šikana či sexuální obtěžování. Zvláštní důraz byl kladen na existenci konfliktů ve vztazích lékařů a sester a objasnění jejich příčin i vlivu na vzájemné vztahy. Uvedené skutečnosti byly zjišťovány z pohledu lékařů, sester i managementu. To umožnilo provést jejich porovnání a identifikovat rozdíly, které se v mínění těchto skupin objevují.

Klíčová slova:

Setra – lékař – management - multidisciplinární tým – konflikt

14

Úvod

Vlivem transformace zdravotní péče včetně ošetřovatelství zaznamenává postavení sestry v multidisciplinárním týmu výrazné změny. Existence zdravotnické organizace s dostatečným počtem pracovníků, optimálním složením personálu a dobrou pracovní atmosférou a spolupráce mezi členy celého týmu má značný vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče a na její výsledky. Lze očekávat, že přibližováním České republiky zemím Evropské Unie tlak na změnu postavení sestry v multidisciplinárním týmu a to především ve vztahu sestry – lékař zesílí. Kvalifikovaná sestra má nezastupitelnou roli v tomto týmu a dostává se v něm do partnerského postavení.

Je zapotřebí podporovat v práci lékařů a sester multidisciplinární týmovou práci, klást důraz na zkvalitňování komunikace a spolupráci všech členů léčebného i ošetřovatelského týmu, jejichž společným jmenovatelem je orientace na pacienta. Nekooperující vztahy mezi lékaři a sestrami ovlivňují pracovní atmosféru, spolupráci, předávání informací a tím kumulaci nedorozumění, přinášející negativní dopad na výsledky poskytované péče.

Cílem výzkumu bylo odhalení příčin hlavních oblastí problémů v postavení sestry v multidisciplinárním týmu a to především ve vztahu sestry-lékař. Dále zjistit, jak kvalita tohoto vztahu ovlivňuje jejich pracovní spokojenost, fluktuaci sester, riziko syndromu vyhoření a jaký má vliv na kvalitu péče o pacienta.

Mění se role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický – autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský. Tento partnerský vztah se promítá i do vztahu lékař – sestra. Vytváří se podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni těchto rovnoprávných vztahů. Lze očekávat, že s přibližováním České republiky

vyspělým evropským zemím tlak na změnu chápání vztahu pacient - zdravotník zesílí a to s sebou přinese i nutnost změny postojů ve vztahu lékař – sestra. Lze říci, že vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou přispívá i k lepší kvalitě poskytované péče.

Zdálo by se, že lékař i sestra, jejichž hlavním cílem je pečovat o pacienta, budou spolu v dobrých vztazích, neboť jim jde o jeden společný cíl. Avšak řada problémů ve vztahu sestra – lékař vyplývá i ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče.

Mnohdy lékaři i dnes vnímají sestru pouze jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Nevidí důvod, aby byli podrobováni kritice a chápou to jako neopodstatněné podceňování své kompetentnosti, znalosti a odbornosti nejen ze strany sester, ale za určitých okolností i ze strany pacientů.

Cíl práce

Na základě výzkumného šetření vztahu sestra – lékař odkrýt hlavní oblasti a příčiny možných vztahových problémů; zjistit zda kvalita vztahu sestra – lékař v České republice ovlivňuje jejich pracovní spokojenost, riziko syndromu vyhoření, fluktuaci sester a má v neposlední řadě vliv i na kvalitu péče o pacienta

Metodika

Výzkum byl realizován na výběrovém vzorku 500 lékařů, 500 sester a 60 manažerů v nemocničních zařízeních (technikou řízeného rozhovoru tazatele s lékařem, sestrou a managementem). Dále byla použita kvalitativní technika "focus group" na kvalitativní rozbor těchto vztahů s cílem identifikovat problémy, okolnosti a události, které předcházely konfliktnímu chování jak lékařů, tak i sester (15 focus groups). Prezentovaný příspěvek analyzuje pouze výsledky výzkumného šetření skupiny managementu.

Soubor

U souboru respondentů ošetrovatelského managementu nemají výsledky reprezentativní charakter, neboť výběrový soubor činil pouze 60 sester, zařazených na funkčních místech (staniční, vrchní a hlavní sestry resp. náměstkyně pro ošetrovatelskou péči). Výzkum managementu měl charakter sondy a zjištěné výsledky je nutno v tomto smyslu chápat. Vzhledem k nízkému počtu respondentů nebylo rovněž možné aplikovat statistické testy významnosti na úrovni druhého stupně třídění, neboť počet případů po jejich rozložení do kontingenčních tabulek je příliš malý a neumožňuje výpočty realizovat.

Výsledky

Necelé 3/10 sesterského managementu (28,3%) hodnotí celkové vztahy mezi sestrami a lékaři v nemocnici, ve které pracují, jako velmi dobré, hodnocení „výborné“ nevyužil nikdo z dotazovaných. Největší část, tj. více než 1/2 (53,3%) označuje vztahy za dobré, 15,0% se přiklání k hodnocení „uspokojivé“. Jen minimum (3,4%) sesterského managementu hodnotí vztahy mezi lékaři a sestrami v nemocnici jako neuspokojivé.

Pohled sesterského managementu na vlastní vztahy k sestram (vesměs pracujících ve směnném provozu), hodnotí 55,0% sesterského managementu jako velmi dobré, jako výborné je označuje 8,3%. Další necelá 1/3 (30,0%) zvolila hodnocení „dobré“, 6,7% se přiklonilo

k hodnocení „uspokojivé“. Jako neuspokojivé neoznačila své vztahy se sestrami v nemocnici žádná sestra pracující v manažerské funkci.

51,7% sester, pracujících v manažerských funkcích se s případy nevhodného chování lékařů k sestřím na pracovišti setkává, zbývajících 48,3 % uvádějí, že takové případy nezaznamenaly.

Dalším sledovaným aspektem bylo zjišťování, zda-li se sesterský management domnívá, že negativní vztah mezi lékařem a sestrou může ovlivnit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. 75,0% sester, působících v ošetrovatelském managementu je přesvědčeno, že tato souvislost existuje.

Značná část výzkumného šetření byla věnována problematice kompetencí. Častým důvodem nedorozumění mezi lékařem a sestrou a příčinou napětí v jejich vztahu může být skutečnost, že je sestra lékařem pověřována úkoly, které nejsou v její kompetenci. To může vést až k fatálním důsledkům, neboť provedení léčebného zákroku sestrou mimo její kompetenci může v případě zdravotních komplikací pacienta vážně ohrozit pracovní i právní jistoty sestry. Dle názoru managementu jsou sestry z velké části pověřovány úkony, které nepatří do jejich kompetence. Toto stanovisko zastává 93,1% sester působících na pozicích managementu. Z nich 41,4% se domnívá, že se tak děje často, 44,8 % je toho názoru, že k takovým úkonům jsou sestry nuceny občas a 6,9 % si myslí, že se tak děje pouze ojediněle. Zbývajících 6,9 % respondentů z řad managementu tuto možnost odmítá. Na otevřenou otázku specifikující druh kompetence, předávané lékařem sestře 44,6 % sester v pozici manažerek odmítlo tyto úkony specifikovat. Zbývajících 55,4% tyto úkony specifikovala. Z následné analýzy odpovědí managementu vyplynulo, že nejčastěji jsou sestry mimo svou kompetenci pověřovány úkony administrativní povahy, tj. úkony souvisejícími s vedením dokumentace, vypisováním žádanek, sestavováním výkazů pro zdravotní pojišťovny, zpracováváním statistických výkazů, vypisováním receptů, svoláváním konsilií, podáváním informací, zabezpečováním informovaného souhlasu apod.

Konfliktní situací a jejím řešením se zabývala závěrečná část výzkumného šetření v řadách sesterského managementu. Konflikty ve vztazích lékařů a sester nepochybně ovlivňují postavení sestry v multidisciplinárním týmu. V rámci výzkumu managementu byla proto této problematice věnována významná pozornost. Více než 4/5 (83,0%) sester, pracujících v manažerských pozicích uvádí, že se ve své práci setkává s konflikty mezi lékaři a sestrami. Dalších 15,3% tuto skutečnost popírá a uvádí, že se s konflikty mezi lékaři a sestrami neseťkávají, zbývajících 1,7% uvádí, že neví, zda tento typ konfliktů existuje či nikoliv.

Téměř 1/2 (49,0%) sester působících v manažerských pozicích uvádí, že se s konflikty na pracovišti setkávají méně často než 1x týdně, čili volí nejnižší frekvenci výskytu konfliktů. Zbývajících 51,0 % volí frekvenci konfliktů týdně a vyšší s tím, že denní frekvence konfliktů mezi lékaři a sestrami na pracovišti je spíše výjimečná (uvádí 6,0 % dotázaných). Nejfrekventovanější odpovědi hledající konkretizaci příčin konfliktů bylo nadřazené chování lékaře k sestře (38,3%), následovaly osobnostní rysy lékaře (35,0%). 33,3 % sester - manažerek se domnívá, že lékař si neváží práce sester, 30% sester - manažerek je přesvědčeno, že lékař pověřuje sestru úkony, mimo rámec jejich kompetencí, 21,7 % sester - manažerek se domnívá, že lékař nerespektuje názory sester na péči o pacienta.

Dle managementu jsou konflikty mezi sestrami a lékaři v nemocnicích nejčastěji řešeny s nadřízeným lékařem (24,1%) nebo s vrchní sestrou (24,1%). Staniční sestra je do řešení konfliktů zapojována v 19 % případů s jinými osobami jsou konflikty řešeny méně. Zároveň však 8,6% sester zapojených do managementu uvádí, že konfliktní situace neřeší vůbec.

V rámci výzkumu managementu byla rovněž věnována pozornost psychofyzické zátěži, vyplývající z vykonávání povolání sestry a fluktuacním tendencím, které se v souvislosti s touto zátěží mohou vyskytovat. Bylo zjišťováno, zda jsou pro sestry vytvářeny podmínky pro jejich práci, co je důvodem jejich odchodu z pracoviště a jakou úlohu hrají v této situaci případné neshody s lékaři. Dle převažujícího názoru sesterského managementu jsou sestřím vytvářeny v nemocnicích podmínky pro jejich profesní růst. Jednoznačně jsou o tom přesvědčeny 2/3 (66,7%) sester vykonávajících práci manažerek, spíše se k této možnosti přiklání zbývající 1/3 (33,3%) z nich. Žádná ze sester ve funkci manažerek nepřipustila, že by na jejím pracovišti nebyly vytvářeny podmínky pro profesní růst sester.

Z faktorů, souvisejících se vztahy a postavením sestry v multidisciplinárním týmu je častějším důvodem fluktuace sester špatné pracovní klima, které uvedlo 15,0 % sester vykonávajících manažerskou funkci. Významnější úlohu sehrávají rovněž zdravotní problémy a situace v rodině sester. Naopak významnější vliv na fluktuaci u sester nemají neshody s lékařem, šikana na pracovišti či sexuální obtěžování. Nejčastějším důvodem fluktuace však je dle sesterského managementu, jak ostatně výzkumníci předpokládali, nízké platové ohodnocení a značná náročnost práce spojená s únavou a vyčerpáním. Tyto faktory uvedlo 46,7 % dotázaných.

Diskuse

Vzhledem k nízkému počtu respondentů (60) sesterského managementu měl výzkum managementu charakter spíše sondy. Cílem bylo zjistit stanoviska managementu k jednotlivým aspektům postavení všeobecné sestry v multidisciplinárním týmu (viz cíle výzkumu) a porovnat je se stanovisky lékařů a sester.

Většina sesterského managementu hodnotí celkové vztahy lékařů se sestrami v nemocnicích, ve kterých pracují, jako dobré. Vlastní vztahy s lékaři označují jako pozitivnější, než vztahy ostatních sester (směnových) s lékaři.

83% sester - manažerek se v práci setkává s konflikty mezi sestrami a lékaři, přičemž takřka polovina jich udává četnost konfliktů menší než 1x týdně. Jak popisuje Fehlau (2003), konflikty jsou různé, přesto jejich společným prvkem je jejich jádro, které vychází z neslučitelnosti potřeb, motivů, hodnot a cílů nebo z rozporu moci. Dle sesterského managementu jsou konflikty mezi sestrami a lékaři v nemocnicích nejčastěji řešeny s nadřízeným lékařem nebo s vrchní sestrou. Ve zkoumaném vzorku se však zároveň objevil názor, že konfliktní situace se neřeší vůbec. Jak uvádí Holá (2003) a Plamínek (2000) účinné řešení konfliktů mezi sestrou a lékařem bývá výhledově základem dobrých vztahů. Neřešené problémy mohou narušit stabilitu a fungování celého pracoviště. Tam, kde by situaci nezvládali vyřešit sami, mohou se obrátit na někoho třetího. Třetí osoba musí být nezávislá k danému problému; může to být staniční či vrchní sestra nebo jiný lékař či primář oddělení.

Kontroverzní se jeví otázka pracovních kompetencí. Dle názoru většiny sesterského managementu jsou sestry z velké části pověřovány úkony, nespádajícími do jejich kompetencí, vycházející z vyhlášky 424/2004 Sb. Jako nejčastější byly sestrami - manažerkami uváděny činnosti spojené s administrativou. Dle Krogstada et. al. (2004) je v současnosti zřejmý posun pozice sestry a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků z roviny pouhého pomocníka a asistenta lékaře k pozici samostatného odborníka v oblasti uspokojování potřeb pacienta. Sestra se stále zřetelněji stává uvnitř multidisciplinárního týmu rovnocennou partnerkou lékařů.

Přibližně 1/10 sester - manažerek připouští, že na jejich pracovištích dochází k šikaně (psychoteroru) ze strany spolupracovníků nebo vedoucích. Příčinou šikany bývá

předcházející konfliktní situace. Dle WHO (1995) může být násilí fyzického (bití, kopání, píchání, apod.) nebo psychického (slovní napadání, bullying/mobbing, sexuální obtěžování a výhrůžky) charakteru. Na základě výpovědí sester - manažerek se šikana a sexuální obtěžování vyskytuje v 10 - 15% nemocnic. Značná část respondentů z této cílové skupiny (4/10) toto popírá a stejná část označila odpověď nevím.

Závěrečná část výzkumného šetření u sester - manažerek byla věnována psychické zátěži a příčině fluktuace u sester. Při zjišťování, zda jsou pro sestry vytvářeny podmínky pro jejich práci, byla sesterským managementem v největší míře označena kladná odpověď. Pracovní prostředí bylo charakterizováno jako prostředí, podporující profesní růst sester. Beňo (2003) charakterizuje fluktuaci jako pohyb pracovních sil, kdy odchod kvalifikovaných pracovníků nebo jejich častá obměna znamená fluktuaci nežádoucí, neboť jejím následkem může docházet až ke snížení kvality poskytované medicínské a ošetrovatelské péče s dopadem na pacienta. Za příčinu fluktuace sester bylo označováno nízké platové ohodnocení a značná náročnost práce spojená s únavou a vyčerpáním. Tyto faktory uvedla necelá polovina dotázaných. Dalšími faktory jsou zdravotní problémy sester a disharmonie v osobním životě. Naopak významnější vliv na fluktuaci u sester nemají neshody s lékařem, šikana na pracovišti či sexuální obtěžování. Přesto ¼ sesterského managementu uvádí, že se někdy setkala se situací, kdy nevhodné chování lékaře bylo důvodem k odchodu sester z oddělení.

Pozitivním zjištěním je fakt, že dle názoru sesterského managementu nejsou neshody mezi lékaři a sestrami v rámci multidisciplinárního týmu natolik významné, aby byly příčinami zvýšené fluktuace sester.

Závěr

Celkově lze tedy konstatovat, že většina sesterského managementu hodnotí celkové vztahy lékařů se sestrami v nemocnicích, ve kterých pracují, jako dobré. Nejlépe jsou hodnoceny vztahy sesterského managementu se sestrami v nemocnici, poněkud méně příznivé je hodnocení vztahu managementu k lékařům. Z uvedeného vyplývá, že osobní vztahy managementu k sestrami a lékařům jsou hodnoceny lépe než vztahy mezi lékaři a sestrami v nemocnici navzájem. Dle názoru managementu jsou sestry z velké části pověřovány úkony, které nepatří do jejich kompetence. Nejčastěji jsou sestry mimo svou kompetenci pověřovány úkony administrativní povahy, tj. úkony souvisejícími s vedením dokumentace, vypisováním žádanek, sestavováním výkazů pro zdravotní pojišťovny, zpracováváním statistických výkazů, vypisováním receptů, svoláváním konsilií, podáváním informací, zabezpečováním informovaného souhlasu apod. 83,0% sester, pracujících v manažerských pozicích uvádí, že se ve své práci setkává s konflikty mezi lékaři a sestrami, které jsou nejčastěji řešeny s nadřízeným lékařem nebo vrchní sestrou.

Literatura

BÁRTLOVÁ, S. (2005) Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6., přeprac. a dopl. vyd, Praha: Grada. 188s.

BÁRTLOVÁ, S. (2007) Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. České Budějovice : JU ZSF, roč. 9, č. 2, s. 254-259.

BÁRTLOVÁ, S. (2007a) Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v ČR. *Sestra*. Praha, roč. 17, č. 3, s. 14-17.

BÁRTLOVÁ, S. (2010) Týmová spolupráce z pohledu lékařů. *Zdravotnictví v České republice*. XIII, 1, s. 174-181.

BÁRTLOVÁ, S. (2010a) Řešení konfliktních situací ve vztahu sestry lékaře a jejich vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelský obzor*. roč. VII, č. 1-2, s. 3-7.

BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. (2009) Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. 1. vyd. Martin: Osveta, 141 s.

BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. (2009) Šikana a sexuální obtěžování na pracovišti z pohledu lékařů a sester. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, roč. 5, č. 2, s. 128-139.

BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. (2010) Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*, 2010, XII, č. 1, s. 20-33. ISSN 1212-4117.

BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. (2010a) Psychofyzická zátěž sester a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. XIII, 2,

BÁRTLOVÁ, S., TREŠLOVÁ, M. (2010) Jak nahlíží sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt*. roč. XII, 1, s.7-19.

BEŇO, P. (2003) Můj šéf, můj nepřítel. 1. vyd. Šlapanice: ERA, 181 s.

FEHLAU, E., G. (2003) Konflikty v práci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 112 s.

HOLÁ, L. (2003) MEDIACE Způsob řešení mezilidských konfliktů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,. 192 s.

CHLOUBOVÁ, I. BÁRTLOVÁ, S., (2009) Názory sester na vztah sestry-lékaře z analýzy výsledků focus groups. In *Ošetrovatelstvo 21. storočia v procese zmien.. Zborník z medzinárodného sympózia III*. Nitra: UKF, s. 326-331.

KROGSTAD, U., HOFOS, D., HJORTDAHL, P. (2004) Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*,. Vol. 16, p. 491-497.

PLAMÍNEK, J. (2000) Synergický management. 1. vyd. Praha: Argo, 328 s.

TREŠLOVÁ, M. (2010) Sestra ve středu hierarchie, profesí a osobností. Sborník konferenčních příspěvků, VIII. Mezinárodní sympozium ošetrovatelství, Ostrava 15. 4. 2010

TREŠLOVÁ, M. BÁRTLOVÁ, S. (2009) Faktory ovlivňující profesní vztahy. In BOLEDOVIČOVÁ, M., VÖRÖSOVÁ, G., LÍŠKOVÁ, M.(ed.) *Ošetrovatelství 21.storočia v procese zmien III*. Zborník z medzinárodného sympózia. Nitra: Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, s. 1002 - 1009

**Článek byl zpracován v souvislosti s řešením grantového úkolu
IGA MZ ČR č. NS/9604-3.**

Kontaktní adresa:

Mgr. Ivana Chloubová
Zdravotně sociální fakulta JU v Č. Budějovicích
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
Email: chloub@zsf.jcu.cz

VÝKON PROFESE V INTENZIVNÍ PÉČI A JEJÍ VLIV NA ŽIVOTNÍ STYL SESTER

¹⁾Eva Novotná, ²⁾Helena Michálková

¹⁾Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Praha

²⁾Katedra ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají výsledky výzkumného šetření zabývající se životním stylem sester pracujících na odděleních intenzivní péče. Práce sester je fyzicky i psychicky velice náročná. Je vykonávána pod časovým tlakem a ve vynuceném tempu. Vše se odráží na prožívání i duševním zdraví sester. A právě fyzickému i psychickému vyčerpání lze předcházet zdravým životním stylem, do kterého patří zdravá životospráva. Cílem projektu bylo zmapovat životní styl sester pracujících na odděleních intenzivní péče, zjistit jak výkon profese ovlivňuje životosprávu sester. Výzkum se týkal zdravého stravování, vhodné relaxace, užívání návykových látek a psychické zátěže sester. Z dotazníkového šetření je zřejmé, že výkon profese sester pracujících na odděleních intenzivní péče má vliv na životosprávu těchto specialistek.

Klíčová slova: Intenzivní péče; Relaxace; Stres; Výživa; Životní styl; Životospráva

Úvod

Práce na intenzivní péči je velice krásnou, ale i náročnou profesí, sestry naplňuje i vyčerpává. Sestra pracující na intenzivní péči se denně setkává s lidmi, kteří jsou ve stavu ohrožení základních životních funkcí. Očekává se od ní velká dávka sebeovládání, klidné vystupování a také rychlé a přesné plnění úkolu. Její práce je náročná na vnímání a paměť, vyžaduje kritické myšlení, odborné vědomosti na vysoké úrovni, ale také zručnost a praktické dovednosti. Podmínkou spokojenosti a úspěšnosti ve výkonu profese je dobrá profesionální adaptace, která obnáší překonání hlubokého prožívání zatěžujících událostí. Postupná kumulace této náročné péče může způsobit fyzické vyčerpání, užívání návykových látek až syndrom vyhoření. Aby mohla být odváděna kvalitní profesionální péče, který tento obor bezpodmínečně vyžaduje, je nutné, aby sestra měla nejen potřebné znalosti a dovednosti, ale aby byla pro výkon této profese dostatečně odpočatá a fyzicky i psychicky vyrovnaná.

Cíl práce

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit zda výkon profese sestry intenzivní péče má vliv na životní styl sestry. Autoři se především zaměřili na zdravé stravování, vhodnou relaxaci, užívání návykových látek a na psychické zatížení v pracovním prostředí sestry.

Metodika

K naplnění cíle bylo využito kvantitativní výzkumné šetření metodou dotazníku. Dotazníky byly určeny pro sestry pracující v intenzivní péči. Výzkumné šetření bylo provedeno ve třech nemocničních zařízeních v Praze. Dotazníkovému šetření předcházela pilotáž, kdy jsme ověřili, zda sestry otázkám v dotazníku rozumějí. Celkový počet všech rozdaných dotazníků

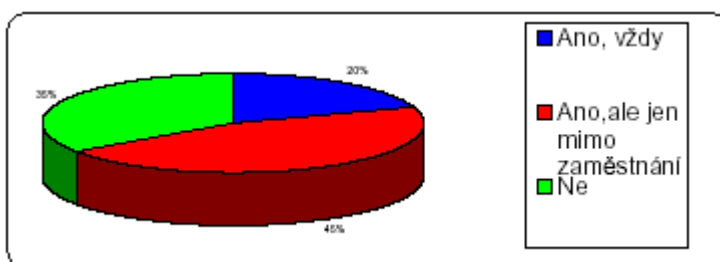
byl 200. K analýze dat jsme využili 178 dotazníků, což znamená návratnost 89 %. Data jsou zpracována pomocí grafů a tabulek, které byly zpracované v programu Microsoft Excel. Podle typu položených otázek jsou výsledky zobrazeny v procentech nebo v absolutních číslech.

Výzkumný soubor

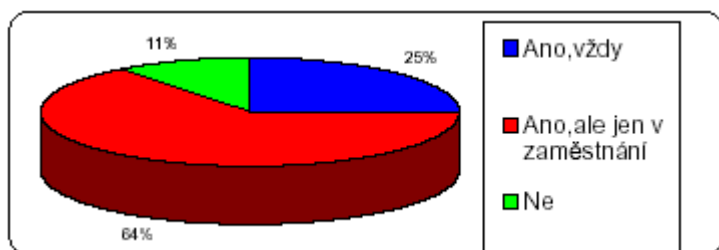
Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče v oboru chirurgie, neurochirurgie, kardiochirurgie, urologie, kardiologie a klinice popáleninové medicíny v nemocničních zařízeních v Praze. Výzkumný soubor tvořilo 7 % mužů a 93 % žen. Průměrná doba výkonu profese u respondentů v intenzivní péči je 7,8 let. Vzdělání respondentů je 46 % středoškolské s maturitou, 34 % vysokoškolské a 20 % vyšší odborné vzdělání. Ze souboru 72 % respondentů nemá specializaci v oboru a 28 % respondentů má specializaci v oboru.

Výsledky šetření:

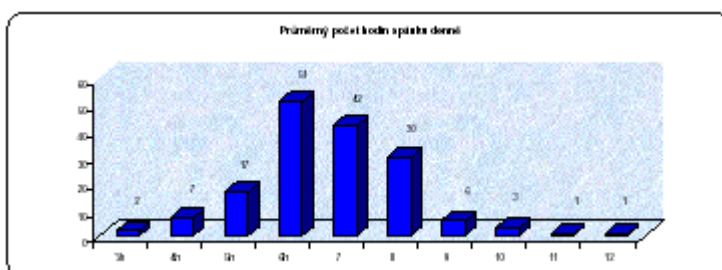
GRAF 1 - DBÁ RESPONDENT NA PRAVIDELNÉ STRAVOVÁNÍ



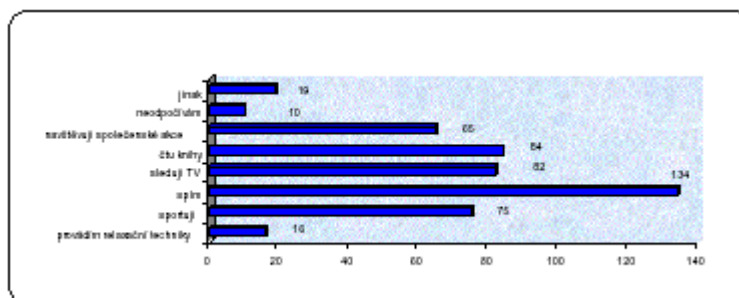
GRAF 2 – JÍ RESPONDENT ČASTO VĚ SPĚCHU



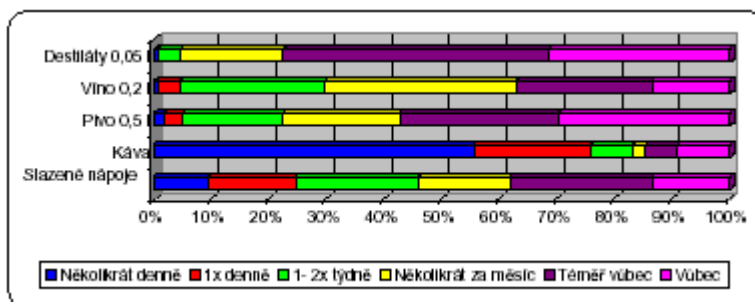
GRAF 3 – PRŮMĚRNÝ POČET HODIN SPÁNKU DENNĚ



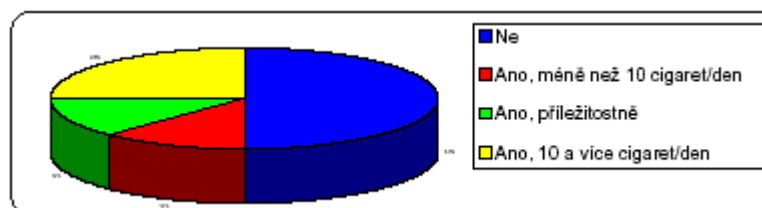
GRAF 4 – JAK RESPONDENT ODPOČÍVÁ / RELAXUJE



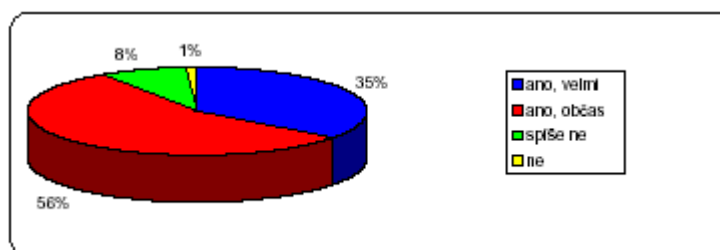
GRAF 5 – ALKOHOLICKÉ NÁPOJE



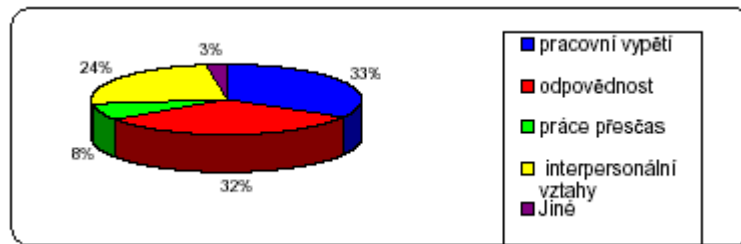
GRAF 6 – KOUŘENÍ



GRAF 7 – STRES NA PRACOVÍŠTI



GRAF 8 – NEJČASTĚJŠÍ DŮVOD STRESU NA PRACOVIŠTI



Diskuze

Stravování

Významným faktorem životního stylu je výživa, neboť zásady zdravé výživy se se zdravým životním stylem spojují nejčastěji (Kunová, 1). Pravidelnost v jídle je považována za nesmírně důležitou podmínku správného stravování. Z grafu 1 vyplývá, že 65 % respondentů se snaží dbát na pravidelné stravování, bohužel pouze 20 % respondentů dodržuje pravidelný režim i v zaměstnání. 45 % se stravuje pravidelně pouze mimo zaměstnání, je tedy patrné, že jim výkon profese znemožňuje pravidelně se stravovat. Toto tvrzení doplňuje graf 2, který znázorňuje, že 64 % respondentů jí často ve spěchu a to pouze v zaměstnání. Alarmující je zjištění, že 89 % respondentů jí ve spěchu.

Relaxace

Ke zdravé životosprávě neodmyslitelně patří dostatek spánku, relaxace a trávení volného času. Šimek (2) uvádí, že spánek je základní lidskou potřebou, neboť napomáhá obnově psychických a fyzických sil. Jeho nedostatek se pak projevuje horší výkonností, koncentrací a zhoršenou adaptací na nové situace. Ve zdravotnické profesi se s nedostatkem spánku setkáváme velmi často. Důvodem je zejména směnný provoz, protože spánek po noční směně není zcela plnohodnotný a často bývá z mnoha důvodů kratší. Ve výzkumném šetření z grafu 3 vyplývá, že jen necelá polovina respondentů spí 7 až 8 hodin denně a 50 % respondentů spí pouze v rozmezí 4 až 6 hodin denně. Relaxace a trávení volného času by mělo být v sesterské profesi důležitou součástí zdravého životního stylu. Odpočinek brání nadměrné únavě, napomáhá lepší a efektivnější práci a zvyšuje produktivitu. Při mapování životního stylu sester pracujících v intenzivní péči nás také zajímalo, zda-li sestry pracující na ARO/JIP dostatečně odpočívají. Jak znázorňuje graf 4, 63 % respondentů relaxuje či odpočívá spíše pasivním způsobem, tedy spánkem, četbou knih či sledováním televize. Pouze 3 % respondentů využívají relaxačních technik.

Užívání návykových látek

Existuje i celá řada rizikových faktorů, které se mohou vzájemně ovlivňovat a podílet se na vzniku vážných onemocnění. Dle Nešpora (3) se zdravotničtí pracovníci uchylují k užíváním návykových látek mnohem častěji. Svou roli zde hraje stres a s ním související příklon k závislostem. Proto jsme se v této práci také zaměřili na užívání návykových látek sester pracujících v intenzivní péči. Zajímala nás především konzumace alkoholu a spotřeba tabákových výrobků. U spotřeby alkoholu byla zjišťována frekvence jeho konzumace a preference jednotlivých alkoholických nápojů. Z grafu 5 vyplývá, že denně konzumuje alkoholické nápoje pouze 6 % dotazovaných. A naopak 63 % respondentů konzumuje alkoholické nápoje jen několikrát za měsíc nebo téměř vůbec a dokonce 15 % respondentů jsou zcela abstinující. Výzkumné šetření prokázalo, že respondenti častěji volí konzumaci vína (60 %) než tvrdý alkohol, což se z důvodu převážně ženského zastoupení v této profesi

dalo předpokládat. V našem výzkumném šetření bylo pozitivním zjištěním minimální konzumace alkoholických nápojů u sester pracujících na ARO/JIP. Další část toho cíle byla zaměřena na kuřáctví a předpoklad zvýšené spotřeby cigaret u sester pracujících v intenzivní péči. Jak znázorňuje graf 6, až 49 % respondentů je kuřáků. Z toho polovina kuřáků (24 %) kouří méně než 10 cigaret denně či kouří jen příležitostně a 25 % vykouří 10 a více cigaret za den. Bohužel toto vysoké procento kuřáctví ve sledovaném souboru nelze jen tak opomenout. Jak uvádí Sovinová (4) kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha onemocnění. Podobně jako u jiných typů závislosti je i závislost na nikotinu a kuřáctví způsobena celou řadou příčin a motivů. Kouření cigaret pak může být spojeno např. s pitím kávy nebo se zvládáním stresových situací. Jak vyplývá z grafu 5, až 80 % respondentů konzumuje kávu až několikrát za den. Přitom právě káva svým obsahem kofeinu patří mezi návykové látky (Vágnerová, 5). Cigarety se také často stávají prostředkem ke zvládnání stresové zátěže, což nám potvrzuje graf 7, kdy 91 % respondentů prožívá na svém pracovišti stres.

Stres na pracovišti

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjistit psychické zatížení sester pracujících v intenzivní péči. Dle Šusterové (6) povolání sestry klade vysoké nároky na její osobnost, což vyžaduje velkou psychickou odolnost a vyrovnanost. Zjišťovali jsme, zda je prostředí pro sestry stresující a jaký faktor se na pracovním stresu podílí. Z grafu 7 vyplývá, že pro 91 % sester pracujících na ARO/JIP je jejich pracovní prostředí stresující, z toho 35 % uvedlo, že velmi. Pouhé 1 % respondentů na svém pracovišti žádný stres nikdy nepocítily. Nejčastější příčinou stresu na pracovišti ukazuje graf 8, kde nejvíce respondentů volilo jako důvod pracovní vypětí (33 %) a odpovědnost (32%), také interpersonální vztahy byly respondenty velmi často (24 %) označovány. Na výskytu stresu se zřejmě podílí i nedostatek spánku u sester pracujících na ARO/JIP, jak dokládá graf 3. Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že výkon profese na ARO/JIP je pro sestry velmi stresující. Působením dlouhodobého stresu dochází ke zhoršení pracovní výkonnosti a poruchám koncentrace. Velice snadno pak může docházet k chybným rozhodnutím. Tyto aspekty jsou ve výkonu profese v intenzivní péči velice nežádoucí.

Závěr

Výzkumné šetření ukázalo, že sestry nedodržují zásady zdravého stravování a toto tvrzení si sestry uvědomují. Šetření také potvrdilo, že sestry pracující v intenzivní péči dostatečně neodpočívají. Je alarmující, že sestry jsou často unavené a spí méně než 8 hodin denně. Z výsledků dále vyplynulo, že sestry kouří a konzumují velké množství kofeinových nápojů. Z výzkumného šetření je patrné, že pro většinu sester pracujících na ARO/JIP, je pracovní prostředí velmi stresující. Potěšující je, že sestry mají zájem o novinky ve svém oboru a nepřemýšlí o změně zaměstnání. Z výzkumného šetření je zřejmé, že výkon profese sester pracujících na odděleních intenzivní péče má vliv na životosprávu těchto specialistek.

Literatura

1. KUNOVÁ, V. *Zdravá výživa*, 1. vyd. Praha: Grada, 2004.136 s. ISBN 80-247-0736-5.
2. ŠIMEK, J. Odpočinek a spánek. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č. 10, s. 386-386. ISSN 1801-1349.
3. NEŠPOR, K. Zdravotníky ohrožuje stres a návykové chování. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50-I., č. 11, s.15-15. ISSN 1214-7664.
4. SOVINOVÁ, H a kol. *Analýza zdravotně rizikového chování různých skupin populace, jeho vliv na zdraví a možnosti prevence*, Praha: SZÚ, ISBN 80-7071-230-9.
5. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
6. ŠUSTEROVÁ, D. Stres v práci sestry. *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 11, s. 24-24. ISSN 1210-0404.

Kontaktní adresa:

Mgr. Eva Novotná
Chirurgická jednotka intenzivní péče
NMSKB, Vlašská 36
118 33, Praha 1
e-mail: hronkovaeva@seznam.cz

ETIKA V PÉČI O KLIENTA

Eva Švarcová

Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové

Souhrn:

Referát představuje pohled na problematiku nutnosti vytvoření nového hodnotového systému v návaznosti na proces globalizace třetího tisíciletí. Do popředí vstupuje moderní přístup k člověku, jeho potřebám a postavení v měnící se společnosti. Součástí tohoto procesu se bezpochyby stává také zdravotnický pracovník a jeho připravenost na systémové koncepční trendy. Součástí příspěvku je seznámení s možnostmi rozvoje osobnostních a morálních kvalit pracovníků ve zdravotnictví. Autorka předkládá několik aspektů z oblasti etiky, kterým by měla být věnována pozornost nejen v přípravě budoucích zdravotnických pracovníků, ale i ostatních lidí, kteří přicházejí do kontaktu s druhými. Při práci s klienty je dodržování morálních zásad nezbytnou nutností.

Klíčová slova: *Etika; Klient; Vzdělávání; Sestra; Ošetrovatelská péče; Hodnotový systém*

Úvod

Současná doba je charakterizována obrovskými změnami, které vyžadují nový způsob pohledu na akcentované hodnoty vycházející z globální světové situace, projevující se zvýšenou angažovaností k zachování přírody a životního prostředí, k posílení mezilidských vztahů apod. Na tomto základě je nutné mezi priority zařadit adekvátní hodnotová měřítká související se zachováním citu pro míru, umírněnost a vkus v kontrastu s projevy konzumního způsobu života a nadřazováním materiálních hodnot.

Podle výzkumu publikovaného J. Novozámskou v časopise *Studia Humanistica* č. 5 dnešní mládež většinou trpí nedostatkem pozitivní, zdůvodněné a hluboce zakořeněné hodnotové orientace. Konsensuální hodnotová orientace, která by integrovala různorodost mnohostí a mohla být chápána jako životní smysl, směr a cíl, je stále otevřeným problémem.

T.G. Masaryk formuloval i dnes aktuální principy humanistické morálky – lásku k nejbližším, rodině, národu, lásku pozitivní, bez nenávisti a šovinismu, lásku nesentimentální, účinnou, lásku jako práci, reálné skutky a činy, sice drobné, neokázalé, ale soustavné a trpělivé, víru v lidskou schopnost překonávat zlé a dobré oceňovat. (Bertrand, 2001)

Celospolečenská potřeba všestranného rozvoje osobnosti a to zejména z hlediska kultivovanosti stále vzrůstá. Umění jednat s lidmi kultivovaným způsobem by se mělo stát součástí všeobecného vzdělání.

Etika v jednání s klientem

Po několik desetiletí se v naší zemi ve školách rozvíjely téměř všechny typy inteligence: verbální, matematicko-logická, prostorově-orientační, kinestetická, hudební a další, ale bohužel byl poněkud opomíjen rozvoj inteligence sociální (personální). Sociální inteligence mimo jiné vyjadřuje schopnost jednat s lidmi, vnímat potřeby druhých, vcítit se do situace lidí okolo sebe (interpersonální inteligence), dále schopnost poznat rozsah vlastních citů, porozumět vlastnímu chování a umět jej řídit (inteligence intrapersonální). Sociální inteligence je tudíž nezbytná v sociálních vztazích, zejména v komunikaci.

Rozvoj sociální inteligence se již v současné době promítá do obsahu a zaměření výchovy obecně a pochopitelně by se měl stát též součástí přípravy pracovníků ve zdravotnictví. Zdravotnický pracovník by měl působit na sebe a na klienty tak, aby se pokusili změnit dosavadní konzumní způsob života, životní styl, aby zodpovědně zacházeli s přírodními zdroji, aby podporovali jiné životní hodnoty, než tomu bylo dosud. (Horká, 2000)

Jaký by tedy měl být zdravotnický pracovník, který by obstál v globálním světě. Člověk schopný, zodpovědný, s citem pro kulturu v celosvětovém měřítku, s úctou a láskou k přírodě, práci, umění, s pevným charakterem, který mu umožní čelit a nepodléhat nepravostem, nepřizpůsobovat se jim; člověk aktivní, úspěšný (ale ne na úkor druhých), ctižádostivý (ne egoistický), s čistým svědomím, za všech okolností zodpovědný a nekonformní, kritický a rezistentní vůči negativním vlivům, respektující principy humánní morálky, schopný lidské solidarity, s komerčně nezkaženým vkusem, atd. atd. Jedná se o velmi náročný úkol, přesto je naší snahou se k takovému ideálu co nejvíce přiblížit.

Konkrétní etické aspekty

Osobnost člověka lze rozdělit na tři základní dimenze: biologickou – tělesnou, psychosociální a duchovní. K duchovnímu rozměru je zařazována např. tvůrčí činnost, hudba, výtvarná činnost, poznání, náboženství, víra atd. V našich zdravotnických zařízeních je věnována významná pozornost složce biologické čili tělesné, ale ne vždy jsou respektovány další dimenze, se kterými úzce souvisí pohoda a spokojenost klientů. Souvislost s morálními hodnotami není třeba připomínat.

Pro potřeby tohoto sdělení bude představeno pouze několik základních etických aspektů, které se v současnosti jeví jako nejpálčivější.

27

Aspekt prosociálnosti

Prosociálnost je schopnost pomáhat druhým, jednat ve prospěch druhého bez očekávání reciprocit, tj. bez očekávání výhod, ústupků, protislužeb atd. Výchova k prosociálnosti posiluje důstojnost člověka, vede k dobrým a laskavým mezilidským vztahům, pěstuje pozitivní vlastnosti člověka.

Z hlediska zdravotnictví, pracovníků ve zdravotnictví a potažmo u všech, kteří pracují v pomáhajících profesích, jde o jednu z nejtěžejnějších schopností.

Aspekt empatie

Schopnost vcítit se do situace druhého, do jeho prožívání, chápat jeho stesky, porozumět problémům, to vše je opět nezbytné pro kvalitní práci s lidmi o ošetrovatelské péči nemluvě.

Stále ještě se bohužel v ordinacích lékařů setkáváme se strohým neosobním jednáním. Někteří zdravotničtí pracovníci během svého studia na střední či vysoké škole získali ucelené odborné vzdělání, ale podobně jako v jiných profesích, i zde se poněkud zapomnělo na rozvoj sociální inteligence včetně empatie.

Aspekt asertivního jednání

V případě asertivity docházelo v mnoha případech k jejímu nepochopení a dokonce ke zneužití. Rada lidí považovala asertivitu za společensky „legální“ způsob, jak prosadit svůj

názor za každou cenu. Základem asertivního jednání je přitom schopnost kompromisu, schopnost uznat svou chybu, umění vyjednávat, ale nikdy na úkor druhého. Součástí asertivního chování je také, možno říci především, schopnost naslouchat. Právě schopnost naslouchat je u pracovníků ve zdravotnictví nezbytná.

Aspekt akceptace

Od nepaměti byli, jsou a budou ve společnosti lidé, kteří se nějak liší, a to je samozřejmě dobře. V současné době se stále více setkáváme s odlišností pramenící z jiné národnosti či z jiného etnika a na tento typ odlišnosti jsme dosud příliš připravováni nebyli. Zde je opět velký prostor ke zdokonalování a zkvalitňování znalostí. Základem a hlavním cílem by pak měl být rozvoj tolerance, akceptace odlišnosti, zvláštnosti, ale též jedinečnosti. Každý z nás je jedinečná a originální osobnost, kterou je třeba respektovat. Tento fakt platí ve zdravotnictví obzvlášť.

Závěr

V podmínkách současné měnící se civilizace již nebudou stačit pouze nové metodické postupy, ale je potřeba zvládnout především široce chápanou etickou stránku, dospět k novým hodnotovým systémům, které upřednostňují hodnoty ochrany života a zdraví před hodnotami materiálními.

Součástí výchovy a vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví by měl být rozvoj kompetence hodnotové, ekosociální, životně orientační, založené na pozitivním chápání vnitřních i vnějších vztahů ve světě, chápání člověka, přírody, společnosti a kultury, na pochopení skutečnosti, že změna vnějšího systému (povaha a stav globální společnosti) závisí na povaze a bytí jednotlivce. Jedinec má světu porozumět, aby se mohl aktivně a tvořivě podílet na jeho rozvoji. (Švec, 1998)

Vedle mnoha jiných profesí by se měl i zdravotnický pracovník, lékař, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka, sanitář/ka a další, podílet na změnách hodnotové orientace v dnešním světě, jednostranně zaměřeném na výkon a prosperitu; snažit se uspokojit stále rostoucí potřebu duchovního rozměru v lidském životě; odstraňovat některé nežádoucí projevy jednání a konání v kontextu s měnícími se podmínkami života, např. předcházet povrchnosti, předstírání, prospěchářství, tendencím k nesnášenlivosti, bezohlednosti, agresivitě, sobectví, lhostejnosti, cynismu, vést k ochraně kulturních hodnot, zvláště v době záplavy protikladných vlivů a lákadel, pozitivně ovlivňovat životní styl, citlivě vnímat a prožívat krásu, bránit se rostoucí poddajnosti lidí vzhledem k módním trendům a doktrínám, včetně působení reklamy, masové propagandy apod.

„Úcta k druhému člověku a sebeúcta, statečnost, přátelství a solidarita by měly mít v tomto případě přednost před všemi extravagancemi konzumního stylu, před pohodlím, kariérou, hmotnými výhodami apod.“ (Klimeková, 2000)

Je nezbytně nutné, aby zdravotnický pracovník rozhodoval, hodnotil situace a konal na základě zdůvodněných kritérií a uznávaných lidských priorit. Aby dodržoval základní etické principy, jejichž smyslem je mimo jiné harmonizovat vztahy mezi lidmi.

Změna převládající současné hodnotové orientace, postojů k sobě, ke svému okolí i způsobu myšlení vyspělé civilizace není a nebude jednoduchá. Akceptování uvedeného hodnotového systému může někdo chápat, jako určitou ztrátu pohodlí a aktuálních požitků moderního světa. Nutná je sebekázeň a přijetí určitých omezení, ke kterým je potřeba dojít na základě

poznání a vlastního přesvědčení, ne prostřednictvím příkazů a nařízení. To je jeden z nejdůležitějších a nejtěžších úkolů.

Záleží pouze na nás, zda dokážeme najít vyšší hodnoty v hlubších vztazích k přírodě, k výtvorům lidské práce, ke kulturním hodnotám, k lidem kolem nás i k sobě samým.

Literatura

BERTRAND, I. *Soudobé teorie vzdělávání*. Praha. Portál, 2001.

HORKÁ, H. *Výchova pro 21. století*. Brno: Paido, 2000.

KLIMEKOVÁ, A. *Etika a etická výchova v kontextech člověka*. Prešov: Privát Press, 2000.

LANGOVÁ, M., VACÍNOVÁ, M. *Jak se to chováš?* Praha: Empatie, 1994.

NOVOZÁMSKÁ, J. *Potreba pravého dialógu*. In: *Studia Humanistica* č. 5, 1992.

ŠVARCOVÁ, E. Možnosti a limity etické výchovy ve vlivu na vztahy ve skupině. In *Humanizace ve výchově a vzdělání – východiska, možnosti a meze*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010.

ŠVEC, V. *Klíčové dovednosti ve vyučování a výcviku*. Brno: Masarykova univerzita, 1998.

Kontaktní adresa

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Kabinet Etické výchovy

Katedra pedagogiky a psychologie Pedagogické Fakulty Univerzity Hradec Králové

Rokitanského 62

500 02 Hradec Králové

E-mail:eva.svarcova@uhk.cz

ETICKÉ ASPEKTY LÉČBY CHRONICKÉ NENÁDOROVÉ BOLESTI

Jaroslava Raudenská

Oddělení klinické psychologie Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Chce-li zdravotník poznat a porozumět pacientovi, měl by nejdříve usilovat o to, aby byl schopen porozumět sám sobě. Z každodenní zkušenosti víme, jak silná je naše tendence posuzovat druhé lidi výhradně podle toho, jak posuzujeme sami sebe. Je ale třeba respektovat každého pacienta jako individuum, který nemusí hodnotit a prožívat situace stejně jako my sami. Vztah člověka k sobě a ke světu lze vnímat jako praktickou filozofii, tedy etiku. Profesionální etika potom aplikuje obecná etická ustanovení (tzv. etický kodex) na konkrétní profesionální činnost. Pak můžeme hovořit ve zdravotnictví o etice lékaře, zdravotní sestry, klinického psychologa atd. jako druhu morální filozofie, závazku morální povahy, který určuje vykonávání medicíny. Výuka etiky je součástí pregraduálního vzdělávání lékaře i zdravotních sester na většině lékařských fakult. Jako základní oblast zdravotnické praxe k aplikaci etiky a etických dilemat jsme si vybrali léčbu chronické bolesti. V léčbě chronické nenádorové bolesti jsou etická dilemata (tj. problémové situace, kdy je těžké něco udělat „správně“) specifická a pracuje s nimi vždy celý zdravotnický tým (algeziolog, zdravotní sestra, klinický psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, duchovní). Jako nezbytné se ukazuje začlenění etiky nejen v pregraduálním, ale zejména postgraduálním a celoživotním vzdělávání specialisty v léčbě bolesti a vytvoření směrnic nastavujících etické profesní normy.

30

Klíčová slova: *etika; etické aspekty; etická dilemata; vzdělávání v etice v postgraduálním a celoživotním vzdělávání; chronická nenádorová bolest.*

Úvod

Pojem *etika* (z řec. *ethos*) znamená mrav, zvyk, obyčej, zvláštnost. V původním slova smyslu pojem znamenal společné místo na bydlení dané určitým společenstvím nebo původem, kde se ve vzájemných vztazích vytvářely společné obyčeje a mravy závazné pro celek i jednotlivce. Vývoj etiky byl totožný s vývojem filozofie. Mravné a ctnostné bylo vše, co vedlo k lepšímu životu na světě. Tak lze etiku vnímat jako praktickou filozofii reprezentující vztah člověka ke světu. Jako o vědě lze však o etice hovořit tehdy, má-li svůj předmět. Tím je *morálka* (z lat. *moralis*), která hodnotí svět a lidské chování z hlediska dobra a zla a porovnáváním se svědomím člověka z hlediska dodržování určitých norem. Morálka, neboli správné chování, znamená celkovou představu o správném jednání ve společnosti. Například od zdvořilosti se liší tím, že se týká věcí závažných a podstatných, na druhé straně od práva se liší tím, že se nedá soudně vymáhat a za její porušení nejsou sankce (tj. tresty). Morálka tak plní funkci poznávací (interpersonální vztahy, vztah společnosti), regulativní (chování člověka) a humanizační (lidskost). Etika je filozofickou disciplínou zkoumající morálku, morálně relevantní chování a jeho normy. Strukturu morálky tvoří *morální vědomí*, jako souhrn určitých psychických procesů a stavů, jež jsme schopni reflektovat a které se projevují například soustavou mravních citů (jako vyšší city etické). Základem *přirozené morálky* je obecně řečeno povinnost, aby člověk byl člověkem se vším co k tomu patří s univerzálně přijímaným pravidlem: nečiň jiným to, co nechci, aby bylo činěno mně.

Profesní etika aplikuje obecná etická ustanovení (tzv. etický kodex) na konkrétní profesionální činnost. Pak můžeme hovořit ve zdravotnictví o etice lékaře, zdravotní sestry, klinického psychologa atd. *Zdravotnická etika* je druh morální filozofie, závazek morální povahy, který určuje vykonávání medicíny. V této definici můžeme rozlišit tři základní slova 1. závazek, 2. morálka a 3. určovat. Závazek je ve zdravotnické etice soubor práv a povinností, kde morálka pojednává o právu, omylu, dobru a zlu. Je to morálka, co řídí zdravotnickou praxi, není tomu obráceně (že by zdravotnická praxe řídila morálku). Zdravotnická morálka má různé zdroje (např. náboženství a filozofie), které vedou zdravotníka k odlišným způsobům chování. Etické principy potom řídí zdravotníkovu chování k pacientovi. Etika se chápe nejen v souvislosti s chováním, ale i s povahou zdravotníka, která je formována ctí. Proto zdravotnická etika začíná u cti: je to čest, co pomáhá z hlediska etiky charakterizovat zdravotníka jako odborníka, není to ukončené studium medicíny, ošetrovatelství nebo psychologie (Anwari, 2008). Mravní kodexy aplikované v medicíně jsou souhrny zásad, které pojímají pacienta v bio-psycho-sociálně-spirituální jednotě. Aplikace etiky je tak u každého jednotlivého pacienta chápána nejen z medicínského, ale i z psychologického, sociálního, kulturního, náboženského, právního a ekonomického pohledu (Belling a Coulehan, 2006).

Vlastní sdělení

Výuka etiky je dnes součástí pregraduálního vzdělávání lékaře i zdravotních sester na většině lékařských fakult. Měla by ale být i součástí postgraduálního a celoživotního vzdělávání (Lakhan et al., 2009). Graduovaný lékař nebo sestra musí řešit etická dilemata a dělat zásadní rozhodnutí v léčbě pacienta. Morální aspekty uplatní například k těmto účelům: 1. jak získat informovaný a dobrovolný souhlas s léčbou, 2. co dělat, pokud pacient odmítá léčbu, 3. co dělat v případě právně nezpůsobilého pacienta, který není schopen informace pochopit, ani se sám nějak rozhodnout, 4. vědět, kdy je morálně správné zatajit, nebo neposkytnout pacientovi informace, 5. vědět, kdy je správné porušit důvěrnost informací, 6. jak léčit pacienta se špatnou prognózou a 7. jak moudře a účelně organizovat léčbu a její prostředky (Perkins, 1989).

Výuka lékařské etiky sleduje dva základní cíle: 1. formovat čestného zdravotníka, 2. poskytnout soubor schopností a dovedností, které dovolí zdravotníkovi zvládat morální a etická dilemata. Cti jsme se teoreticky dotkli v předchozí části, koncept čestného zdravotníka je ale problematický. Jde tu především o čestnou osobnost a jedince, tedy o vlastnosti jako je spolehlivost k pravdě, shovívavost, intelektuální čest, odvaha, soucit a pravdivost. V praxi jde o posílení čestných rysů, pro které byl zdravotník (mimo jiné) vybrán na studium medicíny, nebo ošetrovatelství, nebo klinické psychologie. Čest a mravnost je závislá na zdravotníkovi jako morálním činiteli, klade důraz na integritu jeho osobnosti a také vysokou emoční vyspělost (Giordano a Schatman, 2008). Druhý cíl, týkající se souboru dovedností, je více otázkou praxe a cvičení. Některé studie, které se zabývají etickým kurikulem ve výuce, zjistily, že výuka etiky tlumí citlivost zdravotníka k etickým zájmům, zatímco jiné studie zjistily průkazné zvýšení schopnosti morálního uvažování (Eckles et al., 2005). Základním zdrojem výše uvedených rozporů bude zřejmě metodologické měření etické způsobilosti zdravotníka. Výše uvedené nesrovnalosti by ale neměly ovlivnit výuku etiky v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání u zdravotnických profesí.

Jako základní oblast zdravotnické praxe jsme si vybrali aplikaci etiky a etických dilemat v léčbě chronické bolesti. Léčba a zvládání bolesti je sice relativně mladý obor, ale souvisí s nejranějším vyjádřením odpovědnosti zdravotníka k pacientovi, které nebylo právní (tj. předepsané soudem), ale právě etické. Dále, úleva od bolesti je základem etiky napříč všemi

lékařskými odbornostmi. Při léčbě chronické bolesti by měly vždy být respektovány čtyři základní etické hodnoty: 1. neuškodíš (tj. vyhnout se nějak pacienta poškodit), 2. směřování k dobru (chovat se v jeho nejlepším zájmu). 3. autonomie (většinou vyjádřená jako informovaný souhlas a spoluúčast na léčbě) a 4. spravedlnost (Beauchamp a Childress, 2001). Úleva od bolesti je vlastně klasický příklad bioetického principu pacienta nepoškodit a principu chovat se v jeho nejlepším zájmu, tedy směrem k dobru. Chronická neléčená bolest porušuje autonomii pacienta a také jeho svobodné rozhodování o další léčbě.

Jakéhokoliv etické rozhodování v léčbě bolesti zahrnuje tři úrovně: základní, střední a aplikovanou (Pelligrino, 2000). 1. Základní úroveň znamená tvoření základních názorů, hierarchii a formování rozhodování ještě před formulací domněnek, 2. střední úroveň uplatňuje principy dedukce u jednotlivého individuálního případu, 3. praktická úroveň znamená etické rozhodování v rámci například následujících otázek: kdo rozhoduje?, na základě jakých kritérií?, jak jsou řešeny konflikty?, jak se předchází konfliktům? Při odpovědích na ně se zvažují medicínské indikace, co preferuje pacient, kvalita života a kontext individuálního případu. Základní názory v první úrovni tvoříme vždy na základě naší vlastní zkušenosti, zkušeností lidí, kterých si ceníme, na základě politických a duchovních názorů, zvyků a tradic. Ty jsou základními hodnotami, nebo pravidly. V kontextu s názory tvoříme logické závěry, které jsou vždy kulturně založené a mohou se různit. Ve druhé úrovni morálního rozhodování v léčbě bolesti jsou využívány etické principy a pravidla. Etické úvahy založené na posuzování jednotlivých případů znamená, že analýza případu je logická a důsledně stejná. Fakta jsou posuzována a porovnávána vzhledem k pragmatickým případům, které byly rozhodnuty na základě předešlého konsenzu. To je analogické konceptu nadřazenosti v soudních postupech. Aplikace klinického případu v kontextu základních názorů a domněnek etické teorie je nejvíce uznávaný a uplatňovaný rámec pro analýzu individuálního etického rozhodování.

V léčbě bolesti se také objevují specifická etická dilemata, tj. problémové situace, kdy je těžké něco udělat „správně“. Široce můžeme faktory, které ovlivňují vývoj etických dilemat, označit jako: 1. rysy bolesti, 2. pacient, který trpí chronickou bolestí a 3. systém, ve kterém se nachází. Dilemata také souvisí s dělením bolesti na akutní, chronickou nenádorovou a nádorovou. *U akutní bolesti* se jedná zejména o zvládnání poúrazové a pooperační bolesti anesteziologem a zdravotními sestrami ve spolupráci s chirurgy a dalšími odborníky. Proč a u jakých pacientů s *chronickou bolestí* se objevují etická dilemata popíšeme více podrobně dále. Chronická bolest je léčena multidisciplinárně a také etická dilemata se týkají celého zdravotnického týmu. *Dilema č. 1.: léčíme symptomy, ne chorobu.* Základní cíl je léčba symptomu (tedy bolesti) a ne příčina choroby. *Dilema č. 2.: vulnerabilita pacientů s chronickou bolestí.* Jsou to většinou pacienti, kteří nemohou, nebo neumí, přiměřeně komunikovat, tedy děti, senioři, onkologičtí, umírající a ekonomicky znevýhodnění pacienti. Zejména poslední skupina testuje etický princip spravedlnosti. *Dilema č. 3.: psychiatrické problémy.* Pacienti s chronickou bolestí mohou mít významné psychiatrické problémy, které existovaly buď premorbidně, nebo mohou být reakcí na bolest, nebo na malou úlevu od bolesti. *Dilema č. 4.: vztah pacient a zdravotník.* Vztah je v léčbě bolesti obtížný kvůli biopsychosociální komplexnosti vzniku a udržování chronické bolesti a dále kvůli předcházejícím selháním v úlevě bolesti. To může vést u některých pacientů ke vzteku či depresi a u některých zdravotníků k frustraci. *Dilema č. 5.: soudní spory.* Mnoho pacientů se soudí kvůli chronické bolesti, která vznikla jako důsledek autonehody, nebo pracovního úrazu. Soudní spor je mocný sekundární zisk, který vědomě nebo nevědomě posiluje bolest, chování v nemoci a využívání zdravotní péče a často stojí proti cílům léčby bolesti. Etické dilema je, jak léčit pacienty i přes takto silné posilování bolesti (například pacient měl pracovní nehodu, má bolesti, zvykl si a chápe, že mu bolest přináší určité výhody

v zaměstnání: nemusí chodit do práce, dostává sociální a zdravotní podporu, v domácnosti se jeho povinnosti také snižují, tak se nechce bolesti vzdát). *Dilema č. 6.: pacient žádá o sociální dávky nebo invalidní důchod*, žádá lékaře o expertní vyjádření k posudkové komisi. Již získaná jakákoliv forma sociální dávky je stejně jako výše uvedený soudní spor, mocný sekundární zisk. Etické dilema je podobné jako výše: jak tyto pacienty léčit a jak neposilovat jejich bolesti zprávou pro komisi, kde má pacient potvrzení invalidity „černé na bílém“. *Dilema č. 7.: neosvědčené metody*. Některé metody a intervence užívané v léčbě bolesti mohou být neefektivní, nebo vědecky nepodložené. Je vhodné, aby tato etická dilemata řešila příslušná odborná lékařská společnost. *Dilema č. 8.: finanční tlak*. Zdravotník se může cítit z různých stran (zaměstnavatel, pojišťovny, pronajimatel ordinace, atd.) tlačěn vydělávat více, nebo ordinovat léčebné procedury, které nejsou vůbec hrazeny ze zdravotního pojištění, nebo na které si pacient připlácí. V případě pacientů, kteří nemají žádné pojištění a léčbu si sami hradí (například cizinci) může být lékař s celým týmem pod tlakem za konzultace účtovat více peněz. K řešení tohoto etického dilematu slouží ceníky nehraných procedur ze zdravotního pojištění, které by měly být viditelné a přístupné na každé ambulanci bolesti a pro všechny pacienty shodné. Další etické dilema je, pokud si pacient léčbu hradí sám a je například manažerem velké firmy, vydělává sto tisíc měsíčně, má platit obecně uznané částky pro jednotlivé léčebné procedury, nebo více, když je solventní? A má lékař pacientovi, který je například nezaměstnaný a nemůže si procedury připlatit, tyto platby odpustit? Pacienti tak mohou být podle sociálního stavu rozdělení na více, méně, nebo zcela neziskové.

Základní etické dilema u *nádorové bolesti* je podle členů Americké společnosti bolesti (American pain society - APS) a Americké asociace léčby bolesti (American association of pain management - AAPM) *nedostatečná léčba bolesti* (Ferrell et al., 2001). Netýká se ale jen pacientů s nádorovou bolestí a umírajících, ale i seniorů všeobecně, dále dětí, psychiatrických pacientů a pacientů s jakoukoliv závislostí. Příčiny nedostatečné léčby bolesti mohou být na straně lékaře, zdravotnického týmu, pacienta, nebo rodiny (O'Connor a Aranda, 2005).

Algeziologové, specialisté zabývající se léčbou bolesti, sami požadují vytvoření směrnic ke zvládnutí etických problémů a dilemat, se kterými se setkávají, nebo by se mohli setkat. Některé etické problémy jsou pro léčbu bolesti specifické. To souvisí s nutným začleněním etiky v postgraduálním a hlavně celoživotním vzdělávání specialisty v léčbě bolesti a vytvoření směrnic nastavujících etické profesní normy v léčbě bolesti. Lékařské profesní organizace mnoha států vyhlásují etické charty úlevy od bolesti s doporučeními, jak zvládat etické problémy a dilemata (Brennan et al., 2007). Například etická charta Americké akademie léčby bolesti (American Academy of Pain Medicine - AAPM) popisuje aplikaci etických principů v léčbě bolesti společně s obecnými principy lékařské etiky Americké lékařské společnosti a Deklarací profesionální odpovědnosti lékaře. Zvládnutí bolesti se chápe jako základ vykonávání lékařské praxe, lékaři mají povinnost léčit akutní i chronickou bolest. Úleva od bolesti se chápe jako základní lidské právo. Diagnostika bolesti vyžaduje multidisciplinární (týmový) přístup v léčbě, kde má jeden lékař primární odpovědnost za její koordinaci. Jako příklad uvádíme předběžnou formulaci charty pro úlevu bolesti AAPM, protože Česká společnost pro léčbu bolesti České lékařské společnosti zatím takovou etickou chartu nevydala. Charta AAPM požaduje jako základ etické povinnosti lékaře ulevit pacientovi od bolesti, což v rámci etiky souvisí s následujícími okruhy povinností: 1. lékař se vzdělává v multidimenzionální diagnostice pacienta s chronickou bolestí (v biologických, sociálních, psychických a spirituálních dimenzích), 2. k léčbě bolesti lékař potřebuje oprávněnou kvalifikaci, lékař se proto příslušně vzdělává 3. o principech a metodách léčby bolesti vzdělává lékař své kolegy, pacienty, všeobecnou veřejnost i politiky, 4. aktivně se účastní základního i aplikovaného výzkumu a 5. obhazuje zajištění lidského práva na přístup

k léčbě bolesti u každého pacienta (Dubois, 2003). Tyto okruhy povinností by se daly vhodně aplikovat na každého jednotlivého zdravotnického pracovníka týmu v léčbě bolesti (klinický psycholog, sociální pracovník, fyzioterapeut, duchovní, zdravotní sestra). AAPM také definuje, jak překonat profesionální, sociální a jiné překážky, které brání efektivnímu mírnění bolesti: 1. usnadnit pacientům přístup do CLB (Centra pro léčbu bolesti) (reklama, jiné mediální zviditelnění CLB, úzká spolupráce s ostatními obory medicíny), 2. povzbudit management zdravotnických zařízení, aby rutinní diagnostika bolesti měla ve zdravotnickém zařízení vysokou prioritu, 3. podporovat diagnostiku a léčbu stavů, které přispívají k bolesti, 4. neparticipovat na neopodstatněných nárocích pacienta na invaliditu (žádosti o invalidní důchody, jiné sociální dávky, atd.), 5. edukovat o diagnostice a léčbě bolesti pacienty i širokou veřejností, 6. edukovat o specifikách invalidity u chronické nenádorové bolesti, 7. pravidelně informovat kolegy ve zdravotnickém zařízení o nových postupech v léčbě bolesti založených na důkazech, o konceptu multidisciplinární diagnostiky a léčby bolesti, 8. edukovat pacienty i kolegy o závislosti a zneužívání léků a jiných látek v souvislosti s léčbou bolesti, 9. pomáhat rozlišit podíl jatrogení závislosti, její prevence, diagnostiky a léčby, 10. v souvislosti s léčbou bolesti se aktivně účastnit řešení právních problémů.

Závěr

Výuka etiky je značně variabilní a různorodá na různých fakultách i v jednotlivých zemích, což může být potom problematické jak pro zdravotníky, tak pro pacienty. Zdravotník by měl být v etice vzděláván a to pregraduálně i postgraduálně. Etické principy je užít v léčbě chronické bolesti k efektivnímu řešení specifických etických dilemat. Nezávisle na etických principech je ale nutné chápat úlevu bolesti jako jednu z nejdůležitějších priorit léčby.

34

Literatura

ANWARI, JS. Medical ethics and chronic pain management. *Saudi Med J*, 2008, 29, 6, s. 921-922.

BEAUCHAMP, TL. CHILDRESS, J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001.

BELLING, C. COULEHAN, J. A Window of Opportunity: Ethics and Professionalism in the Obstetrics and Gynecology Clerkship. *Teaching and Learning in Medicine*, 2006, 18, 4, s. 326-329.

BRENNAN, F. CARR, DB. COUSINS, M. Pain management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg*, 2007, 105, s. 205-221.

DUBOIS, MY. Ethics Charter. Glenview: American Academy of Pain Medicine, 2003.

ECKLES, RE. MESLIN, EM. GAFFNEY, M. HELFT, PR. Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be? *A Review Acad Med*, 2005, 80, s.1143-1152.

FERRELL, BR. NOVY, D. SULLIVAN, MD. et al. Ethical dilemmas in pain management. *J Pain*, 2001, 2, s. 171-180.

GIORDANO, J. SCHATMAN, ME. A crisis in chronic pain care - An ethical analysis. Part two: Proposed structure and function of an ethics of pain medicine. *Pain Physician*, 2008, 11, s. 589-595.

LAKHAN, SE. HAMLAT, E. MCNAMEE, T. LAIRD, C. Time for a unified approach to medical ethics. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2009, 4, 13, s. 1-6.

O'CONNOR, M. ARANDA, S. Paliativní péče. Praha: Grada, 2005.

PELLIGRINO, E. Decision to withdraw life-sustaining treatment, a moral algorithm. *JAMA*, 2000, 283, 8, s. 1065-1067.

PERKINS, HS. Teaching medical ethics during residency. *Acad Med*, 1989, 64, s. 262-266.

Kontaktní adresa

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Oddělení klinické psychologie FN Motol

V Úvalu 84

Praha 5 - 150 06

Email: jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

ROZHODOVÁNÍ SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI (abstrakt)

Jana Vyskotová

Fakultní nemocnice v Motole, Kardiochirurgická klinika

Souhrn:

Autorka příspěvku předkládá základní přehled o aspektech ovlivňujících rozhodování sester v klinické praxi se zaměřením na intenzivní péči. Popisuje nelehkou situaci během rozhodování, jakým způsobem jsou sestry do rozhodování zapojeny.

Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou sestry zapojeny do procesu rozhodování, jak mohou získat a využít dostupné informace, důležité pro kvalifikované rozhodování o léčebných postupech, jakých chyb se mohou během rozhodování dopustit a jak se jich mohou vyvarovat, jak lze zapojit do rozhodování pacienty a zda existuje vztah mezi znalostmi a rozhodováním.

Klíčová slova: rozhodování, rozhodovací proces, bezpečná péče

Literatura

- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- VONDRÁČEK, L.; VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1919-3.
- VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a akutní stavy*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-893-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3149-0.
- JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006.
- MARRINER-TOMEY, A. *Guide to nursing management and leadership*. St Louis: Mosby, 2004. ISBN 0-323-02864-0.
- YODER-WISE, P. S. *Leading and Managing in Nursing*. 3. ed. Missouri: Mosby, 2003. ISBN 0-323-01632-4.

Kontaktní adresa:

Bc. Jana Vyskotová
Kardiochirurgická klinika
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: jana.vyskotova@seznam.cz

FENOMÉN UTRPENÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

Hana Svobodová, Marie Zvoníčková, Jana Heřmanová
Ústav ošetřovatelství UK 3. LF

Souhrn:

Cílem příspěvku je poukázat na fenomén utrpení v ošetrovatelské péči. I když se pro někoho může jednat o abstraktní filozofickou kategorii, pro pacienty může být utrpení velmi reálné a významně snižovat kvalitu jejich života. Je proto důležité, aby sestry, které ostatně s pacienty tráví ve zdravotnických zařízeních nejvíce času, rozpoznaly možné příčiny i projevy utrpení pacientů. Častý kontakt s pacienty, kteří prochází různými formami utrpení, může vést u sester k pocitům bezmocnosti, morální tísně a vyhoření. Proto je důležité, aby management zdravotnických zařízení věnoval pozornost i těmto otázkám a zavedl opatření, která by mohla syndromu vyhoření předejít.

Klíčová slova: utrpení, morální tíseň, syndrom vyhoření, supervize

Summary:

The presentation aims to point to the phenomenon of suffering in nursing care. Although it may be seen as an abstract philosophical category suffering can be very real for the patients and their relatives and can markedly influence their quality of life. It is therefore necessary that nurses, who spent most of the time with the patients, recognize possible causes and various signs of suffering. Frequent contact with patients who suffer can lead to feelings of helplessness, moral distress and burn out. It is important then that the management of the health care facilities pay attention to these issues and implement measures that can prevent burn out syndrome.

Key words: suffering, moral distress, burn our syndrome, supervision

Být svědkem utrpení je součástí každodenní práce sester a sestra se tak stává důvěrníkem pacienta, který zakouší osobní ohrožení díky vážnému poranění či vážné nemoci. Skrze poskytovanou péči o bolest a jiné symptomy provázející nemoc, skrze jejich úlevu od fyzických problémů mohou sestry zmírňovat psychologickou, sociální a spirituální tíseň nemocného člověka. Sestry odpovídají na utrpení nemocného především svojí *přítomností*. Často „pouhé“ naslouchání pacientům pomáhá překlenout nevyslovené utrpení způsobené emocionální tísní, což se projevuje smutkem, osamocněním, strachem, pocitem bezmocnosti a beznaděje. Prostřednictvím lidského kontaktu mohou právě ony zmírnit tyto pocity a pomoci pacientovi překlenout období nejistoty a bezbrannosti.

Jak přirozené a snesitelné je utrpení nemocných a jejich rodin je těžko přenosná zkušenost. Co všechno tedy utrpením může být? Je třeba poslouchat nemocné, jak tento stav popisují.

1. Utrpení je popisováno jako ztráta kontroly, která vytváří nejistotu. Trpící se často cítí lapení v pasti a neschopní změnit jakékoliv okolnosti. V mnoha případech je utrpení spojeno se ztrátou vztahu, se ztrátou části těla či ztrátou sama sebe, což může být vnímáno pouze v mysli trpícího člověka.
2. Utrpení je intenzivní osobní zkušenost provázená pocitem opuštěnosti (jsem v tom sám, nikdo mi nemůže pomoci, nikdo tolik nemůže trpět jako já) a zoufalství.

3. Bývá hluboce spojeno s uvědoměním si vlastní smrtelnosti. Samotnou léčbu závažných nevléčitelných onemocnění provází strach z konce života nebo naopak s přáním zemřít.
4. Utrpení je často spojeno s otázkou „Proč?“. Onemocnění přichází moc brzy nebo v nevhodnou dobu a trpící člověk hledá smysl a odpověď na tuto neznámou.
5. Trpění je spojeno s izolací od okolního světa; člověk se může cítit osaměle a touží po spojení s ostatními lidmi, ale současně nechce být závislý na druhých, a to jej zúzkostňuje.
6. Duchovní bolest často doprovází utrpení. Všichni lidé mohou pociťovat beznaděj bez ohledu na příslušnost k jakékoliv církvi a při ohrožení života bilancují, jaký byl život a co ještě zbývá udělat. Když slábnou a stávají se zranitelní, ocitají se tváří v tvář smrti, mohou přehodnocovat a měnit svůj vztah k „vyšší moci“.
7. Utrpení není synonymum bolesti, ale je s ní těsně spojeno, tak jako je fyzická bolest úzce spojena s psychickou, sociální a spirituální tísní, tak bolest, která smysl nemá, způsobuje utrpení.
8. Utrpení se objeví, když člověk není schopen vyjádřit to, co cítí. To může být způsobeno ztrátou schopnosti mluvit nebo je-li jeho volání nevyslyšeno. Pocity strachu, úzkosti a zoufalství však zůstávají nesděleny. (Ferrel, Coyle, 2008)

Kissane a Yates v této souvislosti používají termín syndrom demoralizace, který je možné definovat „jako stav, jehož základem jsou beznaděj, bezmoc, pocit ztráty smyslu a existenciální tíseň“. U takto postiženého člověka převládá pesimismus, přehánění a uvažování ve smyslu všechno nebo nic. Pacienti se mohou uzavírat do sebe a používat komunikační styly, které jsou pro sestru obtížně rozpoznatelné. (In: O'Connor, Aranda, 2005).

Sestry jasně cítí odpovědnost za své pacienty při poskytování péče. Jak sama vyjádřila svou roli sestry dětského oddělení: „Abych ulevila svým pacientům a rodičům od trápení a bolesti, musím být dostupná, přítomná, být jejich obhájkyní, musím znát dostupné zdroje a jak je mohu využít, umět naslouchat a najít jakoukoliv pomoc pro pacienta a jeho rodiče, když vidím, že ji potřebují.“

Pochopitelně je utrpení nejvíce citováno v onkologické praxi. Práce s onkologickými pacienty vyžaduje neustálou bdělost v monitorování náhle vzniklých problémů a život ohrožujících stavů. Sestry pracující s empatií jsou si jasně vědomy toho, že „to by se mohlo stát mně nebo mým blízkým...“. Práce s onkologickými pacienty znamená „být s nimi“, v jejich velmi osobních chvílích utrpení a při jejich odpovědích na jejich utrpení.

Ovšem s utrpením jakéhokoliv charakteru se sestry setkají ve své praxi kdekoli, ať je to geriatry, intenzivní péče či oddělení popálenin. A není možné opomenout fakt, že sestry samy mohou prožívat morální tíseň a jakousi tenzi vycházející z bezprostřední blízkosti s trpícím člověkem. Může se jednat o situace spojené s koncem života a emoční náročnost této situace, ale i fakt, že sestry vnímají etickou problematiku prodloužení života za každou cenu nebo podávání neúčinné, marné léčby (často zmiňované sestrami intenzivní péče jako nejstresovější moment) jako formu utrpení nemocného člověka.

Problematice utrpení v ošetrovatelské péči by mělo být věnováno dostatek prostoru již v pregraduální přípravě sester a všech zdravotnických pracovníků a v praxi by se jim mělo dostat náležité podpory. Bez péče zkušeného supervizora nebo psychologa mohou sestry na exponovaných pracovištích velmi rychle vyhořet, což se potom projeví jak na jejich

schopnosti pomáhat pacientům v jejich utrpení, tak na spokojenosti sester se svým povoláním i se sebou samými.

Zpracováno s finanční spoluúčastí IGA MZ ČR NS9968-3/2008.

Literatura:

Ferrell, B.R., Coyle, N.: The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. Oxford; New York: Oxford University Press, 2008. ISBN 978-0-19-533312-1. 127 s.

O'Connor, M., Aranda, S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1295-4. 324 s.

Kontaktní adresa:

Mgr. Hana Svobodová
Ústav ošetrovatelství UK 3. LF
Ruská 87
100 00 Praha 10
Email: Sv.Hana@seznam.cz

KOMUNIKÁCIA SO SLUCHOVO POSTIHNUTÝM V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

Iveta Ondriová , Ľubica Derňárová, Marta Jakubíková, Dagmar Magurová
Katedra ošetrovateľstva Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Abstrakt:

Porucha sluchu spôsobuje poruchy v komunikačnom procese, preto je včasná diagnóza veľmi dôležitá pre následný vývoj dieťaťa , predovšetkým pre rozvoj reči . Sluch umožňuje dieťaťu učiť sa rozpoznávať hlasy, napodobňovať zvuky , zachytiť signály nebezpečenstva, komunikovať a tak rozvíjať sociálne vzťahy .Neodhalená a nekorigovaná ťažká porucha sluchu alebo hluchota spôsobí, že sa nevyvinie reč a zabrzdí sa mentálny vývoj dieťaťa.

V príspevku prezentujeme aktivity riešiteľov projektu KEGA z dvoch inštitúcií: FZ PU v Prešove a Spojenej školy P. Sabadoša v Prešove s názvom Komunikácia so sluchovo postihnutými v ošetrovateľskej praxi.

Kľúčové slová: *sluchové postihnutie, efektívna komunikácia, screening sluchu , klient,*

Teoretické východiská

Sluchové postihnutie predstavuje celoživotný problém. Svetová zdravotnícka organizácia (SZO) zaraďuje sluchové postihnutie na druhé miesto z hľadiska závažnosti postihnutia. Sluch umožňuje dieťaťu učiť sa rozpoznávať hlasy, napodobňovať zvuky, zachytiť signály nebezpečenstva, komunikovať a tak rozvíjať sociálne vzťahy .Pre rozvoj reči a intelektuálnych schopností je najdôležitejšie obdobie do 3. roku života.(Jakubíková, 2008)

Neodhalená a nekorigovaná ťažká porucha sluchu alebo hluchota spôsobí, že sa nevyvinie reč a zabrzdí sa mentálny vývoj dieťaťa , pri stredne ťažkej poruche sluchu je oneskorený vývoj reči a ľahká porucha sluchu môže byť príčinou horšieho prospechu v škole. Po narodení sa zvukovou stimuláciou rozvíja nielen sluchové centrum, ale vyvíja sa aj rečové centrum a šanca vybudovania adekvátnej činnosti rečového centra je podľa súčasných poznatkov do konca 4.roku života.(Jakubíková,2008)

Porucha sluchu môže byť **vrodená** alebo **získaná** , s rôznym stupňom postihnutia a to :

ľahká, stredne ťažká, ťažká porucha sluchu alebo hluchota. Viac ako 80% porúch sluchu sú vrodené alebo získané v perinatálnom období a preto pre včasnú diagnostiku je nutný celoplošný sluchový skrining u novorodencov. Na Slovensku sa skrining sluchu u novorodencov začal realizovať v roku 1998 na troch ORL klinikách , v súčasnosti je povinný skrining sluchu u novorodencov od 1.5.2006.

Vek v ktorom narušenie sluchu nastalo, je zvlášť dôležitý, lebo významnou mierou **ovplyvňuje vývin osobnosti jedinca** .Čím v ranejšom veku vzniká sluchová porucha , o to horšie sú jej následky .Ak narušenie sluchu nastane pred vývinom slovnej zásoby (vrodené), získané narušenie sluchu okolo pôrodu alebo v dojčeneckom veku , veľmi negatívne vplýva na vývin dieťaťa, lebo dojča nemá rozvinuté regulačné mechanizmy pomocou ktorých by mohlo eliminovať rušivé javy vo svojich sociálnych vzťahoch a takto sa brániť následkom sluchového postihnutia.(Houdková,2005).

Nepočujúce deti nepočujúcich rodičov majú dobré postavenie v rodine ,lebo ich komunikačné zručnosti (väčšinou manuálnymi znakmi) sa rozvíjajú od začiatku bez problémov. Následky

narušenia sluchu sú ovplyvnené podmienkami sociálneho prostredia. Hodnotenie výskytu sluchových postihnutí závisí aj od úrovne poznatkov lekárskej vedy, od úrovne lekárskej starostlivosti, socioekonomických pomerov a tiež zdravotníckej politiky štátu.

Úloha sestry a pôrodnej asistentky je nenahraditeľná pre kvalitu sociálnych vzťahov v spoločnosti. Vo vzťahu sestra-pacient vzniká interakcia, v ktorej sestra realizuje rolu ošetrovateľky, komunikátorky, učiteľky, poradkyne, advokátky atď. Rola sestry komunikátorky je neodmysliteľná a zasahuje do všetkých oblastí a aktivít ošetrovateľskej praxe. Komunikácia umožňuje sestre lepšie vnímať chorého, pozorovať, pochopiť jeho problémy a identifikovať potreby. Komunikačné schopnosti sestry sa skvalitňujú zvládnutím teoretických východísk komunikácie a tréningom v efektívnych komunikačných zručnostiach. (Sihelská, 2007).

Problematike komunikácie so sluchovo postihnutými v ošetrovateľskej praxi sa venuje len sporadicky málo odborníkov. Aj keď sa sestry a pôrodné asistentky nestretávajú s nepočujúcimi pacientmi často, ich problémy a ťažkosti im nemôžu byť cudzie. Hlavnou úlohou sestry a pôrodnej asistentky so sluchovo postihnutým pacientom je vytvoriť priaznivé podmienky v kontexte holistického prístupu v ošetrovateľskej praxi.

V ošetrovateľskej praxi sa stretávame aj s nepočujúcimi klientmi alebo s klientmi s rôznym stupňom poruchy sluchu. Pri komunikácii s nimi pociťujeme problémy hlavne v prípade ak chceme niečo vysvetliť, napríklad liečebné, či ošetrovateľské postupy, alebo ak od klienta potrebujeme informovaný súhlas. Nie vždy máme k dispozícii tlmočníka, ktorý nám v komunikácii pomáha. Reflektujú na tieto komunikačné bariéry.

FZPU v spolupráci so vzdelávacou inštitúciou Spojenou školou P. Sabadoša v Prešove, ktorá sa zaoberá výchovou a vzdelávaním detí a mládeže s poruchami sluchu a komunikačnými poruchami realizuje projekt s názvom „Komunikácia so sluchovo postihnutými v ošetrovateľskej praxi“.

Projekt kultúrno-edukačnej grantovej agentúry (KEGA) bol schválený v roku 2008.

V kontexte skvalitnenia problematiky komunikácie so sluchovo postihnutými v ošetrovateľskej praxi hlavné ciele projektu sú nasledovné:

- priblížiť zdravotníckym pracovníkom sluchovo postihnutého jedinca a umožniť hlbšie precítenie problémov sluchovo postihnutých
- posilniť psychologicko-etické atribúty vo vzťahu k sluchovo handicapovaným
- komplexnejšie poňať problematiku sluchovo postihnutých jedincov

Záver

Vedomosti a skúsenosti získané prácou v projekte chceme zúročiť pri výchove a vzdelávaní budúcich sestier.

V príprave budúcich zdravotníckych pracovníkov posilňovať psychologicko-etické atribúty postavenia sluchovo postihnutých jedincov v spoločnosti. Nácviky praktických zručností komunikácie so sluchovo postihnutými v ošetrovateľskej praxi. Integrácia sluchovo postihnutých a tým vytváranie priestoru pre kontakt zdravej populácie so sluchovo postihnutými

Poskytnúť budúcim zdravotníkom základy posunkovej reči v nepovinnom predmete.

Humanizácia ošetrovateľskej praxe vo vzťahu k postihnutým jedincom v spoločnosti. Postavenie postihnutých jedincov vnímať optikou celospoločenskej snahy o ich plnohodnotnú

integráciu do radov zdravej populácie .Vytvárať priestor na podporu seminárov, školení, projektov v komunikácii so sluchovo postihnutými chorými Podporovať ideu celoživotného vzdelávania všetkých zdravotníckych pracovníkov

Zoznam bibliografických odkazov:

HOUDKOVÁ, A. *Sluchové postihnutie u detí* . Praha:Triton,2001.178s. ISBN 80-7254-623.

HORŇÁKOVÁ , A. *Jazyková vybavenosť budúcich zdravotníckych pracovníkov a použitie odbornej medicínskej terminológie v cudzom* . In: Trendy v ošetrovatelství IV., Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s.84-93 ISBN 80- 7368-182-X

JAKUBÍKOVÁ,J. *Poruchy sluchu u detí: princípy a postupy pre včasnú diagnostiku, identifikáciu etiológie a liečbu* .In *Pediatrica pre prax* ,2008,roč.9,č.5, s.252-256.ISSN 1336-8168.

SIHELSKÁ,D. *Príčiny zlyhávania komunikácie* .In *Sestra a lekár v praxi*, 2007,roč.6,č.7-8.s.16-17. ISSN 1335-9444.

UHEROVÁ,Z. *Interkultúrna komunikácia v oblasti zdravotníctví* .In *Cizí jazyky v kontextě Multikultúrní Európy* .Sborník mezinárodní konference University J.E.Purkyně v Ústí nad Labem,2008,s.238-241. ISBN 978-80-7414-075-4.

UHEROVÁ ,Z. *Vzťah empatie a inklinácie k štýlu A a B u študentov FZ v Prešove* .In *Quo vadis zdravotníci? Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov FZ PU v Prešove, 2005, s.1-6 .ISBN – 80-8068- 3921.

42

Kontaktná adresa :

PhDr. Iveta Ondriová PhD.
Fakulta zdravotníctva PU , Katedra ošetrovatelstva
Partizánska č.1
080 01 Prešov
Slovenská republika
Email: ondriova@unipo.sk

KREATIVITA V PRÁCI SESTRY SO SLUCHOVO ZNEVÝHODNENÝM PACIENTOM

Terézia Fertal'ová, Janka Slaninková, Helena Galdunová
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Súhrn:

Príspevok pojednáva o základoch komunikácie v kontakte so sluchovo znevýhodneným pacientom, ako aj o schopnosti sestier byť tvorivými a flexibilnými v kontakte s handicapovanými pacientmi.

KLúčové slová: *kreativita, nepočujúci, pacient, sestra, komunikácia*

Úvod

Nepočujúci sú minorita žijúca v majorite. Strata sluchu je neviditeľná a možno tým aj podceňovaná. Avšak nepočujúci vo svojom živote narážajú na rôzne prekážky, bariéry, ktoré sa väčšinou pohybujú okolo komunikácie. Sluchovo postihnutí môžu byť nepočujúci, nedoslýchaví, ohluchnutí a osoby s kochleárnym implantátom. Je niekoľko fenoménov, ktoré by si zdravotnícki pracovníci mali uvedomiť v interakcii s nepočujúcim pacientom, pretože efektívna komunikácia je jednou zo záruk úspešného liečebného procesu. Sestra v interakcii s nepočujúcim, či nedoslýchavým pacientom musí vyvinúť nemalé úsilie aby dosiahla požadovaný cieľ. Samotní handicapovaní pacienti sú mnohokrát v nezávidenia hodnej situácii, ktorá si prioritne vyžaduje kreativitu sestry v komunikačnom procese.

Kreativita je schopnosť predstaviť si a "nájsť či vymyslieť niečo nové". Kreativita je proces, počas ktorého meníme energiu (myšlienku) v konkrétny produkt (Škrľa, 2003). Vzhľadom k tomu, že ošetrovatel'stvo predstavuje nielen vedu ale aj umenie, poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti podporuje kreatívny prístup sestry. Kreativitu môžeme rozvíjať sústredeným úsilím a praxou. Pre sestru je najdôležitejšia túžba po zvyšovaní vlastného kreatívneho potenciálu, pochopenie kreatívneho procesu a pochopenie toho, čo kreatívny proces brzdí. Kreativita podobne ako kvalita predstavuje v prvom rade túžbu neustále sa zoznamovať s novými vecami, získavať nové informácie, zmenu postoja k novým veciam a ochotu hrať sa s myšlienkami a možnosťami využiť názorovú pružnosť, hľadať spôsoby ako veci zlepšiť a dokonca aj zmenu zvyku ako sa radovať z úspechu. V literatúre sa často hovorí o kreativite a inovácii ako keby tieto dva pojmy boli synonymá, ale nie je tomu tak. Tvorivosť/kreativita predstavuje produkciu nápadov a inováciu ich zavádzania do praxe. Aj keď sú v práci sestry okamihy spontánnej kreativity typu „aha“, väčšina nápadov a inovácií je produktom značného premýšľania počas dlhšieho časového obdobia. Kreativita je praktická dimenzia, ktorá sa môže stať súčasťou každodenného života. Kreatívny proces vyžaduje nielen inšpiráciu, ale tiež tvrdú mentálnu prácu, ktorá zaručuje, že kreatívne myšlienky budú premenené v konkrétnu realitu (Škrľa, 2003). Pacient je naša najväčšia kreatívna výzva, osobitne pacienti sluchovo znevýhodnení. Nepočujúci sú minorita žijúca v majorite. Strata sluchu je neviditeľná a možno tým aj podceňovaná. Avšak nepočujúci vo svojom živote narážajú na rôzne prekážky, bariéry, ktoré sa väčšinou pohybujú okolo komunikácie. Sluchovo postihnutí môžu byť nepočujúci, nedoslýchaví, ohluchnutí a osoby s kochleárnym implantátom. Je niekoľko fenoménov, ktoré by si zdravotnícki pracovníci mali uvedomiť v interakcii s nepočujúcim pacientom, pretože efektívna komunikácia je jednou zo záruk úspešného liečebného procesu. Sestra v interakcii s nepočujúcim, či nedoslýchavým

pacientom musí vyvinúť nemalé úsilie aby dosiahla požadovaný cieľ. Samotní handicapovaní pacienti sú mnohokrát v nezávidenia hodnej situácii, ktorá si prioritne vyžaduje kreativitu sestry v komunikačnom procese.

Zmyslové ústroje slúžia človeku k orientácii vo svete, v ktorom žije a ku komunikácii s okolím. Porucha ktoréhokoľvek zmyslového orgánu má veľmi závažné dôsledky práve pre tieto dve základné potreby človeka. Vrodená strata sluchu aj keď nie je viditeľná ako vrodená strata zraku, má pre rozvoj človeka veľmi závažné dôsledky. Predovšetkým nedochádza k prirodzenému rozvoju reči a tým k prirodzenej komunikácii malého dieťaťa s jeho okolím. Tieto ťažkosti sa veľmi nepriaznivo prejavujú v duševnom živote postihnutého človeka, v obmedzených možnostiach vzdelávania a celkového rozvoja osobnosti. Moderná medicína a technika nám dávajú nielen možnosť sluchovú poruchu včas odhaliť, ale tiež liečiť alebo aspoň kompenzovať technickými pomôckami (Herdová, 2004).

Komunikácia medzi nepočujúcim a zdravotníckym personálom mnohokrát zlyháva na maličkostiach, ktoré môžeme odstrániť, ale musíme o nich vedieť.

Už po príchode do čakárne v nemocnici, či ambulancii narazí nepočujúci pacient na bariéry. Sadne si do čakárne a čaká kedy príde na rad. Sestra vyvolá meno, alebo povie „ďalší“, alebo „počkajte chvíľu“. Nepočujúci nepočuje a ani nerozumie. Nepočujúci, keď podá zdravotnú kartu, hneď by mal oznámiť, že je nepočujúci a sestra by mala, až keď príde na rad, podísť k nemu, nadviazať s ním očný kontakt a privolať ho rukou. Ak narazíme na čakára, kde sa vyvoláva prostredníctvom rozhlasu, pre nepočujúcich je to katastrofa. Preto by sme mali myslieť na zdravotne postihnutých a vytvárať im bezbariérový prístup.

Ďalšia situácia sa týka oslovenia nepočujúceho. Lekári a sestry sa nemusia báť osloviť pacienta, že je sluchovo postihnutý. Je dobre použiť pojem nepočujúci, nedoslýchavý. Ale na pojmy hluchonemý a hluchý, sú hákliví, preto by sa tieto pojmy nemali používať.

V čase obmedzenia očného kontaktu, napríklad počas vyšetrenia alebo aplikácie liečby (očný lekár, röntgen, gynekológ), lekár by mal vopred povedať, čo sa bude robiť, aby sa pacient nebál. Dôležité je myslieť na to, že pokiaľ nie očný kontakt komunikácia nemôže prebiehať.

Často sa stáva, že lekári počas písania lekárskeho nálezu, receptu niečo hovoria. Pacient nevie, či hovorí smerom k sestre alebo k nemu. Aj v tomto prípade musíme myslieť na zachovanie očného kontaktu.

V prípade, keď pacient má so sebou tlmočníka, je potrebné si uvedomiť, že tlmočník je len most komunikácie, je len „vzduch“. Lekár by mal vždy hovoriť smerom k pacientovi a nie tlmočníkovi. Tlmočník „len“ prekladá zdieľanie lekára a pacienta. V prípade intímnych vyšetrení, či vyšetrení, kde nemôže byť ďalšia osoba, je potrebné to oznámiť pacientovi vopred. Za účinnú sa považuje aj písomná forma komunikácie (Hefty, 2009).

Zásady komunikácie s nepočujúcim pacientom:

- Očný kontakt.
- Upútanie pozornosti dotykom, mávaním (dotyky sú povolené iba na určitých miestach hlavne na rukách. Pre nepočujúceho je veľmi nepríjemný dotyk v oblasti chrbta a dotyk na hlavu).
- Vhodné miesto na komunikáciu (dopad svetla na hovoriaceho, pretože pokiaľ pacient je oproti oknu, je proti svetlu a nedá sa odzerať).
- Vzdialenosť nemá byť menšia ako 0,5 a nie väčšia ako 1,5 m.
- S nepočujúcim pacientom hovoriť pomalšie, zreteľne artikulovať, nie prehnane, najlepšie bez hlasu, vtedy artikulácia je jasnejšia.

- Najlepšie je keď lekár či sestra nemá okolo úst alebo v ústach prekážku(dlhé fúzy, žuvačka, rúško...).
- Na výpoveď nepočujúceho pacienta treba reagovať, pretože potrebuje spätnú väzbu. Odvrátenie od hovoriaceho znamená koniec komunikácie.
- Keď nerozumieme čo pacient povedal, treba požiadať, aby vetu zopakoval, alebo napísal na papier.
- Pokiaľ sa lekár a sestra chce uistiť, či pacient rozumel, nemali by sa pýtať, či rozumel, ale položiť otázku „čo ste rozumeli?“(Czumalová, 2008).

Záver

Stávajú sa často situácie, pri ktorých dochádza k nedorozumeniam medzi nepočujúcimi pacientmi a zdravotníckym personálom v dôsledku komunikačných bariér. Personál mnohokrát ani nevie ako má pristupovať k nepočujúcemu pacientovi. Nastávajú aj také situácie, keď nepočujúci je nečakane v stave ohrozenia života. Pomoc psychológa pre nepočujúcich je tiež obmedzená, pretože komunikácia nemôže prebiehať na optimálnej úrovni. Efektívna komunikácia je kritickou súčasťou ošetrovateľskej praxe. Sestry, ktoré vedú efektívne komunikovať, majú väčšiu schopnosť iniciovať u svojich pacientov zmenu vedúcu k podpore ich zdravia a majú väčší úspech pri budovaní dôvernejších vzťahov s pacientmi, ich rodinami a ostatnými členmi liečebného tímu. Čaro osobnosti každej sestry je základom úspechu v terapeutickom snažení. Dosiahnuté odborné vedomosti a skúsenosti sú základným predpokladom v hľadaní inovatívnych postupov a využití vlastného kreatívneho potenciálu v kontakte so sluchovo znevýhodneným pacientom.

45

Zoznam použitej literatúry

CZUMALOVÁ, A.: *Tlumočník jako most komunikace mezi slyšícím zdravotníkem a neslyšícím pacientem*. Praha: ČKTZJ. 65s. ISBN 978-80-87153-86-4.

HEFTY, A., HOLUBOVÁ, V.: *Nepočující pacient*. In elektronický zborník: Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu. Trnava, 2009. ISBN 978-80-8082-315-3.

HERDOVÁ, S.: *Vyšetřování sluchu u dětí*. *Pediatrica pre prax*. 2004.[online]. Citované 2010-06-24. Dostupné na internete: <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/04/13.pdf>

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ M.: *Kreativní ošetrovateľský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. s. 405 – 426. ISBN 80-7172-841-1

Kontaktná adresa:

PhDr. Terézia Fertal'ová
 Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove
 Katedra ošetrovateľstva
 Partizánska 1
 080 01 Prešov
 Email tfert@unipo.sk

EDUKAČNÍ PROCES U ŽENY PROCHÁZEJÍCÍ KLIMAKTERIEM

¹Ivana Lamková, ²Jana Boroňová

¹Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, doktorand Trnavské univerzity v Trnave

²Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra zdravotníckého manažmentu

Souhrn:

Obsahem příspěvku je výzkumné šetření, které objasňuje problematiku menopauzy žen a hloubku jejich znalostí o klimakterických změnách a menopauze. K šetření bylo využito strukturovaného dotazníku, pomocí kterého bylo ověřováno tvrzení Beardové a Curtise (Beardová, Curtics, 1995), že téměř 85 % Evropanek pocituje některé z klimakterických potíží. Výzkum byl doplněn kvalitativním sběrem dat pomocí řízeného rozhovoru. Výsledkem výzkumu je zjištění znalostí žen o problematice klimakteria a identifikace nejefektivnějších edukačních metod pro tuto skupinu žen.

Klíčová slova: fertilita; menopauza; perimenopauza; klimakterium; klimakterický syndrom; HST (hormonální substituční terapie); edukační program

Úvod

Problematiku klimakteria lze chápat nejen jako medicínské, ale i jako společenské téma. Délka života ženy se za posledních sto let prodloužila o více než 30 let. Zatímco na konci 19. století se pohybovala očekávaná délka života okolo 45 let, v současnosti dosahuje ve vyspělých angloamerických zemích 82 let, v České republice 78 let. Toto zásadní prodloužení délky života však nemělo žádný vliv na délku reprodukčního období ženy.

Průměrný věk menopauzy se nezměnil. Důsledkem je stále se prodlužující část života, kterou ženy prožívají v postmenopauzálním období. Současná žena prožije v tomto období průměrně jednu třetinu života (Cibula, Henzl, Živný, 2002).

Každá žena během svého života prochází mnoha fyzickými i hormonálními změnami. Klimakterium (perimenopauza) je stejně jako změny v pubertě nedílnou a přirozenou součástí života ženy a stejně jako v pubertě, tak i v klimakteriu jsou provázány řadou takových změn, které mohou být ženou vnímány negativně (Jeníček, 2004).

Průměrný věk menopauzy je překvapivě velmi stabilní. Dnešní ženy se dožívají menopauzy průměrně okolo 51 roku věku a průměrná doba trvání klimakteria se pohybuje okolo jednoho až dvou let (Čepický, 2002).

Změny jsou rázu fyzického, hormonálního i psychického. Právě psychické změny úzce souvisí s citlivostí vnímání fyzických a hormonálních změn. Mnohá z žen má představu, že ženskost úzce souvisí s funkcí vaječníků a schopností fertility a v okamžiku, kdy tyto funkce ztrácí – ztrácí i část své vnímané ženskosti (Stoppardová, 1995, 2002).

Právě těmto ženám je třeba pomoci ve zmírnění potíží, prožívání a přijetí klimakterických změn. Toho lze dosáhnout pozitivní medializací a cíleně zaměřenou edukací v oblasti této problematiky resp. v indikovaných případech individuálně určenou hormonální substituční terapií.

Cíl práce

Cílem práce je zmapovat znalosti žen o škále možných změn a problémech z nich vyplývajících v období klimakteria, jejich orientaci o formách užívání HST a zjistit zájem žen o edukační programy a jejich formy v oblasti této problematiky.

Metodika

Výzkum probíhal v období květen až září roku 2009. Pro kvantitativní sběr dat byl sestaven nestandardizovaný strukturovaný dotazník s předdefinovanými odpověďmi na pokládané otázky nebo s možností výběru více odpovědí. Výzkum je doplněn kvalitativním průzkumným šetřením pomocí strukturovaného rozhovoru.

Výzkumný soubor

Pomocí dotazníku bylo osloveno 136 žen ve věkovém rozmezí 45 – 60 let v ambulanci gynekologa v ústeckém kraji při běžné kontrole. Návratnost dotazníků byla 72 %. Se 40 respondentkami z téhož výzkumného souboru byl uskutečněn řízený rozhovor. Výběr těchto žen se řídil jejich ochotou k osobnímu rozhovoru.

Výsledky

Byl proveden výběr výsledků dotazníku.

Na otázku: „*Co si představujete pod pojmem klimakterium?*“ odpovědělo 81 % žen správně, 19 % nemá jasnou představu a spojuje si toto období se zrychlením stárnutí nebo jej vnímá jako onemocnění.

Otázka: „*Hovoří s Vámi váš gynekolog o potížích, které se mohou vyskytnout v období klimakteria?*“ byla kladně zodpovězena 58 % žen, 42 % žen o nich nehovoří (z toho 18 % žen z obavy, že by obtěžovala).

Otázka: „*Jste si vědoma varovných známek zhoubných nádorů, například prsu, vaječníků, děložní sliznice?*“ 8 % žen odpovědělo, že jsou poučeny od svého gynekologa, 67 % zná veškeré informace z letáků a odborné literatury a 25 % neví.

Na dotaz: „*Myslíte si, že může být Váš sexuální život spokojený tak, jako před vstupem do klimakterického období?*“ odpovědělo 67 % žen kladně, 9 % žen záporně a 24 % neví.

Při zodpovězení otázky: „*Označte dle svého zvážení problémy, které jsou spojeny nebo vyvolány klimakteriem a tvoří tzv. klimakterický syndrom.*“, bylo nabídnuto 20 položek problémů z oblasti fyzických, hormonálních a psychických změn. Ženy označily svou odpověď v dotazníku a následně byl proveden řízený rozhovor.

Výsledky znalostí škály klimakterických potíží:

- a) Označeno do 5 položek (35 % žen)
- b) Označeno do 10 položek (37 % žen)
- c) Označeno do 15 položek (23 % žen)
- d) Označeno do 20 položek (5 % žen)

Při rozhovoru byla položena otázka *znalostí forem užívání hormonální substituční terapie*. Počty voleb jednotlivých forem HST (řízený rozhovor):

- a) Perorální podání (40 x)
- b) Náplasti (33 x)
- c) Vaginální podání (9 x)
- d) Injekční podávání (5 x)
- e) Nosní spray (1 x)
- f) Depotní podkožní implantáty (3 x)

Na otázku: „*O jaké typy získávání informací byste měla zájem?*“ (řízený rozhovor) ženy odpověděly:

- a) Setkávání žen s podobnými problémy (5 žen)
- b) Odborné poradenství gynekologa, porodní asistentky (31 žen)
- c) Odborné pořady v televizi, rozhlasu (19 žen)
- d) Info – linka pomoci (18 žen)
- e) Odborná literatura (8 žen)

V řízeném rozhovoru 34 ze 40 respondentek *vnímá období klimakteria* negativně buď z důvodu pocitu stárnutí, snížené atraktivity nebo pro klimakterické potíže.

48

Diskuse

Výsledky výzkumu dokazují, že 80 % žen má některou z obtíží, které je možno zařadit do klimakterického syndromu. Ženy jsou celkem dostatečně informovány o pojmu klimakterium, ale prostor vzniká pro porodní asistentku při řešení konkrétních problémů jednotlivých žen nabídkou rozhovoru a pomoci při návštěvě gynekologa. Zároveň je překvapující, že 1/3 žen má problém, jak se postavit ke své sexualitě v době klimakteria, což svědčí o obavě žen otevírat toto téma při rozhovoru nejen s partnerem, ale i s odborníkem.

Při odpovědi respondentek na otázku, jaké příznaky by zařadily mezi příznaky klimakterického syndromu, byl jednoznačně nejznámějším klimakterickým projevem návaly horka, poruchy spánku a poruchy nálady, únava a snížená koncentrace, což koresponduje s výsledky Gallasové (2010). 65 % žen označilo správně 6 a více příznaků, což prokazuje informovanost respondentek.

Vzhledem k nejnovějším vědeckým poznatkům se jeví jako poměrně omezené vědomosti o možných formách HST. Období klimakteria je pro ženu velice osobní téma a s tím souvisí i volba způsobu přijímání informací, kdy ženy v podstatě nemají zájem o autentické předávání zkušeností ve skupinách, ale upřednostňují pasivní nebo individuální formy edukace. Samotné ženy považují za důležité být informovány o problematice klimakteria, 89 % žen alespoň důležitost informovanosti o této problematice potvrzuje. Zájem o tuto problematiku je potěšující, ale na druhou stranu může být známkou toho, že ženy se mohou považovat za nedostatečně informované.

Závěr

Výsledky dokázaly, že naše populace žen na sklonku fertlního období a v průběhu klimakteria sice má základní informace, ale při dnešních vědeckých poznacích by ženy měly mít mnohem více znalostí o možnostech zvládnání a řešení svých dočasných problémů. Současně by měla být věnována pozornost i vědomostem žen o závažných rizicích plynoucích z hormonálních změn jako je riziko nádorů, osteoporózy a psychických výkyvů atd.

Informovanost žen o problematice klimakteria je důležitá a podstatná pro zvládnutí tohoto životního období. Ženy si tuto skutečnost uvědomují, ale je otázkou, zda si stejnou skutečnost uvědomují i ti, od kterých jsou informace očekávány (gynekolog, ostatní odborní lékaři, porodní asistentky...). Poradenství a edukace má pro ženy v klimakteriu velmi důležitou roli. Podíl porodní asistentky na edukačním procesu ženy je nesporný, právě ona je prvním profesionálním kontaktem pro ženu v oblasti primární péče a má nejvíce informací o problémech a potížích, které žena prožívá.

Literatura:

- BEARD, M. K., CURTIS, L. R. *Přechod a roky po něm*. České Budějovice: DONA, 1995. ISBN 80-85463-45-3.
- CIBULA, D., HENZL, M. R., ŽIVNÝ, J. a kol. *Základy gynekologické endokrinologie*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. ISBN 80-247-0236-3.
- ČEPICKÝ, P., Definice a endokrinologie klimakteria a postmenopauzy. *In Lékařské listy*. Praha: Mladá Fronta, 2006, roč. 55, č. 16. s. 12-13. www.zdn.cz.
- GALLASOVÁ, Martina. *Poradenství pro ženy v klimakteriu*. Č. Bud., 2010. bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta
- JENÍČEK, J., *Žena v přechodu aneb ženou celý život*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-7169-752-4.
- STOPPARDOVÁ, M., *Hormonální a substituční terapie při menopauze*. 1. vydání, Praha: Euromedia Group, 2002. ISBN 80-249-0032-7.
- STOPPARDOVÁ, M., *Klimakterium*. 1. vydání, Bratislava: INA, 1995. ISBN 80-85680-60-

Kontaktní adresa:

Mgr. Ivana Lamková
Ústav zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Velká Hradební 13
400 01 Ústí nad Labem
Email: ivana.lamkova@ujep.cz

PÉČE O PSYCHICKÉ POTŘEBY HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

Zlatica Dorková, Kateřina Šrahůlková

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

Souhrn:

Přístup zdravotnického personálu k dětem na nemocničních odděleních je maximálně důležitý. Primárním cílem sester je uspokojování nejen biologických, ale také psychických potřeb. I u dětí platí, že dobrý psychický stav ovlivňuje úspěšnost léčby. Nejvíce jsou děti stresovány separací, bolestí a strachem ze zákroků. Proto je důležité, aby sestry vytvářely veselou a uvolněnou atmosféru, která může překlenout rozdíl mezi domácím a nemocničním prostředím. Jedním z možných prostředků je i hra, která má být součástí plánu ošetrovatelské péče. V příspěvku proto autorky poukazují na pozitivní zkušenosti, které mají s realizací herní terapie na dětském oddělení.

Klíčová slova: nemocné dítě, nemocnice, uspokojování psychických potřeb, herní terapie

Úvod

V našem příspěvku se zabýváme uspokojováním psychických potřeb u nemocných dětí, které jsou hospitalizovány v nemocničním zařízení. Vycházíme z tzv. holistické ošetrovatelské péče, která akceptuje jednotlivce – v našem případě dítě a jeho rodinu, jako integrální součást komplexní péče v rámci ošetrovatelského procesu. Je nutné si uvědomit, že dětský organismus není zmenšeninou těla dospělého, je prostě jiný, z čehož vyplývá, že i uspokojování potřeb dítěte (nejen psychických) je specifické. I u dětí platí, že každé dítě je individualita, která má své jedinečné vlastnosti, postoje i potřeby.

Vlastní text

Hospitalizace dítěte je vždy závažný zásah do stereotypu dítěte. Hospitalizací ztrácí dítě oporu a pocit bezpečí, který je nesmírně důležitý pro jeho citový stav a průběh onemocnění. Reakce dítěte na hospitalizaci závisí na mnoha faktorech, nejčastěji na jeho věku, diagnóze, předchozí zkušenosti z hospitalizace, přípravě na hospitalizaci ze strany rodičů, podpoře rodiny i ošetřujícího personálu, ale také na emočním stavu dítěte. Současný systém umožňuje, aby rodič (matka, otec) či jiní příbuzní byli hospitalizováni s dítětem a můžeme tedy říci, že pobyt dítěte v nemocnici se dotýká každého člena rodiny. Ošetřující personál si tuto skutečnost musí uvědomit a musí se snažit vytvářet pozitivní zkušenosti jak pro děti, tak pro jejich rodiče a příbuzné.

Podle V. Němce (In Valenta, 2008, s. 200) je hlavním cílem pobytu dítěte v nemocnici stanovení diagnózy onemocnění a zahájení léčby (převažuje pozice lékaře), následuje celý léčebný a ošetrovatelský proces (převažují ošetrovatelské úkony dětské sestry) a v době začínajícího uzdravování je nutno naplnit „volný čas“ dítěte (převažují aktivity pedagogů a herních specialistů). Vzhledem ke specifikům péče o nemocné dítě byla vytvořena „Charta práv dětí v nemocnici“, která byla schválena Centrální etickou komisí při MZ ČR. Obsahuje tyto základní body:

- Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
- Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
- Děti a/nebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Děti a/nebo jejich rodiče mají právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
- S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
- Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
- Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
- O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
- Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
- Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Z výše uvedené charty vyplývá, že u dítěte je velmi důležité uspokojování jeho potřeb. Světová zdravotnická organizace již v roce 1954 definovala potřeby dětí takto: Dítě potřebuje být milované, akceptované, potřebuje bezpečí, vzor (pro identifikaci), příležitost se volně projevit a všestranně rozvíjet (Greisinger, 1990, s. 171). Podle F. Schneiberga (In Švejcár, 2003, s. 324-325) možnost přiměřeně se rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování a vzájemné komunikaci s okolím, v chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož je dítě součástí, vyžaduje uspokojování potřeb psychických a sociálních, které spolu úzce souvisí a jejichž uspokojování se vzájemně prolíná. U zdravého dítěte jde konkrétně o tyto psychické a sociální potřeby: potřeba stimulace neboli náležitého přívodu podnětů, potřeba pravidelnosti a uspořádanosti, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba bezvýhradného přijetí dítěte, potřeba lásky, potřeba smysluplnosti světa, potřeba vlastní identity, potřeba spontánní aktivity, potřeba otevřené budoucnosti atd. Samozřejmě, k těmto potřebám je třeba nahlížet také v souvislosti s věkem dítěte, protože každé vývojové období má svoje zvláštnosti. Pořadí důležitosti potřeb se také mění, a to v závislosti na situaci, ve které se dítě ocitá. Hospitalizace a dlouhodobé neuspokojování základních potřeb může ovlivnit chování dítěte, proto mu musí sestra, která je v nejužším a nejčastějším kontaktu s dítětem, věnovat zvýšenou péči.

Sestra pracující s dětmi musí mít k efektivnímu uspokojování psychických potřeb osvojené strategie emocionální podpory, které jsou založeny na následujících principech (Melgosa, Posse, 2003, s. 51):

- dítě potřebuje pohodlné, bezpečné prostředí a příjemnou atmosféru;
- nezbytný je pravidelný denní řád;
- tělesný kontakt s dítětem je nutný;
- slovní a mimická interakce podporuje emocionální rozvoj.

Vzhledem k výše uvedeným principům je důležité, aby sestra pečující o nemocné dítě (Juřeníková, et al., 1999, s. 133-134):

- se snažila o mateřský přístup;
- bojovala proti hospitalizmu;
- zajistila bezpečnost dítěte;
- snažila se rozvíjet hygienické návyky;
- pečovala o vhodné stravování;
- podávala léky;
- pečovala o dostatečný spánek;
- pozorovala dítě;
- měla ohleduplnost k bolesti;
- bojovala proti vzniku nozokomiálních nákaz.

Z psychického hlediska je velmi důležitý první a druhý bod, který si nyní blíže popíšeme. Sestra se má snažit o mateřský přístup, musí si však uvědomit, že ani sebelépe připravený ošetřující nenahradí rodiče. Dítě vnímá sestru jako člověka, který se o něj fyzicky stará jako rodič, a také je sestra ze strany dítěte vnímaná jako zdroj jistoty, bezpečí a útěchy. Je důležité, aby sestra měla o dítěti co nejvíce informací, proto je důležité, aby si zjistila vývojovou a zdravotní anamnézu dítěte, tj. ptala se na (Leifer, 2004, s. 559):

- rodinné vztahy a podpůrné systémy;
- kulturní potřeby, které mohou ovlivnit péči a nemocniční procedury;
- přezdívky, rituály, zvyky;
- vývojový stupeň a schopnosti;
- komunikativní dovednosti;
- osobnost, adaptabilitu, vyrovnanost;
- předchozí zkušenosti, rozvod, noví sourozenci, rozšířená rodina;
- předchozí zkušenost se separací – prázdniny, hospitalizace;
- vliv aktuálního zdravotního problému na růst a vývoj;
- připravenost dítěte na hospitalizaci;
- předchozí kontakt se zdravotnickým personálem.

Pokud má sestra co nejkonkrétnější informace o dítěti, může stanovit kvalitní a efektivní plán ošetrovatelské péče a na základě tohoto plánu uspokojovat všechny potřeby dítěte, jak aktuální, tak i potencionální ve všech jeho oblastech.

Dalším úkolem sestry je prevence hospitalizmu, především u dlouhodoběji hospitalizovaných dětí. Hospitalizmus můžeme označit jako negativní vlivy ústavního prostředí, které působí na psychický i fyzický stav dítěte a který může negativně zasahovat do léčby. Hospitalizace dítěte představuje typickou separační situaci, která za určitých podmínek může vést až k deprivaci dítěte. Psychologie popisuje tři typické fáze separační úzkosti, které se projevují u kojenců od 6 měsíců a nejzřetelněji u batolat (Čížková, et al., 1999, s. 65). Je to fáze protestu (dítě křičí a volá matku, čeká na základě své předchozí zkušenosti, že přijde), fáze zoufalství (dítě postupně ztrácí naději na přivolání matky, křičí méně a odvrací se od okolí, odmítá navázání kontaktu s druhými, odmítá i hračky) a fáze odpoutání od matky (dítě potlačí postupně své city a je schopno připoutat se k druhému, najde-li někoho, kdo mu mateřskou péči připomíná. Jinak ztrácí svůj vztah k lidem a upoutává se spíše na věci. Jednotlivé fáze trvají různě dlouho, můžou trvat několik hodin, dnů, ale i týdnů. Prevence hospitalizmu spočívá v dostatečném odvedení pozornosti dítěte od prostředí, ve kterém se nachází. Rozptýlení mohou poskytovat oblíbené hračky. Dále je třeba dítě stimulovat – při všech ošetrovatelských úkonech, samozřejmě, pokud je to možné. Důležitý je také citlivý přístup

ošetřujícího personálu k dítěti (nebát se vzít dítě na ruky, přitulit ho, mluvit s ním apod.). Významnou prevencí hospitalizmu je možnost pobytu rodinných příslušníků přímo na oddělení s dítětem a permanentní režim návštěv. Velmi vhodné a účinné jsou různé výchovné aktivity a hry, které dítě přivádí na radostnější myšlenky a zlepšují náladu dítěte. Výchovné činnosti, které sestra realizuje s dítětem by měly vést také k jeho zdokonalování. Je dobré, když se dítě v době léčení může současně i něco naučit, zdokonalit se v určitých oblastech, protože i to je z hlediska léčebného důležitý a pozitivní faktor. Úkolem dětské sestry je vyčlenit v denním programu dobu pro výchovnou práci (výchovné aktivity) dětí. U nemocných dětí se výchovné aktivity musí provádět vždy s akcentem na jejich aktuální zdravotní stav a sestra nesmí také zapomínat, že každé dítě i v této oblasti potřebuje individuální přístup. Na realizaci výchovných aktivit se kromě sestry může také podílet pedagog či herní specialista, který může být na dětském oddělení zaměstnán.

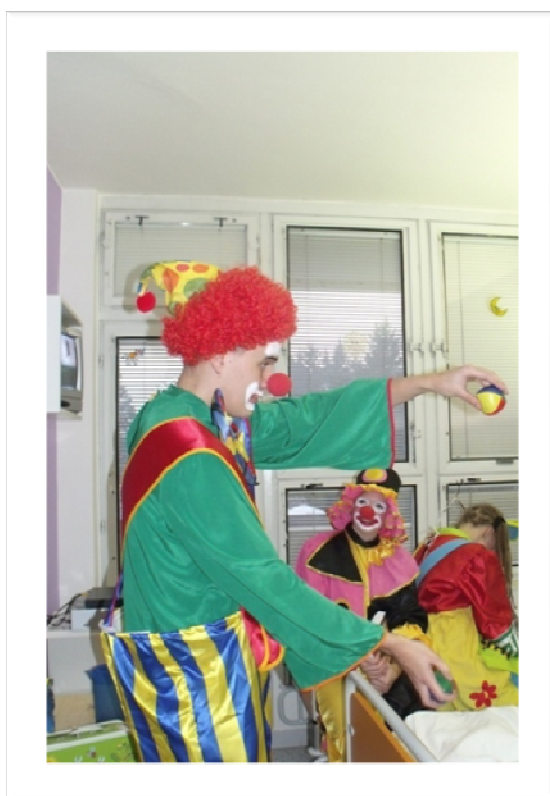
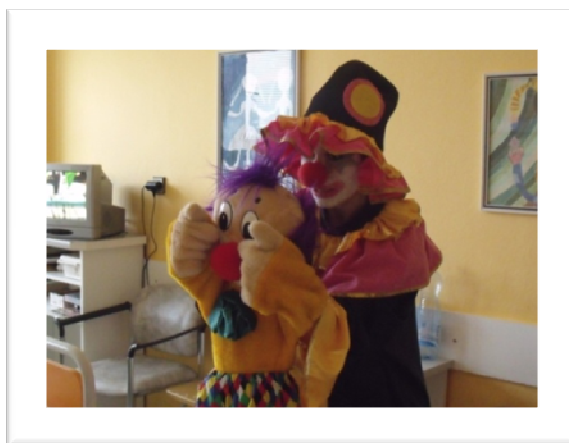
Další možností, jak je možné dítě v nemocnici povzbudit, odreagovat ho od nemoci, vytvořit příjemnou atmosféru a usnadnit dítěti pobyt v nemocničním zařízení, je realizace herní terapie prostřednictvím tzv. zdravotních klaunů. Pozitivní zkušenosti mají autorky příspěvku s realizací herní terapie na dětském oddělení Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. V roce 2009 se herní terapie realizovala v rámci rozvojového projektu Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně s názvem „Podpora tvůrčí činnosti studentů prostřednictvím herní terapie“ a v roce 2010 se realizuje v rámci projektu Zlínského kraje s názvem „Realizace herní terapie ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje“. Herní terapie se provádí prostřednictvím nejrůznějších technik, např. prostřednictvím pohádek, písniček, hádanek, soutěží a různých divadelních scén. Tuto terapii vykonávají studenti - zdravotní klauni, jejichž úkolem je nabídnout dětem zábavný program. Cíle projektu z pohledu hospitalizovaného dítěte jsou:

- vytvořit na dětském oddělení příjemnou atmosféru;
- omezit strach a úzkost dítěte a nepřímo snížit bolestivost zákroku při diagnosticko-terapeutickém procesu;
- odvést pozornost dětí od základního onemocnění;
- předcházet projevům hospitalizmu;
- vytvořit prostor a poskytnout přiměřený čas a prostředky pro spontánní hru s ohledem na individuální potřeby a zájmy dítěte;
- umožnit rodičům odpočinek v průběhu vystoupení.

Na herní terapii se podílí studenti/studentky studijního oboru Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Učitelství pro mateřské školy a Sociální pedagogika. Cíle projektu z pohledu studentů jsou:

- podpořit tvůrčí činnost studentů – hudební, divadelní, výtvarnou a dramatickou;
- efektivně propojit teoretické vědomosti s praktickými zkušenostmi;
- zapojit studenty do tvorby programů a workshopů pro hospitalizované děti;
- provádět pravidelná vystoupení pod vedením odborné garantky projektu;
- možnost účastnit se na dalších odborných školeních v oblasti herní terapie, psychoterapie, muzikoterapie, dramaterapie apod.

Obrázek č. 1: Realizace herní terapie na dětském oddělení (vlastní zdroj)



Závěr:

Uspokojovat psychické potřeby dítěte může jen ten, kdo se umí vcítit do jeho situace, protože mu tak může porozumět, a jen ten, kdo umí pochopit dítě, protože jen tak mu může pomoci.

Poznámka: Tento příspěvek vznikl v rámci projektu financovaného z rozpočtu Zlínského kraje s názvem „Realizace herní terapie ve zdravotnických zařízeních Zlínského kraje“ v roce 2010.

Literatura:

ČÍŽKOVÁ, J. et al. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UP, 1999, 175 s. ISBN 80-7067-953-0.

GREISINGER, J. et al. *Základy psychologie pro SZP*. Martin: Osveta, 1990, 240 s. ISBN 80-217-0123-4.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Ošetrovatelství*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999, 236 s.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004, 988 s. ISBN 80-247-0668-7.

MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, 2005, 182 s. ISBN 80-247-0870-1.

MELGOSA, J., POSSE, R. *Umění výchovy dítěte*. Praha: Advent-Orion, 2003, 195 s. ISBN 80-7172-613-3.

ŠVEJCAR, J. et al. *Péče o dítě*. Praha: Nuga, 2003, 399 s. ISBN 80-8590315-6.

VALENTA, M. *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc: UP, 2008, 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7.

Kontaktní adresa:

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
Ústav aplikovaných společenských věd
Institut zdravotnických studií
FHS UTB ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 Zlín
E-mail: dorkova@fhs.utb.cz

Mgr. Kateřina Šrahůlková, Ph.D.
Ústav aplikovaných společenských věd
Institut zdravotnických studií
FHS UTB ve Zlíně
Mostní 5139
760 01 Zlín
E-mail: srahulkova@fhs.utb.cz

INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY NA PRACOVIŠTI

Jana Haluzíková

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

Souhrn:

Autorka se v článku zabývá interpersonálními vztahy na pracovišti a faktory, které mohou negativně ovlivnit týmovou práci.

Klíčová slova: *interpersonální vztahy; týmová práce; sestra; zdravotnický tým*

Úvod

V zaměstnání trávíme spoustu času a abychom se zde cítili příjemně je základním předpokladem vycházet s kolegy dobře. Lidé, s kterými pracujeme mohou být pro nás oporou, snižují napětí. Lidé jsou méně úzkostní, depresivní a nemocní. Bohužel stále častěji se setkáváme s lidmi, kteří vyvolávají neustále konflikty, zvyšují napětí a jsou vlastně zdrojem stresu.

Vlastní text

Ve zdravotnickém týmu, je nutná spolupráce, žádoucí je, aby vztahy lidí se společnou pracovní činností byly kvalitní. Jen dobře sešnané týmy zdravotníků mohou poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Důležitým prvkem pro dobré vztahy je atmosféra pracoviště, která by měla zahrnovat vzájemnou důvěru, spolehlivost, výkonnost a společnou zodpovědnost

K tomu, abychom poskytli kvalitní ošetrovatelskou péči je důležitá týmová práce. Všeobecně je známo, že práce v týmu je efektivnější, podá se větší výkon. Při vykonávání náročnějších anebo větších výkonů, se využije širší škály dovedností, úsudků a zkušeností. V týmech, které mají úzkou spolupráci je vysoká pracovní spokojenost, nízká absence a fluktuace pracovníků.

Vztahy na pracovišti mezi sestrami jsou různorodé. Vzhledem k tomu, že zdravotnictví je výrazně feminizováno dochází častěji v ženském kolektivu ke konfliktním situacím. K tomu, abychom v ženském kolektivu vycházely s kolegyněmi v dobrém je důležité dodržovat vzájemná pravidla, respektovat odpovědnost a zásady slušného chování.

Nerespektování týmové práce vede k narušení vzájemných vztahů na pracovišti a nemůže dojít k naplnění hlavního cíle. Pracovní návyky, morální zásady a charakterové vlastnosti ovlivňují kvalitu týmové práce. V případě, že tyto zásady nejsou respektovány je riziko vytváření izolovaných skupinek a vzájemných pomluv.

Zásady pro předcházení konfliktních situací:

- Pomlouvání, ke kterému ženy rády inklinují. Uvědomte si, že na koho házíte špínu se stejně časem dozví, kdo za touto pomluvou stojí a s největší pravděpodobností i on vyrazí do protiútku.

- Chovejte se přátelsky . Člověk, který je příjemně naladěný, usměvavý šíří pohodu a vytváří příjemné prostředí a k tomu samozřejmě patří přátelské chování a vhodně zvolený úsměv.
- Nemluvte o výši svého platu. Zamezíte tak závistí těch, kteří odměnění nebyli či nedostali přidáno.
- Nevyvolávejte závist
- Chvalte své kolegy.
- Nerušte kolegy
- Uklízejte po sobě
- Zbavte se negativních pocitů, snažte se o to vše negativní hodit za „hlavu“, otevřete všechny smysly, aby nám kouzlo prchavých krásných okamžiků neuniklo, abychom je uměli vnímat, měli upřímnou radost a uměli být šťastní.
- Přijmout zodpovědnost za své činy

Závěr:

Výkon a pohodu při práci ovlivňuje řada činitelů, kteří ji ohrožují. Patří mezi ně spěch, nedostatek pomůcek, tlak na zvyšování kvalifikace, malá společenská prestiž oboru. Dále jsou to především nefungující mezilidské vztahy na pracovišti. A tak není divu, že jsou sestry podrážděné, přetížené a unavené. Konfliktogenní lidé do zdravotnictví nepatří. Podmínkou úspěchu v sesterské profesi je pozitivní motivace k výkonu náročného povolání, která přináší radost, spokojenost, pocit z dobře vykonané práce a také její smysluplnost.

57

Literatura:

PAULÍNOVÁ, L. *Psychologie pro Tebe*. Praha:Informatorium,1998. ISBN 80-85427-30-0.

ZACHAROVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada 2007, ISBN 978-80-247-2068-5

ZACHAROVÁ,E,ŠIMÍČKOVÁ,J. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostrava, OU, 2007, ISBN 978-80-7368-334-4

Kontaktní adresa:

PhDr. Jana Haluzíková, Ph.D.
 Ústav ošetrovatelství
 Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě
 Hauerova 4
 746 01 Opava
 Email: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

OBOROVÁ DIDAKTIKA – ANDROGIDAKTIKA ODBORNÉ PRAXE V OŠETŘOVATELSTVÍ A V PORODNÍ ASISTENCI

Alexandra Archalousová

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

Souhrn:

Současný stav vzdělávání v regulovaných nelékařských profesích EU – všeobecná sestra a porodní asistentka, tedy programů ošetrovatelství a porodní asistence prošel prudkým vývojem, který zahrnuje četné odborné diskuse a vysoké pracovní nasazení odborníků zdravotnického školství. Vyústěním těchto snah je národní vzdělávací standard pro studijní program Ošetrovatelství a studijní program Porodní asistence. Jedním ze základních požadavků na profesní kurikulum je obsahové zaměření studijního programu na kompetence dané profesi. Takto sestavené kurikulum deklaruje východiska a legislativní rámce pro vysokoškolské vzdělávání nelékařských profesí regulovaných EU. První praktické zkušenosti s realizací nově akreditovaných programů ukazují na potřebu neustálé inovace vycházející z potřeb praxe. Jednou z nich je efektivní systém vzdělávání s využitím strategií vzdělávání dospělých.

Klíčová slova: *kurikulum, národní kurikulum, profesní kvalifikace, sestra, porodní asistentka, strategie vzdělávání dospělých, andragogika, androdidaktika*

58

Úvod

Studijní program musí zajistit integraci teorie a praxe. Studium založené na praxi nebo „výuka v klinickém a komunitním prostředí“ je definováno ve směrnici EU z roku 1989 a lze ji využít jak na ošetrovatelství tak i na praxi porodní asistence. Směrnice definuje **studium založené na praxi** jako *část přípravy, kde studenti v rámci týmu a v přímém kontaktu se zdravým či nemocným nebo v rámci komunity se učí plánovat, poskytovat a hodnotit potřebnou péči v ošetrovatelství nebo v porodní asistenci, v péči o ženu a dítě na základě osvojených vědomostí a dovedností. Studenti se učí být členem týmu, popřípadě vedoucím týmu, který organizuje komplexní péči včetně edukace/osvěty zaměřené na jednotlivce a menší skupiny osob v rámci zdravotnických zařízení nebo komunity. Výuka se odehrává v nemocnicích a dalších zdravotnických, zdravotně sociálních zařízeních a v komunitě pod vedením sester/porodních asistentek. Tohoto procesu se mohou účastnit i další kvalifikovaní pracovníci (Council Directive, 1989, WHO 2000).*

Již dlouholeté zkušenosti s výukou sester a s výukou porodních asistentek, včetně tradičního vzdělání pedagogů pro zdravotnické školství v České republice ukazuje na široké možnosti využití metod v rámci didaktiky dospělých.

Pracoviště pro účely odborné praxe a stáží studentů jsou vybírána podle kvality učebního prostředí, podle úrovně poskytované péče, podle kvalifikace, schopnosti a motivace pracovníků ve vztahu k vedení studentů a snahy předat odborné zkušenosti.

Vlastní text

Androdidaktika odborné praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci.

Androdidaktika nebo také *didaktika vzdělávání dospělých* vychází z obecné didaktiky i školní didaktiky. Zahrnuje didaktický proces, didaktické zásady, výukové cíle, didaktické metody, didaktické prostředky určené dospělým. Pro naše účely tedy didaktický proces během odborné praxe v ošetrovatelství/porodní asistenci, výukové cíle zaměřené na odbornou praxi, didaktické metody využitelné v odborné praxi k osvojení profesní způsobilosti, didaktické prostředky odborné praxe i organizační formy studia. Lze říci, že jde o specifickou oblast androdidaktiky aplikovanou na ošetrovatelství a porodní asistenci.

Andragogika je aplikovanou vědní disciplínou, jejímž předmětem zkoumání je výchova a vzdělávání dospělých. Samotný pojem andragogika se skládá z řeckých slov *andrós* = muž a *agógé* = vedení. Ještě předtím, než andragogika získala svůj název, se předpokládalo, že metody a techniky učení dětí by se mohly aplikovat při vzdělávání dospělých. Pojem andragogika se tedy vytvořil proto, že *pedagogika* ze svého řeckého významu znamená *vzdělávání a výchova dětí*, a tak bylo potřeba vzdělávání dospělých odlišit od vzdělávání dětí, a tím tedy vznikla aplikovaná vědní disciplína andragogika.

Složky výchovy a vzdělávání zahrnují tři základní fáze:

1. **přípravnou** - vytváření sociálních a psychických podmínek pro přípravu člověka na výkon při jeho sociálních rolích
2. **výchovnou** - výchova systémem utváření osobnosti a osvojování si určitých sociálních pravidel
3. **vzdělávací** - přenos kulturních obsahů, informací, poznatků, zručností, návyků, koncepcí a uplatnění v praxi

Etický problém výchovy dospělých spočívá v tom, že dospělý člověk je již zralou osobností a proto je problematické používat slovo výchova. Tento problém se řeší používáním slova *animace*. V tomto kontextu slovo znamená *oduševňování*. Jde také o proces rozvíjení lidského potenciálu. Andragogika má svůj teoretický základ. Mezi teoretické disciplíny zařazujeme například teorii vzdělávání dospělých androdidaktiku.

Androdidaktika je didaktika vzdělávání dospělých. Zahrnuje specifika vzdělávání dospělých v kontrastu s obecnou didaktikou a didaktikou školskou u dětí, dále didaktický proces, didaktické metody, didaktické prostředky určené dospělým. Budeme-li trvat na terminologické čistotě, nahradíme pojem didaktika v procese vzdělávání porodních asistentek i sester pojmem androdidaktika. Za zvážení stojí, zda bude třeba postupně zpracovat a definovat specifické disciplíny jako ošetrovatelskou andragogiku či andragogiku v porodní asistenci (lékařská andragogika je již zastoupena a definována).

Vzdělávání sester a porodních asistentek probíhá ve dvojím prostředí. Stejně je tomu u všech profesí, které se připravují na povolání, které je založeno na výkonu praxe. Obě prostředí, kde vzdělávací proces probíhá, jsou důležitá. Jde o univerzitní prostředí či prostředí vysoké školy a o prostředí klinické a komunitní praxe. Strategie výuky, studia a hodnocení musejí být v souladu se zásadami vzdělávání dospělých. Tento přístup je podložen výzkumem, kde se zjistilo: pokud nepoužíváme nové znalosti, nesnažíme se nově vnímat zažitá postupy, neuvažujeme o své praxi, pak si nové vědomosti s největší pravděpodobností nezapamatujeme a nenaučíme se myslet kriticky (WHO, 2000).

Došlo k výraznému posunu od tradiční didaktické metody. Proces učení u vzdělávání dospělých se stává *aktivním, průběžným a postupným* (Farkašová, Musilová, Závodná, 2003). Objevilo se poznání, že proces výuky je výrazněji efektivní, když si student *uvědomí, že nabyté poznatky se dají využít v reálném* a často nepředvídatelném prostředí praxe porodních asistentek. Toto „vtažení“ do praxe se stalo motivujícím faktorem. Všichni zúčastnění si uvědomují, že k dosažení odborné způsobilosti k plnění úlohy porodní asistentky se musí představitelé profese vzdělávat nikoliv pouze vyškolit. V pojmech je zásadní rozdíl. Konečný produkt vzdělávání je složitý a závislý na měnících se okolnostech. Na tuto profesi musí přicházet studenti po všeobecném vzdělání s vyššími výsledky, které jsou požadovány k přijetí na univerzitu či vysokou školu. Vzdělávací proces vyžaduje, aby se o odpovědnost za studium podělil student s pedagogem. *Učitel má úlohu zprostředkovatele vzdělání a student má úlohu aktivního účastníka* (WHO, 2000). Tím se výrazně mění tradiční role učitele a studenta.

Závěr

Ve vzdělávání dospělých se mění role učitele a studenta. *Role učitele.* Charakter role učitele dosáhl výrazného posunu. Původně vyučující předkládal soubor faktů. Dnes se snaží vést studenta k tomu jak se naučit učit, jak neefektivněji zvládnout osvojení profesních dovedností. Nároky na učitele se tedy zvyšují. Učitel je tím, kdo studentovi umožňuje vzdělávání, tedy je odborníkem na vzdělání a současně je odborníkem ve svém oboru, tedy v oboru porodní asistence. Navíc se musí naučit pohybovat v akademickém prostředí a plnit úkoly kladené na akademické pracovníky, což je nová rozšiřující role odborného učitele porodní asistence. Do vzdělávacího procesu podle Strategie vstupují i zkušené porodní asistentky z klinické i komunitní praxe a podílejí se na výuce. I zde došlo k zásadní změně. Od porodních asistentek se očekává, že vytvoří pro studenty kvalitní učební prostředí odborné praxe. Student není zaměstnanec a v souladu se Strategií by měl být podněcován ke spojení teoretických poznatků s praktickými. Zkušené porodní asistentky se studenty diskutují, podněcují kritické myšlení a zajišťují praktické vedení. Stávají se průvodcem studenta během odborné praxe, tzv. mentory. Na této změně je patrný přesun z pedagogiky na andragogiku - vzdělávání dospělých. Tento posun je v českém pedagogickém prostředí odborné praxe klinických a komunitních pracovišť v určité fázi vývoje. Je náročný a nesnadný. Každé akreditované pracoviště pro studijní program porodní asistence je v jiné úrovni zvládnutí této problematiky. Jde o dlouhodobý proces změny myšlení.

Role studenta. Mění se role studenta přichází s přijetím zásad vzdělávání dospělých. Z pasivní role studenta se stává role aktivní. Student je veden k autoregulaci učebního procesu, jsou mu připraveny postupy, které vedou ke kritickému myšlení, k přijetí odpovědnosti. Student je veden k tomu, aby zvažoval více možností, hledal řešení problémových situací, prováděl sebereflexi, prakticky vyzkoušet teoretické poznatky jak v komunitním, tak v klinickém prostředí. Od studenta se očekává přijetí stále většího podílu odpovědnosti za proces učení a zvládnutí odborných dovedností. Ani tento proces není jednoduchý. Záleží na osobnosti, motivaci každého studenta. Ukazuje se, že u studijního programu porodní asistence je proces zvládnutí výstupních dovedností a přijetí odpovědnosti efektivnější než u studentek ošetřovatelství. Jedním z faktorů, které zde sehrávají roli je i zřetelné definování způsobilosti/kompetencí a s tím souvisejících konkretizací na odborné dovednosti. Tento poznatek by si jistě zasloužil podrobné ověření průzkumem v pedagogické praxi. Student se učí roli v budoucí profesi, jejímu přijetí (Závodná, 2000; 2002).

Učitel, mentor a student provádějí hodnocení pokroku studenta směrem k dosažení potřebné způsobilosti k výkonu profese.

Literatura:

FARKAŠOVÁ, D., MUSILOVÁ, M., ZÁVODNÁ, V.(2003). Vzdelávacia politika Európskej únie v príprave sestier a pôrodných asistentiek. In.: *Zborník prednášok z Medzinárodnej konferencie pôrodných asistentiek*. Bratislava: SZU, 2003.

FARKAŠOVÁ, D., MUSILOVÁ, M., ZÁVODNÁ, V.(2003). Výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. In: *Zborník prednášok konferencie (CD ROM)*1.vydanie Martin:UK Bratislava, JLF Martin, Ústav ošetrovatelstva, SR LFUP Olomouc, Teórie a praxe ošetrovatelství, ČR, 2003 ISBN 80- 88866-24-3

ZÁVODNÁ, V.(2000). *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta 2002. ISBN 80-8063-108-5

ZÁVODNÁ, V.(2002). Smerovanie vzdelavania sestier a porodných asistentiek ve Slovenskej republike. In.: *Slovenský zdravotník*. Roč.11, č.4, 2002. ISSN 1335-4388

WHO Regional office: *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (5)*. Portfolio inovačních praktik v ošetrovatelství a porodní asistenci primární zdravotní péče.Smernice 1989. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-25-X

Kontaktní adresa:

Doc.PhDr. Alexandra Archalousová, Ph.D., RN., RM.

Ústav ošetrovatelství

Fakulta veřejných politik

Slezská univerzita v Opavě

Olbrichova 25

746 01 Opava

Email: alexandra.archalousova@fvp.slu.cz

KLINICKÁ OŠETŘOVATELSKÁ PRAXE POHLEDEM STUDENTŮ

Hana Nikodemová, Marie Hlaváčová, Šárka Tomová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Atoři příspěvku s názvem Klinická ošetrovatelská praxe pohledem studentů předkládají stručný přehled vybraných zpracovaných vyjádření studentů k výše uvedenému tématu.

Záměrem předložené práce bylo získat co nejvíce relevantních, spontánních vyjádření a informací od studentů. Následně zpracovat a zmapovat zjištěné informace a proniknout tak co nejvíce do optiky studentů, jak vnímají klinickou praxi. Podnětná zjištění pak dále aktuálně zabudovat do současné výuky klinické ošetrovatelské praxe, čímž bude umožněno rychleji reagovat na měnící se vzdělávací potřeby.

V textu jsou uvedeny jednoznačné, nejvíce zastoupené názory, zkušenosti studentů, mezi jinými např. vhodnost zařazení ošetrovatelské praxe do 1. a 2. ročníku, ocenění možnosti setkat se s nemocným tváří v tvář, nezbytnost následného využití v profesním životě atd.

Studenty byl zcela jednoznačně popsán očekávaný mentor.

Šedesát studentů magisterského studia Všeobecného lékařství vypovídalo pomocí neformálních rozhovorů, interview a vybraných otázek z evaluačního dotazníku k danému tématu, byly zjišťovány a následně vydefinovány odpovědi a postřehy studentů.

Studenti si svého ideálního mentora představují jako profesionálního, expertního, lidského, kompetentního, trpělivého, vstřícného, motivujícího a příkladného rádce, s velkou kvalitou osobnostních předpokladů, který má pozitivní vztah ke studentům.

Velmi podnětné zjištění povede k vyvolání diskuse, následně zjištěné závěry budou implementovány do modernizace poskytované výuky.

Klíčová slova: Student; Mentor; Klinická praxe; Motivace

Úvod

Z již představeného příspěvku s názvem „Stáž studentů na klinických pracovištích z pohledu svého a z pohledu sester“ zaznělo, že vzhledem k rychle měnícím se vzdělávacím potřebám je žádoucí se dále věnovat zmíněné problematice. Konkrétně uchopit téma, které je aktuální zejména pro studenty. Jak studenti vnímají klinickou ošetrovatelskou praxi a jakou mají představu o svém mentorovi. Předkládané zjištěné informace nejsou charakteru převratných objevů, spíše naopak. Vypovídají o správné cestě ve vedení výuky, napovídají, jak zkvalitnit a inovovat výuku. Přímo nás vybízejí k poskytování výuky tzv. „na míru“. Ze zmíněného vyplývá, jak je pro nás tato oblast velmi důležitou součástí naší pedagogické činnosti.

Vlastní text

Z vyjádření studentů je důležité uvést: vhodnost zařazení ošetrovatelské praxe do prvního a druhého ročníku, ocenění možnosti setkat se s nemocným tváří v tvář a překonat tak první nesnáze v kontaktu s nemocným. Spojení teorie ošetrovatelství s praxí při provádění

ošetřovatelských intervencí přímo u nemocného, spojeného vždy s překonáním osobní bariéry, považují studenti za nezbytnou součást výuky, přijímají jeho nutnost a význam. Studenti vnímají klinickou praxi jako velkou motivaci k pokračování ve studiu, i k následné lékařské profesi. Uvědomují si důležitost zdravé organizační kultury daného zdravotnického zařízení.

Šest desítek studentů magisterského studia Všeobecného lékařství se vyjadřovalo k danému tématu pomocí neformálních rozhovorů, interview a vybraných otázek z evaluačního dotazníku. Jednotlivé odpovědi studentů, jejich postřehy, i ostatní zkušenosti s praxí, jež byly obsahem volných výpovědí, byly zpracovány.

Většina studentů by uvítala vyšší počet hodin klinické ošetřovatelské praxe. Skoro všemi studenty je uváděna touha vyzkoušet si a následně si procvičit praktické výkony.

Ve vyjádřeních studentů dominovalo nadšení z možnosti být přijat mezi tým zdravotníků, být respektován i se svým, zatím nepříliš obsáhlým, seznamem zvládnutých ošetřovatelských intervencí. Svého ideálního mentora si představují jako efektivního, komunikačně citlivého, kultivovaného a empatického odborníka. Samozřejmostí je i upravený zevnějšek.

Studenti si přejí mentora profesionálního, expertního, lidského, kompetentního, trpělivého, vstřícného, motivujícího. Očekávají příkladného rádce a trenéra, s velkou kvalitou osobnostních předpokladů, který rozdává energii a má výrazně pozitivní vztah ke studentům.

Závěr

Výše uvedená, velmi podnětná zjištění povedou k vyvolání diskuse. Následně vyvozené závěry budou implementovány do modernizace a inovace poskytované výuky. Obsahy volných výpovědí studentů, např.: „mentor je nám zázemím“, „přístup veškerého personálu byl přátelský, což nám praxi, zejména na začátku velmi ulehčilo“ , „zpočátku ignorace lékařů“, „v první řadě oceňujeme úsilí sestřiček, se kterým se nám po celou dobu praxe věnovaly“ , „budu si vážit práce sester“, jsou nejen pro nás, ale i pro všechny, kteří se podílejí na vedení klinické ošetřovatelské praxe, výzvou.

63

Literatura:

DAIGELER, T. *Vedení lidí v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 112 s. ISBN 978 - 80 - 247 - 2158 - 3.

Kontaktní adresa:

Mgr. Hana Nikodemová
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 00 Praha 5
Email: hana.nikodemova@lfmotol.cuni.cz

VYUŽITÍ VYBRANÝCH BODYTERAPEUTICKÝCH TECHNIK JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Marie Hlaváčová, Šárka Tomová, Hana Nikodemová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek seznamuje s vybranými bodyterapeutickými technikami, které lze dobře využít v rámci prevence syndromu vyhoření. Jsou součástí výuky volitelného předmětu Základy bodyterapie pro studenty magisterského studijního programu Všeobecného lékařství a bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na UK 2. LF. Předmět poskytuje inspiraci k využití technik pro osobnostní rozvoj člověka i v profesním životě zdravotníka.

Klíčová slova: syndrom vyhoření; bodyterapie; focusing; biorelease masáže; well-being

Úvod

Samozřejmou součástí práce sester, lékařů a dalších zdravotnických pracovníků je zvládání stresu, nároky na jejich fyzické i psychické předpoklady jsou vysoké. Z mnohých výsledků výzkumů vyplynulo, že část sester a dalších zdravotnických pracovníků v oblastech akutní a chronické péče trpí z řady příčin syndromem vyhoření (Hlaváčová, Novotná, 2006, s.15). Jedna z možností, jak si zachovat dostatek energie, jsou bodyterapeutické techniky, které využívají tělo jako zdroj energie a poznání.

Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření (burnout) je známý více než 35 let, poprvé jej popsal v roce 1974 americký psychiatr Herbert J. Freudenberger. Obecně je definován jako druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, jehož příčinou jsou nadměrné psychické a emocionální nároky. Burnout vzniká jako reakce na převážně pracovní stres, k němuž dochází u zaměstnanců, kteří pracují s jinými lidmi.

O syndromu vyhoření již bylo mnohé zjištěno, jeho projevy byly popsány na třech úrovních. Na fyzické úrovni můžeme pozorovat rychlou unavitelnost, poruchy spánku, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, zvýšené riziko závislosti všeho druhu. Na psychické úrovni se objevuje především deprese, ztráta motivace, negativismus, cynismus, pocity celkového vyčerpání. V oblasti sociálních vztahů se projevuje tendence redukovat kontakt s klienty, později s kolegy a rodinnými příslušníky, často je popisována nízká empatie a hostilita vůči klientům (Hlaváčová, Novotná, 2006, s.15).

Pro syndrom vyhoření je typické, že vzniká nenápadně, plíživě, proto je důležitá prevence, v rámci níž se můžeme zaměřit na kvalitu životního stylu, mezilidských vztahů a přijetí sebe sama. (Kopřiva, 1997, s. 100)

Bodyterapie

Ve všech výše jmenovaných oblastech může sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům pomáhat bodyterapie (terapie zaměřená na tělo). Jde o druh psychoterapie, která pomocí verbálních a především neverbálních technik podporuje samoúdržavné mechanismy v těle a

pomáhá rozvíjet vlastní potenciál člověka. Zahrnuje přímou i nepřímou práci s tělem jako prostředkem terapeutického kontaktu, diagnózy a intervence.

Za zakladatele bodyterapie je považován Wilhelm Reich, který byl v době studia medicíny ve Vídni žákem a později spolupracovníkem Sigmunda Freuda. Věnoval se souvislostem mezi tělem a duší, proudění životní energie v těle a tomu, co volnému toku energie brání. Po rozchodu s tradiční psychoanalýzou formuloval vznik charakterových obran a rozvinul psychoterapeutickou metodu nazvanou vegetoterapie, jež se stala základem mnoha současných směrů terapie zaměřené na tělo. Jeho nejznámějším žákem a pokračovatelem se stal Američan Alexander Lowen, který je považován za zakladatele bioenergetiky, metody určené k obnově a uvolnění vitality člověka. Svou metodu používal k terapeutickým účelům nebo jako samostatná psychohygienická cvičení. (Kopřiva, 1997, s. 98)

Cílem bodyterapie je pomoci člověku získat lepší kontakt s vlastním tělem, porozumět jeho signálům a naučit se vnímat ho jako zdroj životní energie. Psychoterapie zaměřená na tělo zdůrazňuje v terapeutických procesech důležitost podpory. Jde o jeden ze základních principů této práce. V průběhu terapie je dále uplatňován i terapeutický potenciál vztahu mezi terapeutem a klientem. Také tento vztah někdy sám o sobě pomáhá obnovit normální, zdravý autoregulační mechanismus u klienta a může vést k žádoucím změnám.

Metody a přístupy terapie zaměřené na tělo jsou velmi početné. Jedna z metod, která pomáhá porozumět informacím, které tělo vysílá, se nazývá focusing. Lze ji provádět i samostatně, proto ji níže uvádíme i se stručným návodem s odkazem na knihu E. Gendlina se stejnojmenným názvem Focusing.

Focusing

V historii focusingu se setkáváme se jménem amerického psychoterapeuta Carla Rogerse, který zdůrazňoval, že hlubší změna prožívání nenastává, když s nežádoucími pocity bojujeme vůlí, ale teprve tehdy, když si obtížné pocity procítíme a najdeme jejich smysl. Tím nastává posun i v hlubokých strukturách mozku. Focusing jako metodu definoval žák C. Rogerse v 60. letech minulého století Eugene Gendlin. Focusing se stává oblíbeným v dnešní době plné změn, nových technologií, kdy hledáme cesty k lepšímu životu. Holistické pojetí těla a duše nám může zprostředkovat nové poznání, Gendlin moudrost těla nazval pociťovaným smyslem (Gendlin, 2003).

Snad každý z nás zažil tísnivé, obtěžující nebo nepříjemné pocity, které jsou těžko pojmenovatelné. Každý se s nimi vyrovnává jinak – někdo je vytěšňuje, jiný zlehčuje nebo analyzuje apod. Focusing je metoda, která pomocí tělesného vnímání pátrá po příčině současného problému, mohli bychom jej přirovnat k mentálnímu úklidu.

Před samotným focusingem je důležitá dobrá příprava, dostatek času pro celý proces, klidné místo, kde člověk není nikým rušen, cítí se bezpečně. Focusing se skládá z šesti kroků. Prvním z nich je „Vyčištění vnitřního prostoru“ – znamená zaměření se na vnímání pocitů ve vlastním těle, zklidnění se, uvolnění. Druhý krok Gendlin nazývá „Uvědomění pociťovaného smyslu“. Z pocitů, které se postupně vynořily do vědomí v předchozí fázi, je vybírán jeden v určité části těla, na kterou se člověk zaměří. Třetím krokem je „Nalezení rukověti“, tedy mentálního popisu pociťovaného smyslu. Je odpovědí na otázku, co by mohl pociťovaný smysl znamenat. Celou fází provází snaha - pocit, který se vynořil, pojmenovat – slovem, větou nebo k němu najít obraz. Čtvrtý krok se zabývá „Rezonováním rukověti a pociťovaného smyslu“. Střídatavě se pozornost přesouvá mezi pociťovaným smyslem a slovem či obrazem tak dlouho, až spolu ladí. Shodu můžeme rozpoznat pocitem úlevy, kterou cítíme uvnitř, v té době probíhá posun. Při pátém kroku probíhá „Dotazování“, kdy několika otázkami

zkoumáme pocítovaný smysl (například co to je, co je na tom pocitu nejhorší a co by bylo potřeba, aby bylo vše v pořádku). Posledním krokem je „Přijetí“, jde o postoj, kterým přivítáme a přijímáme vše, co se v průběhu celého procesu událo a zároveň si držíme trochu odstup. Focusing ukazuje, jak se pomocí přátelského, nedirektivního naslouchání naučit nový způsob vnímání informací svého těla a porozumět jeho signálům, které se do vědomí běžně nedostávají (Gendlin, 2003).

Biorelease masáže

Mezi bodyterapeutické metody, které pracují s tělem přímo, tedy dochází k terapeutickému kontaktu s tělem druhého člověka, patří na příklad **biorelease masáže**. Doteky prostřednictvím masáží provází lidstvo po staletí. Potřeba doteku není výsadou jen malých dětí i dospělý člověk může trpět nedostatkem doteků - taktilní senzoricou deprivací. Ta se může objevit i při dlouhodobé hospitalizaci. Při kontaktu s kůží bývá podněcována tvorba endorfinů a dalších hormonů, jež mají na tělo a mysl pozitivní vliv.

Účinky bioenergetických masáží jsou navíc orientovány na uvolnění chronického svalového napětí, při čemž se často psychické obsahy ani nedostanou do vědomí. Při biorelease masáží tedy také dochází k hlubším změnám jako při focusingu.

Masážím předchází vhodná příprava, samozřejmostí je vypnutý mobilní telefon a dostatek času. Zásadou je vytvoření bezpečného prostředí, kde se masírovaný i masírující cítí dobře a uvolněně, mají kolem sebe dostatek místa, podložka pod masírovaným je pohodlná. Důležitá je i správná atmosféra, bezpečný prostor je myšlen rovněž ve smyslu sociálním, předpokladem práce je důvěra k terapeutovi. V místnosti musí být teplo, vhodné je tlumené osvětlení a příjemná hudba. Pokud používáme olej, nejprve jej zahřejeme třením dlaní, teprve pak natíráme na tělo klienta. Masáž začínáme navázáním kontaktu, kdy terapeut položí ruku na příklad na rameno klienta a chvíli počká na impuls, po kterém si testuje tlak, rychlost, sílu doteku. Mezi účinky masáží u dospělých řadíme odstranění napětí, stresu a únavy (tělesné i duševní), relaxovaný stav. Často masáže zlepšují nespavost, smutek, deprese.

Vybrané bodyterapeutické techniky jsou součástí předmětu Základy bodyterapie, který byl v tomto akademickém roce 2009/10 již druhým rokem součástí nabídky povinně volitelných předmětů pro studenty magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na UK 2. LF a poprvé v tomto akademickém roce byl součástí bakalářského studijního programu Ošetřovatelství. Předmět Základy bodyterapie poskytl studentům možnost získat základní informace i úvodní zkušenost s vybranými způsoby práce s tělem.

V závěru výuky v rámci zpětné vazby studenti vyjádřili své zkušenosti s bodyterapeutickými technikami. Mezi nejpřínosnější považovali masáže (nejvíce zaujala masáž zad, dále masáž chodidel, masáž dlaně, baby masáž, někteří považovali za nejpřínosnější všechny techniky. Zajímavým prožitkem byly čtyři základní druhy doteku – pevný, uvolňující, aktivizující, harmonizující.

Většina studentů si uvědomovala potřebu určitých specifických podmínek pro praktickou část výuky. Někteří potřebovali na procvičení více času, pro většinu byl čas věnovaný v rámci výuky dostačující. Praktická cvičení probíhala v klidném prostředí s relaxační hudbou, jejíž výběr a intenzitu ovlivňovala skupina zúčastněných. Někteří vnímali jako důležitou součást výuky naladěnost účastníků cvičení. Proto se někteří studenti vyjádřili k výuce kladně s připomínkou, že by tento předmět měl zůstat jako volitelný, protože předpokladem práce je také empatie a ochota podpořit druhého, k čemuž nelze nutit a nemá smysl učit někoho, kdo o to nemá zájem.

Prožitek uvolnění, pohody (well-being - osobní pohody) podpořila u většiny studentů masáž zad, u poloviny dotázaných masáž chodidel, lifting a podpora dechu, někteří studenti pocity pohody prožili především při masáži čtyř elementů.

Většina studentů si myslí, že některé bodytherapeutické techniky je možné využít ve zdravotnické praxi, za důležitého předpokladu, že je jim pro tento účel vyhrazen čas. Techniky je možné využít například v oblasti preventivní péče, na LDN, na interním oddělení, psychiatrii, a dalších.

Závěr

Pro syndrom vyhoření je typické, že vzniká postupně a nenápadně, proto je tak důležitá prevence. Je bezesporu vhodné, aby předávání znalostí a dovedností z oblasti psychohygieny bylo součástí studijního programu budoucích lékařů a sester.

Dovednosti získané v rámci předmětu Základy bodyterapie nejen pomáhají pěstovat pocit životní pohody, ale zvyšují i profesionální kompetence zdravotníka oblasti neverbální komunikace.

Literatura:

GENDLIN, E. T. *Focusing. Tělesné prožívání jako terapeutický zdroj*, Praha: Portál, 2003, 176 s. ISBN 80-7178-793-0

HLAVÁČOVÁ, M., NOVOTNÁ, H. Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na oddělení akutní a chronické péče. *In Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodik*, 2006, roč. XII, č. 1, s.15-18, ISSN 1335-5090

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: Portál, 1997, 147 s. ISBN 80-7178-150-9

Kontaktní adresa:

PhDr. Marie Hlaváčová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol
Email: marie.hlavacova@lfmotol.cuni.cz

SUPERVIZE JAKO ČAS VYHRAŽENÝ NA (ŘÍZENOU) REFLEXI O KLINICKÉ PRÁCI

¹⁾Milena VAŇKOVÁ, ²⁾Eva MARKOVÁ

¹⁾Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK

²⁾Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 1. LF UK

MOTTO:

*To, jak o svém jednání uvažujeme,
nám zcela přirozeně slouží jako vzor pro pochopení jednání jiných.
Lidský svět kolem nás můžeme pochopit jedině tak,
že nástroje vysvětlení čerpáme výhradně ze svých žitých světů.*
(BAUMÁN, 2004, s. 18)

Souhrn:

Supervize je v českém ošetrovatelství stále ještě novým fenoménem, a to nejen na pregraduální úrovni vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků – sester, ale také v oblasti klinické praxe. Příspěvek se zaměřuje na význam klinické supervize a profesionálního supervizního vztahu, jakožto prostoru, který se hlásí k principům růstu a podpory a soustřeďuje se na reflektivní praxi, jako na způsob zlepšování péče nejen o sebe, ale i o naše pacienty/klienty. Supervize může být za příhodných okolností přínosná pro své účastníky sama o sobě. Svůj význam nemá jen výsledek, ale i samotný proces supervize. Rozvíjí totiž celé spektrum dovedností, včetně reflektivních dovedností všech zúčastněných.

Klíčová slova: supervize – (sebe)reflexe – zkušenostní učení – reflektivní praxe – ošetrovatelství – sestra

Úvod

Většina literatury o supervizi pochází z Velké Británie a odráží formální zavádění supervize do ošetrovatelství jako výsledek kvalitativních posunů a narůstajícího soustředění na ochranu pacienta – spotřebitele zdravotní péče v politice vlády ve Velké Británii po roce 1993 (Cooke, Philpin, 2008; Taylor, 2008). Supervize je uznávaným nástrojem k zajištění pohody sester jako jedinců i jako zdravotnických profesionálů (UKCC, 1996). Např. Severinsson (1999, s. 23) definuje klinickou supervizi jako „didaktickou a podpůrnou metodu pro reflexi, která má potenciál povzbudit a podpořit profesionální rozvoj a osobní růst sester“ (srov. Hawkins a Shohet, 2004). Supervize je pojímána také jako „vztah (nebo série vztahů) s osobou mimo přímé vedení, který trvá po celou dobu kariéry a je nabízen všem zaměstnancům na všech úrovních a v rámci něhož může supervidovaný – student/sestra pravidelně a důvěrně mluvit s touto osobou/skupinou o osobním studiu, rozvoji a postupu ve své roli profesionálního praktika. Cílem supervidovaného i supervizora je usnadnit a podporovat neustálý růst pomáhajícího profesionála – studenta/sestry směrem k dokonalosti v praxi jeho profese“ (Waskett, 2009). Podle Baštecké (2009 s. 338) je supervize „rozhovor a odborná činnost, kdy prostřednictvím zaměřeného pozorování, cílených otázek a komentářů uvažuje supervizor se supervidovaným/i (jednotlivcem, týmem, organizací) nad kvalitou jejich práce, tzn. společně promýšlejí pracovní vztahy, cíle a procesy. Zvyšuje se tak především pracovníkova schopnost sebeuvědomování – jeho reflexe a sebereflexe“.

Supervize poskytuje rámec pro usnadnění celoživotního učení. Umožňuje sestřám a dalším pomáhajícím profesionálům rozvíjet jejich znalosti a dovednosti, které po nich vyžaduje praxe v rámci dynamicky se měnícího prostředí zdravotní péče (Vaňková, 2010). Supervize má svá

zřetelná pravidla a postupy, jež se odlišují od laických představ. Neformální podpora ze strany kolegů, spolupracovníků je jistě významná, avšak má velmi odlišnou strukturu, funkce a významy než klinická supervize. Klinická supervize je formální a strukturovaná. Objevuje se na pravidelné bázi. Každé setkání dodržuje strukturovaný formát, pokud jde o cíle, obsah a očekávání, zatímco neformální podpůrné sítě jsou opravdu neformálními, ad hoc spontánními interakcemi. Základní charakteristikou supervize je to, že supervize vždy začíná prozkoumáváním pracovních otázek či témat supervidovaného. To znamená, že se supervidovaný se supervizorem dohodne, na čem budou společně pracovat, k čemu (jakému cíli) směřují a co supervidovaný od supervizora potřebuje (někdy více či méně explicitně). Končí pak společným zhodnocením průběhu supervize a dosažením cíle zakázky a pohledem na to, co supervidovaný s tématem a výstupy supervize udělá dál (co znamenají pro jeho pracovní činnost).

Výkon povolání – profese zdravotní sestry si žádá *vyšší, nadřazenou perspektivu, jakousi „metapozici“*, kterou zaujímáme právě díky *dovednosti reflexe a sebereflexe*. Supervize je tedy na praxi zaměřeným vztahem zahrnujícím jednotlivce nebo skupinu studentů, sester – supervidovaných, provádějících reflexi o praxi, kteří jsou vedeni zkušeným supervizorem. Havrdová a Hajný uvádějí (2008, s. 20-21), že „pojem reflexe je pro supervizi klíčovým pojmem.“ (...) a že „supervize příležitost k reflexi organizuje“.

Aplikační souvislosti

Reflektivní praxe je zásadní pro rozvoj ošetrovatelské praxe, protože povzbuzuje pomáhající profesionály, aby kriticky hodnotili svoji práci a snažili se ji průběžně zlepšovat. Ve své studii klinických výstupů reflexe Paget (2001) identifikoval význam efektivního zprostředkovatele reflexe - supervizora pro dosažení změn v praxi. Fowler a Chevannes (1998) zkoumají účelnost reflektivní praxe v klinické supervizi a identifikují některá její potenciální omezení. Zdůrazňují, že existuje shoda mezi reflexí a klinickou supervizí a nahlízejí reflexi jako umožňující proces pro mnoho aktivit profesionální supervize. Vysvětlují, že i když je reflektivní praxe součástí klinické supervize, není univerzálně aplikovatelná na každou klinickou supervizi. Reflektivní praxe a klinická supervize tedy nejsou synonymy.

Význam reflexe v kontextu ošetrovatelského vzdělávání a profesionální praxe je dobře rozpoznán a vyplývá z rané práce Deweye ve 30. letech 20. století a z klíčové práce Donalda Schöna z 80. let 20. století. Byl to Schön, kdo se zasloužil o rozšíření pojmu reflexe do oblastí tzv. pomáhajících profesí. Ve svých pracích zaznamenal, že velká část aktivit běžné praxe, které pomáhající profesionálové – sestry vykonávají, je založena na slově obtížně vyjádřitelných vědomostech. V obvyklých či standardních situacích pomáhající profesionálové nepřemýšlejí do hloubky o důvodech, které je vedly ke konkrétnímu rozhodnutí. Také sestry dělají ve své každodenní ošetrovatelské praxi velké množství rozhodnutí a řeší stovky problémů, často bez potřeby se zastavovat a přemýšlet o tom, proč to či ono zrovna dělají. Podle Schöna v těchto situacích tedy pomáhající profesionálové jednájí víceméně nevědomě. Z tohoto důvodu také bývá obtížné, aby slovně vyjádřili, jak uvažují při svém jednání. Současně však jsou v praxi pomáhajícího profesionála některé situace, které vedou pomáhající k zastavení a přemýšlení o vlastním jednání v jeho průběhu nebo zpětně. Ke „spouštěčům“ reflexe řadí autorky Jelínková a kol. (2009, s. 87-88 citov. podle Brown, Esdaile, Ryan, 2003, s. 127) tento výčet: „situace, které probíhaly velmi dobře; krize; nepříjemné situace; situace, v nichž to, co obvykle fungovalo, nyní nefunguje a události, ve kterých obvyklé vysvětlení nestačilo a bylo potřeba hledat vysvětlení nové.“

Je téměř nemožné důkladně objasnit *pojem reflexe a sebereflexe* na několika řádcích. Pro naše účely se ale volně opřeme o pojetí následujících definic. Šimek a Špalek vnímají reflexi

člověka a jím prožívaného světa, včetně reflexe otázek vynořujících se v souvislosti se zdravím, nemocí, a také např. z reflexe problémů aktualizujících se v kontextu konfrontace s konečností lidského života jako „pomocníka pro porozumění sobě a pro orientaci ve světě, který žijeme“ (Šimek, Špalek, 2003, s. 7). Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2009, s. 502-503) definuje pojem *reflexe (reflection)* jako: 1. odrážení, 2. druh sebezpozorování, obrácení myšlení na sebe, do vlastního vědomí a prožitků. Spolu s úvahou je v pojetí konstruktivistů považováno za určující prvek procesu učení. Reflexe následuje po učební zkušenosti, dokonce i praxe je přístupná reflexi: a také dovednosti jsou osvojovány interakcí mezi činností a jejím reflektováním, dokud není dovednost internalizována buď jako osvojená vědomost, nebo jako rutinní výkon.

Konstruktivistické pojetí výuky považuje učení za hluboce individuální proces a zdůrazňuje, že poznání a realita nemají objektivní nebo absolutní hodnotu (nebo způsob poznání této reality neznáme). Člověk konstruuje a interpretuje realitu na základě své vlastní individuální zkušenosti. Při aplikaci konstruktivismu ve školní praxi student na základě seznámení s několika různými teoriemi (a to v rovině přístupu vědeckého i senzitivního), v aktivní diskuzi s pedagogem, studenty a v kritickém přehodnocení svých původních názorů dospívá k vybudování vlastní a neopakovatelné struktury vědomostí a postojů. Základními metodickými východisky je *činnostní pojetí výuky, zkušenostní učení v reálném kontextu a sebereflexe*. Vybíral (2006, s. 86) upozorňuje na skutečnost, že „v reflexi je zkoumající zároveň i zkoumaným. A i pokud přímo nezkoumá sám sebe, bere se již dlouho za nesporné, že je sám součástí toho, co zkoumá. Že to, co pozoruje, pozoruje jako „podílející se sám na pozorovaném - reflektovaném“ – minimálně tím, na co je v pozorovaném – reflektovaném zaměřen, jak on sám vidí svět.

Valenta (2004, s. 160) konstatuje, že „reflexe (také rozbor, review, evaulace atd.) jsou tedy pokračováním učení a jeho rozšiřováním a optimalizací.“ Přinášejí *informace* o tom, co se dělo během činnosti; přinášejí *hodnocení* toho, co se dělo během činnosti; přinášejí *zobecnění* jevů, které se objevily při konkrétní akci, a v neposlední řadě přinášejí *návrhy*, jak získané informace a výsledky provedených hodnocení dále aplikovat. Reflexe dále též umožňují a posilují *transfer nové zkušenosti (dovednosti atd.) do praxe vztahováním toho, co se odehrálo k vlastní životní praxi*. Důraz je kladen na sociální rozměr vzdělávání (utváření vlastních názorů v konfrontaci s názory ostatních). Student potřebuje aktivně něco dělat, diskutovat a konfrontovat své názory s názory ostatních, tvořit a získat reálné zkušenosti.

Pedagogika zkušenostního učení (Hanuš, Chytilová, 2009 s. 33-49) upozorňuje, že necháme-li to, co se odehrálo, jen na vnitřním zpracování jedince a bez opory v dalším učení, pak není vždy praktická zkušenost z akce náležitě využita či zhodnocena. Proto se doporučuje, aby na akci navazovalo další učení (reflexe) cestou verbalizace zkušenosti, výměny názorů s druhými i konfrontace se sebou samým (po akci), cestou ujasňování a pojmenovávání jevů, zážitků, zkušenosti atd. Pojmenovávání toho, co se stalo v aktivitě, strukturování prožitku zkušenosti vedené supervizorem, konfrontace minulé a nové zkušenosti, to vše je reflexí nastoleno a ovlivněno. Různí autoři označují tyto procesy různě. V literatuře se rozlišuje mezi reflexí „o“ praxi a reflexí „v“ praxi, nebo také „učení se z praxe“ a „učení se (v) prostřednictvím praxe“. Učení se z praxe naznačuje, že existuje ideální přístup k praxi, který je schvalován teorií a „způsobem, jak se to u nás provádí.“ Učení se prostřednictvím praxe označuje dynamičtější proces, „prostřednictvím něhož je možné se naučit něco širšího a významnějšího.“ V supervizi může dojít k podobnému rozvojovému procesu. Dalšími termíny, které můžeme v literatuře dohledat (např. Bond, Holland, 2001, s. 101-103), jsou *reflection-in-action* (reflexe v průběhu jednání, též přemýšlení při jednání) a *reflection-on-action* (reflexe retrospektivní, reflexe jednání). *Reflection-on-action* se shoduje s popisem Slavíka (1997, s. 68), který vysvětluje, že „reflektovat znamená uvažovat o tom, co bylo

učiněno, neboli popisovat, vysvětlovat a hodnotit minulé jednání. Smyslem reflexe je získat náhled na ty jevy v dosahu vlastní zodpovědnosti, které mají nezanedbatelný vliv na nás nebo na naše okolí, a proto vyžadují hodnotící diskusi a (sebe)kontrolu. Reflexe je typicky diskursivní, tj. uvědomovaný a slovně sdílitelný proces. Východiskem reflexe je návrat k situaci, spojený s vědomým vybavováním a zvýznamňováním určitých úseků zkušenosti. *Nástrojem reflexe je dialog*, buď vnitřní (řeč pro sebe), nebo vnější. Dialog poskytuje zpětnou vazbu a rozšiřuje poznání prostřednictvím jazyka a komunikace.“ Jak upozorňuje Valenta (2004), základním nástrojem řízení reflexí je otázka. Dále uvádí oblasti zacílení reflexivních otázek a reflexi rozděluje na oblast reflexe směřující k vlastnímu já; orientované k druhým; orientované k jevům; orientované k metodě/technice/metodice.

Existují různé *modely – cykly učení se ze zkušeností a jejich adaptace*, jejichž podrobnější popis nemůže být vzhledem k rozsahu předmětem našeho příspěvku. Můžeme však konstatovat, že se soustřeďují na různé prvky učení se ze zkušeností: např. hodnocení svých dovedností, personální a profesionální znalosti a emocionální učení (podrobněji např. Vaňková, 2010). Všechny cykly učení se ze zkušeností mají tři základní fáze reflexe, které jsou jejich základem a které lze stručně shrnout: *Co?*; *Tak Co?* a *Co teď?* (srov. van Ooijen, 2003). Reflexe by měla prakticky následovat po každé aktivitě. Jako další specifická učební situace bývá totiž stejně důležitá jako akce sama. *Reflection-in-action* vyžaduje po supervidovaném – studentovi/sestře mentální a emocionální *dovednosti introspekce*, tj. přechod pozornosti od externích událostí k věnování pozornosti myšlenkám a pocitům, které probíhají v nich samotných. Jedná se o dovednost být na dvou místech zároveň: být v kůži svého pacienta/klienta a zároveň stát vlastníma nohama pevně na zemi. Sestry se tak mohou zapojit do reflexe svojí práce, její efektivity a významu. Mohou se nechat vést svojí představivostí a intuicí v tom, jak se samy cítí a jak se cítí pacient a co potřebuje (Bond, Holland, 2001, s. 101-103).

Jednoznačně souhlasíme s autorkami Jelínkovou, Krivošíkovou, Šajtarovou (2009), že bez času vyhrazeného k sebehodnocení a sebereflexi nemůže pomáhající profesionál – sestra důkladně hodnotit úroveň vlastní kompetence nebo se zaměřit na oblasti svého dalšího rozvoje. *Reflexe je proto potřebná ve všech fázích profesionálního vývoje*. Je nástrojem k rozšiřování zkušeností a znalostí při objevování nových přístupů k řešení komplexních problémů.

Reflektivní dovednosti v kontextu supervize nám mohou napomoci zpracovat klinické zkušenosti, posílit profesní sebevědomí, prozkoumat a rozvíjet emoční kompetence, zapojovat kritické myšlení a rozvíjet strategie řešení problémů. Reflexe je účinným postupem pro zpochybňování rutinních postupů. Reflexe v kontextu supervize se zaměřuje na zkušenosti, které vznikají v sociálních vztazích každodenního pracovního života. Supervize je prostorem, kde je možné nahlížet – reflektovat tyto zkušenosti ve vztahu k sociálním podmínkám – vztahovat k různým kontextům, v nichž se supervidovaní – pomáhající profesionálové – sestry nacházejí a pohybují. Musíme se umět dívat na věci s odstupem. To znamená, že bychom se měli naučit problémy vnímat i optikou druhých a dokázat také čerpat z jejich zkušeností. *Proces reflexe je klíčovým prvkem v úspěšném učení se ze zkušeností*. Prostřednictvím reflexe může pomáhající profesionál – sestra hledat i jiná vysvětlení konkrétních zkušeností, která jí mohou pomoci porozumět svému jednání a zvažovat jednání příští (ibid. citov. podle Johns, Freshwater, 1998). Proto je třeba reflektovat myšlenky a teorie druhých, kolegů, otevřít se různým etickým přístupům. Reflexe v kontextu supervize tak rozšiřuje obzor našeho porozumění a upozorňuje a dovoluje nám se (po)zastavit se u věcí, které by v normálním běhu událostí, v běžné každodenní praxi mohly zůstat velmi často nepovšimnuty – upozorňuje nás na rozmanitost zkušeností, událostí a vede nás k uvědomění a porozumění sobě samým. Rozmanitost zkušeností a událostí nás upozorňuje na ne definitivní

povahu interpretací. Tolerance k různosti se pak příznivě projeví i ve vztahu k sobě samému. Osoba není sama pro sebe, ale jen v setkání s jinou tváří, tváří v tvář. Na zvláštní účinnost setkání tváří v tvář, jež je „prototypem sociální interakce“ a při němž je pro mne druhý „reálnější než já sám“, upozorňuje Berger s Luckmannem (1999, s. 34). Sám sobě jsem totiž přístupný pouze v reflexi, kdežto druhý vystupuje bezprostředně a nabízí mi tolik projevů své osoby, že se tím přeci jen omezuje možnost nepochopení. Jak podotýká Valenta (2004, s. 39), „sebepercepce, sebereflexe a sebepoznávání ve vztahu ke sdělování je závislá nejen na vnímání sebe samého přímo, ale i na tom, že vnímáme reakce druhých lidí na nás – to je velmi významné z hlediska utváření našeho sebepojetí.“

Efektivní supervize je interpersonálním procesem, v němž role supervizora je určena k tomu, aby umožnila supervidovanému studentovi – sestře stát se kompetentním klinickým „expertem“. Tento proces se objevuje v kontextu supervizního vztahu. Ve skutečnosti se podpůrný supervizní vztah ukazuje jako pravděpodobně nejzásadnější složka efektivní supervize. Problematika bezpečí pro supervidované sestry je zahraničními autory diskutována zejména tehdy, je-li supervizorem zaměstnanec organizace, především pak přímý nadřízený supervidovaného s jistou kontrolní pravomocí. (např. staniční sestra) Základem pro reflexi v supervizi je pocit bezpečí, vztah důvěry, respektu a spolupráce se supervizorem. Havrdová, Hajný (2008, s. 21) metaforicky přirovnávají stav reflexe k vážce, která „dosedne na květinu (přichystanou mysl), jen tehdy, nehrozí-li ji žádné větší nebezpečí.“ Všeobecně závisí kvalita supervize na obou účastnících a jejich schopnosti jasně a otevřeně komunikovat. Rozvoj této schopnosti je základem pro reflektivní učení se supervidovaného, všech v supervizi zúčastněných.

Závěr

Chceme-li naše studenty – budoucí sestry již na začátku jejich profesní kariéry vybavit jedním z nejdůležitějších a výsostných nástrojů pro porozumění nejen povolání sestry, ale také nástrojem pro porozumění druhým lidem a především pak sami sobě, neměli bychom zapomínat na podporu a rozvoj reflektivních dovedností. Bez ohledu na délku naší klinické praxe, pokud se nedokážeme (po)učit ze zkušeností, pouhá délka praxe může být bezvýznamná. Reflektivní praxe a řízená reflexe v rámci supervize tedy jistě budou stále častěji zmiňovány a uznávány jako způsoby učení i učení (se) v oblasti ošetrovatelského vzdělávání i samotné klinické praxe.

Supervize nás rozvíjí...

.....stačí jen být připraven, všimnout si, umět reflektovat....

„Zoom“ klinické supervize tak může být použit pro zdůraznění specifických prvků klinické praxe

a/nebo

pro vytvoření širokoúhlého náhledu na kontext praxe.“

(SEVERINSSON, 1999)

Literatura:

- BAŠTECKÁ, B. (ed). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470-0.
- BAUMAN, Z., MAY, T. *Myslet sociologicky. Netradiční uvedení do sociologie*. 2. vyd. Přel. Ogrocká, J. Praha: Sociologické Nakladatelství (SLON), 2010. Z angl. originálu *Thinking Sociologically*, Blackwell Publishing, Oxford (UK) a Malden, Mass. (USA), 2001. s. 229. ISBN 978-80-7419-026-1
- BERGER, I. P. LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění*. 1. české vyd. Přel. Svoboda, J. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. Z angl. originálu *The Social Construction of Reality*, vyd. Doubleday, New York, 1996. ISBN 80-85959-46-1
- BOND, M., HOLLAND, S. *Skills of clinical supervision for nurses*. Open University Press. Buckingham, 2001. s. 226. ISBN 0 335 19660 8
- COOKE, H., PHILPIN, S. *Sociology in nursing and healthcare*. Churchillm Livingstone Elsevier, London, 2008. s. 227. ISBN 978-0-443-10155-7
- FOWLER, J. & CHEVANNES, M. (1998). Evaluating the efficacy of reflective practice within the context of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, roč. 27, č. 2, s. 379-382. ISSN 0309-2402
- HANUŠ, R., CHYTILOVÁ, L. *Zážitkově pedagogické učení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 189 s. ISBN 978-80-247-2816-2
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. 211 s. ISBN 978-80-7262-532-1
- HAWKINS, P. SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Přel. Hartlová, H. Praha: Portál, 2004. Přel. z anglického originálu *Supervision in the helping professions* (second edition), Open University Press, Buckingham, 2000. 202 s. ISBN 80-7178-715-9
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7
- PAGET, T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. č. 10, s. 204-214. ISSN 0962-1067
- SEVERINSSON, E. Ethics in clinical supervision – an introduction to the theory and practice of different supervision models. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 1999, roč. 6, č. 3, s. 23-28. ISSN 1322-7696
- SLAVÍK, J. *Od výrazu k dialogu ve výchově. Artefletika*. Praha: Univerzita Karlova, 1997. 185 s. ISBN 80-7184-437-3
- SWAIN, G. *Clinical Supervision: The Principles and Process*. London: Community Practicioners and Health Visitors' Association, 1995, 87 s. ISBN 1872278299
- ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada. 2003. s. 113. ISBN 80-247-0440-4
- TAYLOR, S., FIELD, D. *Sociology of health and health care*. Fourth edition. Blackwell Publishing, 2008. 269 s. ISBN 978-1-5172-6
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting. *Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and Health*. London: UKCC, 1996.

VALENTA, J. *Manuál k tréninku řeči lidského těla: didaktika neverbální komunikace*. 1. vyd. Kladno: AISIS, 2004. 259 s. ISBN 9788023925753

van OOIJEN, E. *Clinical supervision made easy*. London: Churchill Livingstone, 2003. s. 247. ISBN 0 443 07242 6

VAŇKOVÁ, M. Rozvoj emočních dovedností sester v supervizi. In *Práce pomáhajících profesí v oblasti zdravotnictví a sociální péče*, s. 434-439, 1. vyd. Praha: Evropské vzdělávací centrum v Praze, Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-87386-10

VYBÍRAL, Z. *Psychologie jinak. Současná kritická psychologie*. 1. vyd. Praha: Akademia, 2006. 230 s. ISBN 80-200-1367-9

WALSH, K., NICHOLSON, J., KEOUGH, C., PRIDHAM, R., KRAMER, M., & JEFFREY, J. Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, 2003, č. 9, s. 33-39. ISSN 1322-7114

WASKETT, C. An integrated approach to introducing and maintaining supervision: the 4S model. *NursingTimes*; 2009:105:17. [online] Dostupné z internetu: <<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/acute-care/an-integrated-approach-to-introducing-and-maintaining-supervision-the-4s-model/5000899.article>> [citováno 2010-07-13]

Kontaktní adresa:

Mgr. Milena Vaňková
Univerzita Karlova, 3. Lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
Ruská 87
110 00 Praha 10
Email: milena.vankova@lf3.cuni.cz

VÝUKA PSYCHOLOGIE NA SZŠ – PREZENTACE PROJEKTU „SÍLA POCHVALY“ – PRÁCE ŽÁKŮ CSZŠ JANA PAVLA II.

Martina Margaritovová a studentky 3. ročníku
CSZŠ Jana Pavla II. Praha 2, Ječná 33

Souhrn:

Autorka příspěvku se zamýšlí nad pochvalou v souvislosti s jejím použitím jako motivačního prvku ve výchově. Přibližuje proces tvorby soutěžní práce studentek na téma „Síla pochvaly“.

Klíčová slova: pochvala, trest, kritika

Ve svém příspěvku si vám dovoluji představit výsledky práce studentek 3. ročníku oboru zdravotnický asistent na téma „Síla pochvaly“, se kterou uspěly v krajském kole soutěže zdravotnických škol s názvem Den psychologie.

Při prvním zamyšlení nad tímto tématem člověka napadne, že jde o jev, který byl již mnohokrát popsán a prozkoumán, a že tedy bude velmi těžké přijít s něčím novým nebo alespoň zajímavým. Již při hledání v odborné literatuře však zjistíte, že se autoři spíše než pochvalou a odměnou zabývají trestáním (druhy trestů, přípustností trestů, pravidly pro používání trestů).

Jen minimum prostoru je věnováno pochvale, a to přesto, že každý autor uznává její obrovský význam a jako výchovný prostředek ji staví na první místo. Také rodiče při dotazování preferují odměňování a pochvalu, ale nápravu věcí začínají vždy trestáním.

Velmi pěkně a výstižně tento fenomén zmínil Z. Matějček ve svém díle „Po dobrém nebo po zlém“. Zde vzpomíná, že se mu za celou dlouhou kariéru poradenského psychologa nestalo, že by si rodiče přišli pro radu, jak dítě pochválit a podporovat. Vždy jejich dotazy směřovaly k tomu, jaký trest by ještě měli použít, aby došlo ke kýžené nápravě. A mnohdy problém vězí právě v absenci pochvaly. Tento problém se netýká pouze dětí, ale i dospělých. Jako učitelka se velmi často setkávám při hodnocení praxí se stesky studentů na nedostatek vlídnosti a ignoraci ze strany zdravotníků. Na druhé straně mám zkušenost, že tam, kde sestry umí pochválit, je praxe hodnocena vždy jako velmi přínosná.

Problém bývá i na straně studentů, kteří často neumí sestřím poděkovat a vyjádřit svou spokojenost s průběhem odborné praxe. Často jsou více zdůrazňována negativa než pozitiva. Jako by pochvala byla něco nemístného nebo méně hodnotného než kritika. Možná, je to také tím, že se naše společnost obecně a hlavně média zaměřují na kritizování a negativní jevy. Něco pozitivního, prosperujícího a fungujícího není pro většinu zajímavé.

Nakonec sestry samy často pocítují a v různých průzkumech vypovídají, že pochvala je pro jejich duševní rozpoložení mnohdy důležitější než finanční odměna. Je to ta nejlepší prevence syndromu vyhoření.

Toto jsou úvahy, na základě kterých studentky vytvářely scénář pro svou práci. Oslovily množství respondentů různého postavení a zaměstnání a zjišťovaly jejich názory na pochvalu, užívání pochvaly a význam pochvaly.

Typické a zajímavé názory respondentů studentky zachytily kamerou a jednoduchou anketou zjišťovaly názory mezi vrstevníky. Materiály zpracovaly a výsledek máte možnost posoudit sami.

Literatura:

u autorky.

Kontaktní adresa:

PhDr. Martina Margaritovová
Církevní střední zdravotnická škola Jana Pavla II.
Ječná 33
120 00 Praha 2
Email: m.margaritovova@volny.cz

VÝUKA KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ STUDENTŮ ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

Šárka Tomová, Hana Nikodemová, Marie Hlaváčová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Komunikační proces je základním východiskem při uspokojování potřeb nemocných. Součástí dorozumivacího řetězce jsou jednotlivé kroky, oblasti, které na sebe vzájemně navazují a jejichž zvládnutí vyžaduje osvojení dovedností podporujících kvalitní komunikaci. Zvládnutí komunikačních úskalí je otázkou porozumění, opakování a upevňování osvojených dovedností a získávání nových zkušeností na klinických pracovištích. Při studiu všech zdravotnických oborů je nezbytná výuka komunikačních dovedností, které jsou jedním z pilířů hodnocení úrovně ošetrovatelské péče. Autoři příspěvku předkládají postřehy a odlišnosti ve vnímání výuky komunikačních dovedností v oborech bakalářského a magisterského studia.

Klíčová slova:

Komunikační model; Komunikační dovednosti; Vzdělávání; Výuka

Úvod

Nepřehlédnutelným akcentem současné medicíny je požadavek na kvalitu komplexního profesionálního přístupu k pacientům/klientům. Profesionalita v odborné oblasti, včetně instrumentálně dovedností složky je považována za jakousi samozřejmost a patří k dlouhodobě sledovaným znakům kvality individuálně poskytované péče. Mnohem méně se ve výčtu prvků komplexního působení zdravotnického pracovníka objevuje požadavek na sociálně vstřícné jednání, založené na autentické komunikaci a individuálně lidském přístupu.

77

Vlastní text

Komunikace mezi lidmi je neodmyslitelnou součástí bytí, existence člověka. Komunikační model, nazývaný též informační, kódový, je považován za základ pro pochopení komunikačního procesu. Ve schematické rovině lze říci, že je to přenos sdělení (zprávy, informace) ve formě signálu (verbálního, neverbálního) od odesílatele (komunikátora, mluvčího) k příjemci (posluchači). Kvalitně předaná informace z psychologického hlediska je při splnění určitých podmínek výchozí pro správnou reprodukci informací, přijetí a ztotožnění se s informací, jejím využitím v modelových situacích, vytvoření či změnu postojů a zařazení na vyšší příčky hodnotového systému vybraného jedince.

Nalezení cesty jak dobře komunikovat, je ve zdravotnické péči základním předpokladem pro vytvoření důvěrného vztahu dvou subjektů – zdravotník a pacient. Víra ve schopnosti a dovednosti ošetrujícího personálu, důvěra v jeho rozhodnutí se rodí při první vzájemné interakci. Jakou úroveň má tento komunikační proces, takový směr nabírá další vzájemná spolupráce.

„Holistické pojetí osobnosti“ předpokládá profesní interakci vycházející z profesionální komunikace, založené na kongruentním jednání, akceptaci pacienta jako svébytné osobnosti, empatii, naslouchání, citlivém kladení otázek a podobně.

„Paternalistické“ pojetí medicíny přechází v současnosti ke spolurozhodovacím kompetencím pacienta a tento přístup může vytvořit potřebný vztah důvěry, na jehož bázi se později odehrávají medicínské intervence s vědomím pacienta a s jeho pochopením významu těchto zásahů.

Požadavek komunikačních dovedností se stává tedy jedním ze stěžejních, na které upíráme pozornost ve výuce lékařů či nelékařských zdravotnických pracovníků na našem pracovišti. Mezi jinými předměty klademe důraz na výše zmíněné aspekty ve výuce předmětu komunikace a komunikačních dovedností v bakalářském programu Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství a magisterském studijním programu Všeobecného lékařství. Obsah předmětu nám umožňuje zabývat se kromě základů komunikace, které jsou na začátku studia na různě odlišné úrovni, také vybranými komunikačními dovednostmi, jejich nácvikem a upevňováním. Nácvik verbálních vyjadřovacích schopností, aktivního naslouchání, vedení rozhovoru s nemocným, neverbálního vyjadřování, schopnosti řešení konfliktů, asertivního jednání jsou těmi, kterým věnujeme největší pozornost. Každý student má možnost reflexe a sebereflexe a dostává příležitost naučit se pracovat se svými projevy, díky zpětné vazbě od svých kolegů a natočením svého výstupu na audiovizuální záznam má možnost seberegulace a sebekoncepce jako osobního systému hodnot kladných i záporných postojů sama k sobě. Tento determinuje vztahy jedince k druhým lidem a podílí se tímto na utváření jeho vlastního Já.

Průzkumná sonda

Na konci výukového období daného předmětu jsme provedli prostřednictvím dotazníkového šetření průzkumnou sondu v obou výše zmíněných skupinách studentů. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otevřených otázek, ve kterých měli studenti možnost projevit svůj názor a připomínky, nebo doporučení k jednotlivým probraným okruhům. Pro přehlednost uvádíme názvy programů a oborů, včetně zařazení do ročníku a semestru.

Bakalářský studijní program Všeobecná sestra 2. ročník, ZS, LS (70hod. celkem)

Magisterský studijní program Všeobecné lékařství 1. ročník LS, 2. ročník LS (30hod. celkem)

Pro ilustraci vybíráme jen některá data, která jsou pro další vývoj metodiky předmětu zajímavá a nepřehlédnutelná.

Dle názoru studentů byla v kategorii obsahové náplně hodnocena jako nejvíce přínosná témata asertivity, nácviku asertivního jednání, řešení konfliktů, manipulativní jednání, sebereprezentace a komunikace s handicapovanými pacienty.

V kategorii metodiky výuky označili především studenti bakalářského programu za ne zcela vyhovující ty metody, při nichž byla vyžadována pohotovost, rychlé myšlenkové operace, soustředěnost, hledání slovního vyjádření a stud před kolegy.

V kategorii hodnocení náročnosti výuky se opět potvrdily předcházející informace, kde studenti považovali za nejnáročnější vystupování před skupinou z důvodu nervozity a studu, dále neschopnost verbálního vyjadřování, týmovou spolupráci a schopnost koncentrace v úvodu předmětu.

V kategorii doporučení uvedli studenti převážně požadavek větší hodinové dotace u magisterského studijního programu a zařazení výuky komunikace v dopoledních hodinách.

V kategorii sebezposouzení vývoje komunikačních dovedností před a po výuce předmětu komunikace a komunikačních dovedností se průměrná hodnota bodu zvýšila o 2 stupně desetibodové škály.

Závěr

Ukazuje se, že komunikační složku v ošetrovatelství nelze přehlížet a je naopak žádoucí, aby byli studenti již od začátku vedeni k umění správně rozpoznat a identifikovat potřeby nemocného. Tento proces však může nastat, rozumí-li student sám sobě, zná sebe sama, své reakce, dokáže-li zpracovat a vyslovit kritiku, dokáže-li pochválit a je schopen seberegulace v zátěžových situacích.

Výsledky našeho průzkumu považujeme za podnětné v další práci při tvorbě nejen obsahové náplně výuky předmětu komunikačních dovedností, ale i vzhledem k zajímavým postřehům ze strany studentů je možné dále zkvalitňovat i metodickou část výuky tohoto předmětu a vycházet tak z potřeb studentů, které jsou v souladu s požadavky studijního programu na kvalitu a připravenost studenta pro praxi.

Literatura:

HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd., Praha: Galén, 1999 ISBN 80-7262-032-0

JANOŮŠEK, J.: *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007 ISBN 978-80-247-1594-0

KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. *Aplikovaná sociální psychologie III*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005 ISBN 80-247-0180-4

PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005 ISBN 80-247-0858-2

Kontaktní adresa:

PhDr. Šárka Tomová
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol
Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

INOVACE PRAKTICKÉ VÝUKY OŠETŘOVATELSTVÍ

Daniel Jirkovský

Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek přináší základní informace o projektu Inovace praktické výuky ošetřovatelství, jehož nositelem je Fakultní nemocnice v Motole a partnerem projektu je Univerzita Karlova v Praze – 2. lékařská fakulta. Předkládaný text obsahuje stručný popis celého projektu. Čtenáře seznamuje s cíli projektu a s jednotlivými klíčovými aktivitami. V závěru příspěvku jsou uvedeny a podrobně popsány očekávané výstupy z projektu.

Klíčová slova: *Mentoring, Odborná praxe, Ošetřovatelské postupy, Ošetřovatelství, Operační program Praha – adaptabilita, Výuka a vzdělávání v ošetřovatelství*

Úvod – stručná charakteristika projektu

Projekt je zaměřen na inovaci a modernizaci praktické výuky ošetřovatelských postupů a odborné praxe studentů bakalářského studijního programu 5341 R Ošetřovatelství na UK 2. LF. Jde o studijní obory Všeobecná sestra a Všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství, jejichž praktická výuka a odborná praxe se z převážné většiny realizuje ve Fakultní nemocnici v Motole (dále jen FN Motol). Aktivity obsažené v projektu mají svoji oporu v Evropské strategii Světové zdravotnické organizace pro vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek (EUR/01/5019304) v direktivách, směrnicích a v doporučeních Evropské komise z let 1977 až 1998, jež jsou dosud platné a účinné.

80

Cíle projektu

Předpokládáme, že nově vytvořené studijní pomůcky a připravení mentoři klinické ošetřovatelské praxe příznivým způsobem ovlivní nejen odbornou přípravu všeobecných sester ve shora uvedených oborech, ale také praktickou výuku studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství v předmětech vyučovaných na Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol (předměty Ošetřovatelství I a II). Cílem projektu je komplexní inovace a modernizace praktické výuky ošetřovatelských intervencí (postupů a výkonů) a dále odborné ošetřovatelské praxe realizované UK 2. LF na společných pracovištích ve FN Motol, event. na společných pracovištích UK 2. LF a FN Bulovka, případně na Chirurgické klinice UK 2. LF a ÚVN Praha. K naplnění tohoto záměru byly stanoveny následující tři dílčí cíle projektu:

- příprava a zavedení nových studijních pomůcek ve smyslu vytvoření sady cca 40ti e-learningových studijních opor s videozáznamy správně realizovaných ošetřovatelských intervencí. Smysl přípravy a zavedení těchto studijních opor do výuky spočívá v usnadnění nácviku vybraných ošetřovatelských intervencí v modelových učebnách a následně i v průběhu klinické praxe u hospitalizovaných pacientů s cílem snížení rizik a komplikací souvisejících s nesprávným provedením těchto výkonů. V průběhu klinické praxe si studenti budou moci zopakovat jednotlivé ošetřovatelské intervence na klinických pracovištích a to buď zhlédnutím videozáznamu o správném postupu na počítači přímo na oddělení (na společných pracovištích UK 2. LF s FN Motol) nebo využitím učebních textů obsahujících základní i speciální ošetřovatelské intervence.

- příprava a zavedení Záznamníku výkonů a jiných odborných aktivit všeobecné sestry (dále též logbook). Tento dokument bude obsahovat sběr souhrnných informací o přípravě a průběhu praktické výuky, jeho prostřednictvím se budou sledovat a hodnotit jednotlivé kompetence a ošetrovatelské intervence, které má student (studentka) v průběhu vzdělávání zvládnout a to buď pod přímým vedením nebo pod odborným dohledem akademického pracovníka nebo akademického pracovníka / mentora klinické ošetrovatelské praxe.
- vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek, které vykonávají pedagogickou činnost jako mentoři klinické ošetrovatelské praxe v certifikovaném kurzu pro přípravu mentorů klinické ošetrovatelské praxe a školitelů specializačního vzdělávání s cílem vybudovat u mentorů klinické ošetrovatelské praxe systém kompetencí v oblasti pedagogiky a psychologie pro kvalifikovaný výkon činnosti ve smyslu úspěšného prognózování, realizace a evaluace výchovně vzdělávacího procesu v odborné praxi studentů. Prohloubit jejich pedagogické a psychologické myšlení o jevech výchovně vzdělávací reality pro hlubší pochopení příčin, průběhu a následků pedagogických i životních situací a pro kvalifikovanější rozhodování ve výchovně vzdělávací oblasti. Přispět k samostatnosti, tvořivosti a flexibilitě v pedagogické práci mentorů klinické ošetrovatelské praxe a zároveň i přispět k integraci nových teoretických poznatků s dosavadními zkušenostmi v oblasti vedení praktického vyučování z vlastní praxe účastníků vzdělávání.

Očekávané výstupy projektu

V rámci projektu bude vytvořeno 40 recenzovaných a v průběhu praktické výuky i ověřených e-learningových studijních opor obsahující základní a speciální ošetrovatelské intervence (postupy) – produkt č. 1 - 40. Studijní opory budou doplněny o videozáznamy jejich správného provedení a o didaktické testy. Studijní opory budou zveřejněny na internetové síti - např. MEFANET, kde budou dostupné studentům UK 2. LF.

Dále budou sestaveny a vytištěny recenzované a při praktické výuce ověřené učební texty obsahující ošetrovatelské postupy. Bude vydáno 420 výtisků těchto učebních textů pro studenty studijního programu Všeobecné lékařství. Zároveň budou učební texty předávány studentům bakalářského studijního programu Ošetrovatelství do vlastnictví na nosiči CD-ROM. Učební texty budou opatřeny kódem ISBN – produkt č. 41.

V rámci realizace projektu bude sestaven, v praxi ověřen a nezávisle recenzován Záznamník výkonů a jiných odborných aktivit (logbook) pro studenty bakalářského studijního programu Ošetrovatelství. Bude vytištěno 320 výtisků tohoto pedagogického dokumentu opatřeného ISBN – produkt č. 42.

Součástí projektu bude i vytvoření recenzovaného Sborníku pomocných učebních textů a výukových prezentací Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické ošetrovatelské praxe. Sborník bude vydán na CD-ROM v počtu 40ti ks a bude opatřen ISBN – produkt č. 43.

Součástí projektu bude realizace dvou běhů Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické ošetrovatelské praxe akreditovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Celkově bude proškoleno 24 až 30 mentorů klinické praxe UK 2. LF – produkt č. 44 – 45.

Závěr

Předpokládáme, že inovace a modernizace stávající praktické výuky povede ke zkvalitnění výstupních dovedností absolventů v oblasti specifických, ale i přenositelných kompetencí, čímž jim bude zároveň usnadněna i pracovní adaptace po ukončení jejich systematického vzdělávání.

***Tento projekt je financován v rámci Operačního programu Praha – adaptabilita ze strukturálních fondů EU, rozpočtu hl. města Prahy a státního rozpočtu ČR.
Registrační číslo projektu: CZ.2.17/3.1.00/33270.***

Literatura

JIRKOVSKÝ, D. *Projektová žádost projektu s názvem Inovace praktické výuky ošetrovatelství* finalizovaná dne 16.06. 2010. Interní materiál Fakultní nemocnice v Motole a Univerzity Karlovy v Praze – 2. lékařské fakulty k dispozici u autora příspěvku.

Kontaktní adresa

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

VYUŽITÍ STANDARDIZOVANÝCH ŠKÁL PRO HODNOCENÍ SENIORŮ JAKO PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE (abstrakt)

¹Darja Jarošová, ¹Lucie Sikorová, ²Jana Marečková, ³Hana Pajorová

¹Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

²Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

³Agentura domácí ošetrovatelské péče Hana Pajorová

Souhrn:

Projevem geriatrizace zdravotnických služeb je zvyšování podílů seniorů na spotřebě nemocniční péče. Seniori představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely. Sledování kvality péče, její individualizace podle identifikovatelných problémů a úhradová účelnost vyžadují zavedení vhodných, obecně používaných nástrojů, které by současně pomáhaly standardizaci péče, umožňovaly meziústavní srovnání, popř. byly zdrojem dat pro rozsáhlá epidemiologická šetření. Jedním z dílčích cílů projektu bylo ověření využitelnosti vybraných měřících nástrojů pro zhodnocení diagnostických prvků v ošetrovatelské diagnostice.

Výzkumný soubor zahrnoval 162 seniorů - klientů Agentury domácí ošetrovatelské péče Hana Pajorová v Ostravě. Soubor tvořilo 49 mužů a 113 žen. Na základě stanovených cílů šetření byla nejprve expertní skupinou vytvořena baterie vhodných měřících nástrojů. Testy a škály do tohoto souboru měřících nástrojů byly voleny jak z oblasti tělesných, tak mentálních schopností - BMI, Barthelův test aktivit denního života (ADL), Dotazník pro funkční hodnocení pacienta (FAQ), Hodnocení nutričního stavu, Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Northonové, Hodnocení intenzity bolesti, Hodnocení psychického zdraví, Hodnocení deprese geriatrických pacientů a Test kognitivních funkcí Mini Mental State Exam (MMSE). Získaná empirická data byla zpracována pomocí deskriptivní statistiky, Spearmanova korelačního koeficientu a Fisherova exaktního testu (úroveň statistické významnosti 5 %).

K nejčastěji diagnostikovaným ošetrovatelským diagnózám náležely diagnózy Riziko pádů (n=95), Zhoršená pohyblivost (n=83), Riziko infekce (n=75), Chronická bolest (n=76), Riziko deficitu tělesných tekutin (n=62), Riziko dysfunkční gastrointestinální motility (n=58), Deficit sebedpěče při koupání a hygieně (n=50), Porušené myšlenkové procesy (n=46) a další.

Na základě analýzy výsledků využitých měřících škál by bylo vhodné u pacientů, u kterých je zvažována ošetrovatelská diagnóza Zhoršená pohyblivost realizovat test ADL (u 100 % testovaných seniorů s touto diagnózou zjištěna závislost), dále test FAQ (zjištěno funkční postižení svědčící pro demenci u 85 % seniorů s touto diagnózou) a hodnocení nutričního stavu (výskyt malnutrice u 97 % seniorů s touto diagnózou). U 83 % seniorů s diagnózou Zhoršená pohyblivost byla potvrzena bolest, která je součástí souvisejících faktorů této diagnózy (dle NANDA-I).

Ošetrovatelská diagnostika diagnózy Riziko pádů by měla být doplněna o test ADL, jelikož byla závislost potvrzena u 99 % seniorů s touto diagnózou a zhodnocení bolesti (přesto, že není dle NANDA-I. součástí rizikových faktorů této diagnózy). Bolest byla uvedena u 84 % seniorů s naposledy uvedenou diagnózou.

U seniorů s ošetrovatelskou diagnózou Riziko infekce byla zjištěna závislost dle ADL u 99 % seniorů, malnutrice, nebo riziko malnutrice u 84 % a u 84 % seniorů bylo nalezeno funkční postižení svědčícího pro demenci dle testu FAQ. Seniori, u nichž byla diagnostikována Chronická bolest, vykazovaly bolest v 98 % a dále závislost (dle ADL) ve 100 %.

Nezanedbatelný byl také zjištěný počet seniorů s porušeným psychickým zdravím (83 % seniorů ze souboru seniorů s diagnózou Chronická bolest).

Využívání vhodných měřicích nástrojů a testů je vhodné nejen při přijímání seniorů do zdravotnických zařízení a v průběhu jejich hospitalizace, komplexní geriatrické posouzení seniorů je také předpokladem jejich kvalitního propouštění a kvalitní následné péče.

Klíčová slova: *senioři, domácí péče, standardizované škály, ošetrovatelská diagnóza*

Tento příspěvek je dedikován projektem IGA MZČR NS9761-4/2008

Plný text příspěvku je připraven k publikaci v recenzovaném odborném a vědeckém časopise Kontakt.

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

PhDr. Lucie Sikorová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Lékařská fakulta

Ostravská univerzita v Ostravě

Syllabova 19

703 00 Ostrava – Zábřeh

Email: darja.jarosova@osu.cz

lucie.sikorova@osu.cz

**OŠETROVATEĽSKÁ DIAGNÓZA AKÚTNA BOLEŠŤ VO
VALIDIZAČNÝCH ŠTÚDIÁCH
(abstrakt)**

¹⁾Renáta Zeleníková, ²⁾Katarína Žiaková

¹⁾Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

²⁾Jesseniova lekárska fakulta Univerzity Komenského v Martine, Ústav ošetrovatelstva

Súhrn:

Akútna bolesť je nepríjemná senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá sa vzťahuje k aktuálnemu alebo potenciálnemu poškodeniu tkaniva, alebo skutočnosť opísaná v zmysle takéhoto poškodenia. (International Association for the Study of Pain) Charakterizovaná je náhlym alebo pozvoľným nástupom, rôznou intenzitou (od strednej po prudkú), ukončením, ktoré sa dá predvídať alebo predpokladať, a časovým trvaním kratším ako šesť mesiacov.

Schopnosť sestier presne diagnostikovať Akútnu bolesť a na základe toho stanoviť efektívne intervencie, prispieva k efektívnejšej starostlivosti o pacientov s bolesťou. Cieľom príspevku je analyzovať a komparovať výsledky vybraných validizačných štúdií ošetrovateľskej diagnózy Akútna bolesť publikovaných v prvých 12 konferenčných zborníkoch NANDA International. Za účelom dosiahnutia stanoveného cieľa sme zvolili elementárne myšlienkové postupy: analýzu a komparáciu. Vybrali sme validizačné štúdie na základe dvoch stanovených kritérií výberu: v štúdií bola validizovaná diagnóza Bolesť a bol publikovaný plný text príspevku s výsledkami validizácie.

Výsledky analýzy ukázali, že za hlavné definujúce charakteristiky boli vo všetkých vybraných štúdiách považované len 2 znaky: slovné vyjadrenie bolesti a výraz tváre. Bolesť je vždy subjektívna, preto vyjadrenie pacienta o prítomnosti bolesti patrí medzi najspoločnejšie znaky bolesti. Výsledky vybraných zahraničných validizačných štúdií budú porovnané s výsledkami validizácie ošetrovateľskej diagnózy Akútna bolesť v Slovenskej a Českej republike, ktorá bude realizovaná v rámci medzinárodného projektu Problematika ošetrovateľskej diagnostiky – teoretické východiská a aplikácia v ošetrovateľskej praxi.

Kľúčové slová: Akútna bolesť; Ošetrovateľská diagnóza; Validizačná štúdia; NANDA I

**Príspevok vznikol v rámci projektu Problematika ošetrovateľskej diagnostiky – teoretické východiská a aplikácia v ošetrovateľskej praxi
APVV SK-CZ-0151-09, MŠMT MEB 0810029.**

Kontaktná adresa:

PhDr. Renáta Zeleníková
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence LF OU
Syllabova 19
703 00 Ostrava
Email: renata.zelenikova@osu.cz

POSUN V OČEKÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE U TĚHOTNÝCH A RODIČEK – INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PŘEDVÝZKUMU

¹Lenka Kalábová, ²Jaroslav Zlámal, ²Naděžda Křečková - Tůmová

¹Městská nemocnice v Litoměřicích

²LF UP v Olomouci, Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají možný přístup k měření kvality zdravotní péče. Na rozdíl od často používaných šetření spokojenosti pacientů, která mají o kvalitě zdravotní péče pouze omezenou vypovídací schopnost, se zaměřují na měření očekávání pacientů v souvislosti s čerpáním zdravotní péče a následně na měření míry naplnění těchto očekávání ze strany zdravotnického zařízení v souvislosti s konzumací této péče. Na spokojenost pacientů autorky příspěvku poté nahlíží pouze jako na konečný výstup triády: očekávání – realita – míra naplnění očekávání.

Dosavadním výstupem práce obou autorek je sestrojení výzkumných nástrojů – dvou dotazníků, které umožňují měřit 1/ očekávání pacientů v souvislosti s čerpáním zdravotní péče a 2/ následně míru naplnění tohoto očekávání. Oba typy dotazníků byly sestrojeny pro skupinu žen před porodem a žen po porodu, protože právě tyto osoby patří mezi nejnáročnější a nejkritičtější konzumenty péče. Dalším z výstupů jejich práce je realizace předvýzkumu za použití výše uvedených nástrojů v konkrétním zdravotnickém zařízení. Zde předkládaný příspěvek přináší i prvotní vybrané výstupy z těchto šetření.

Klíčová slova: *Kvalita zdravotní péče; Očekávání pacienta; Indikátory kvality péče; Spokojenost pacienta*

Úvod

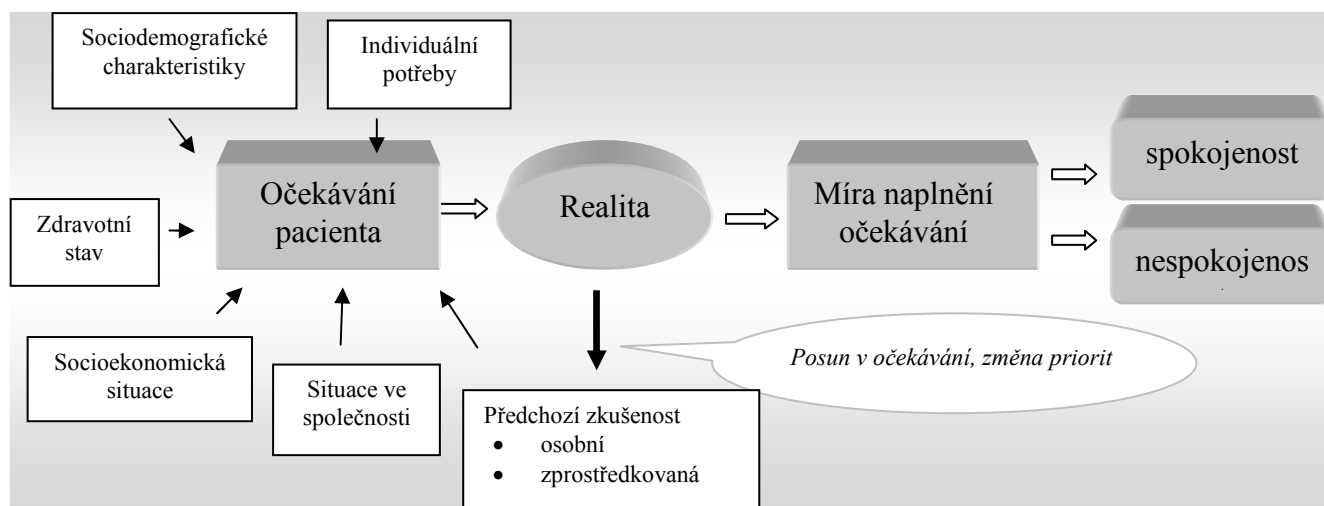
Kvalita zdravotní péče je sledována již několik let na všech úrovních – v nemocnicích, odborných ambulancích i u praktických lékařů, stejně jako např. v institucích poskytujících služby sociální. Byly stanoveny indikátory, podle kterých je kvalita hodnocena, ale nikdo se příliš nezamýšlí nad tím, co si pod pojmem „kvalita zdravotní péče“ představují samotní konzumenti této péče a nad tím, zda jsou jejich představy o kvalitě shodné s obecně přijatými indikátory kvality stavenými poskytovateli, zřizovateli či MZ ČR.

Zdravotnická zařízení v posledních letech často realizují různé dotazníkové akce zaměřené na spokojenost svých pacientů a výsledky, velmi často vypovídající o vysoké (v průměru cca 80%) spokojenosti, mnohdy mylně interpretují jako závěry vypovídající o kvalitě poskytované péče. Přitom pacienti v těchto šetřeních pouze hodnotí spokojenost či nespokojenost s faktory, které jsou jim nabízeny, a které mnohdy pramálo ukazují na to, co je pro pacienty při čerpání zdravotní péče důležité a jak oni sami definují péči, o které by se vyjádřili jako o kvalitní.

Někdy bývá kvalita zdravotní péče pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním (Vokurka a spol. 2009) a jako daleko vhodnější a o kvalitě nabízených služeb lépe vypovídající se (namísto pouhé spokojenosti s vybranými aspekty poskytované péče) tudíž jeví měřit očekávání konzumentů péče, tj. představy o tom, jak by tato péče měla

vypadat, a míru jejich naplnění, protože zcela jistě obecně existuje vztah mezi očekáváním, realitou, mírou naplnění očekávání a spokojeností. Na spokojenost pacientů s péčí poskytovanou v jednotlivých zdravotnických zařízeních je poté při akceptaci tohoto přístupu třeba pohlížet pouze jako na jeden z několika možných způsobů hodnocení kvality zdravotní péče, přesněji jako na pacientovo hodnocení toho, co pokládají za důležité poskytovatelé této péče. Podrobněji ke vztahu očekávání, reality a spokojenosti viz následující schéma.

Obr. 1 Schéma vlivu očekávání pacienta a míry jeho naplnění na konečnou spokojenost pacienta



37

Cíl práce

Cílem práce je vytvořit standardizované výzkumné nástroje: A/ na měření očekávání u v budoucnu čerpané zdravotní péče v souvislosti s porodem, resp. rizikovým těhotenstvím u těhotných ve druhém trimestru těhotenství a B/ pro následné zkoumání posunu v těchto očekáváních a míru jejich naplnění v konkrétním zdravotnickém zařízení v době bezprostředně po porodu.

Dalším cílem této práce je „odladit“ v rámci předvýzkumu tyto výzkumné nástroje na vzorku těhotných a rodiček ve vybraném zdravotnickém zařízení, konkrétně v Městské nemocnici v Litoměřicích. Tato skupina respondentů byla vybrána záměrně, protože v obecných šetřeních spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí vychází jako nejnáročnější a nejkritičtější

Metodika a zkoumaný soubor

Metodou výzkumu je standardizované dotazování s využitím dotazníků určených:

A/ těhotným v 16.-20. týdnu těhotenství a

B/ matkám den před propuštěním z porodnice (tj. cca 4-5 den po porodu).

Dotazník pro těhotné byl distribuován v poradnách pro těhotné při ambulancích gynekologů v Litoměřicích, Lovosicích, Úštěku, Libochovicích. Na tomto místě byly též vyplněné dotazníky zpět od těhotných žen vybírány. Cílovou skupinou zde byly všechny pacientky gynekologických ambulancí těchto lékařů, které se v době sběru dat nacházely mezi 16.-20. týdnem těhotenství.

Dotazník pro matky po porodu byl distribuován za pomoci personálu oddělení šestinedělí v porodnici Městské nemocnice v Litoměřicích. Na vyplněné dotazníky byly na chodbě oddělení připraveny sběrné boxy. Cílovou skupinou zde byly všechny ženy, které v období sběru dat porodily v litoměřické porodnici.

Sběr dat probíhal u obou skupin v době od 1.6.2010 a stále trvá. Data zde prezentovaná jsou pouze dílčími výstupy za cca 6 týdnů. V tomto případě se nejedná o panel respondentek, kdy by stejná žena odpovídala v době před porodem a zároveň i v době po porodu, ale o dvě různé skupiny žen. V budoucnu lze předpokládat, že se jedna žena zapojí do obou výzkumných etap.

Dotazníky (jak pro období před porodem, tak pro období po porodu) byly konstruovány tak, aby se v maximálním množství znaků shodovaly, vč. znění otázek. Pouze formulace byly úpravou času z budoucího na minulý změněny tak, aby odpovídaly fázi, ve které se respondentka aktuálně nacházela (těhotenství, resp. období po porodu). Očekávání bylo měřeno výčtem vybraných aspektů za použití formulace „je pro mne důležité“ (tj. pro těhotné), resp. formulace „bylo pro mne důležité“ (pro období po porodu) s možností vybrat libovolný počet nabízených aspektů pro respondentku důležitých. U dotazníku určeného ženám po porodu byla navíc u všech otázek, které měřily očekávání, kromě zpětného vyjádření o očekávání měřena také míra naplnění tohoto očekávání (respondentkou byly vybraným aspektům přidělovány body 0-100).

Oba typy dotazníků se zaměřily na **šest základních širších aspektů kvality**:

1. Prostředí (prostředí přípravného pokoje a porodního sálu a prostředí oddělení šestinedělí, resp. rizikového těhotenství).
2. Vzdělání a zkušenost týmu zdravotníků (tým pracující v prostředí přípravného pokoje a porodního sálu a v prostředí oddělení šestinedělí, resp. rizikového těhotenství).
3. Indikátory kvality porodnice (počet porodů, poměr spontánních porodů k porodům císařským řezem, počty úmrtí rodiček a novorozenců)
4. Dostatečná informovanost (prostředí přípravného pokoje a porodního sálu a prostředí oddělení šestinedělí, resp. rizikového těhotenství).
5. Přístup personálu (personál pracující v prostředí přípravného pokoje a porodního sálu a v prostředí oddělení šestinedělí, resp. rizikového těhotenství).
6. Prestiž zdravotnického zařízení – porodnice

Detailněji se oba typy dotazníků zabývaly prostředím, informovaností od personálu a přístupem personálu.

Oba typy dotazníků byly dále strukturovány podle tří fází, a to:

1. na dobu samotného porodu
2. na dobu bezprostředně po porodu
3. na pobyt na oddělení šestinedělí, resp. rizikového těhotenství

Na konci dotazníku byla u obou typů dotazníků položena otázka na to, co si respondentka představuje pod pojmem kvalita.

Otázky v obou dotaznicích byly ve většině případů formulovány jako polootevřené (uzavřené otázky s možností doplnit vlastní aspekt) nebo jako uzavřené. Otevřené otázky byly pokládány pouze v případě výčtu kladů a záporů. Celkem dotazník sestával z 18, resp. 20 otázek k tématu a 4 otázek identifikačních (věk, vzdělání, místo bydliště, pořadí dítěte).

Celkem je plánováno distribuovat 800 dotazníků pro těhotné a 600 dotazníků pro ženy po porodu. Ke dni ukončení první dílčí fáze sběru dat (k 12.7.2010) bylo navraceno 19 dotazníků pro těhotné a 41 dotazníků pro ženy po porodu. Celkovou návratnost u žen před porodem nelze v tuto chvíli, vzhledem k technice sběru dat, ani odhadovat. V případě žen po porodu se celková návratnost pohybuje okolo cca 80%.

Výsledky

Hodnocení pro dobu samotného porodu

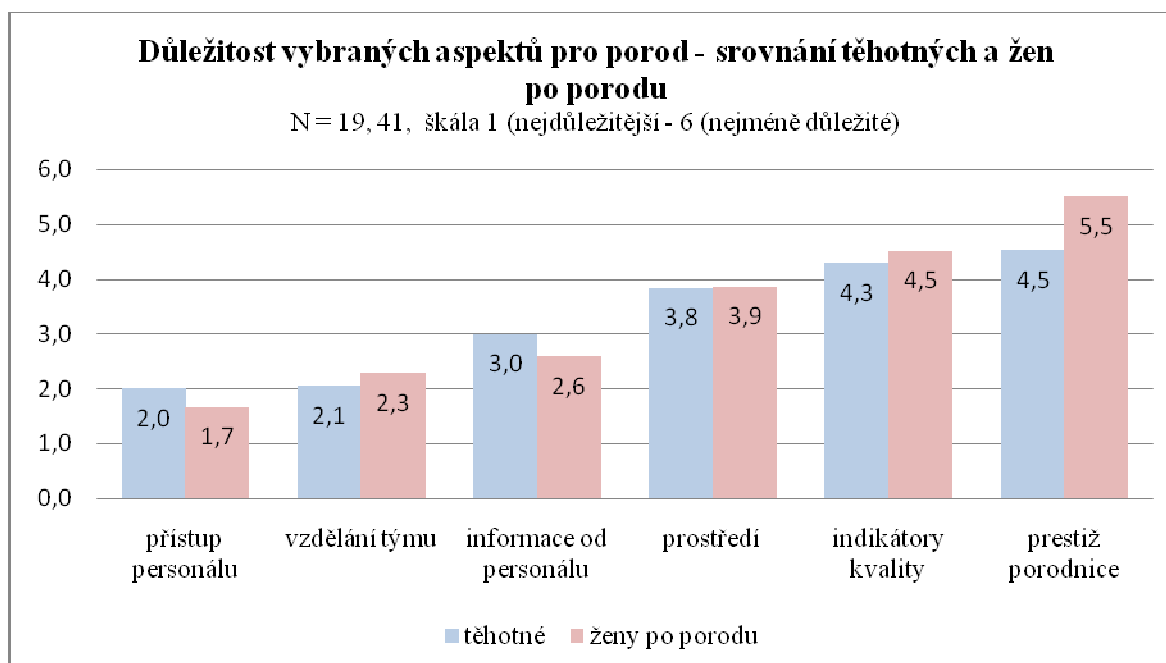
Dosavadní výsledky první dílčí fáze výzkumu ukazují, že ze šesti základních širších aspektů kvality, definovaných pro účely této studie, je jak ženami před porodem, tak ženami po porodu jako nejdůležitější vybrán přístup personálu. Silnější důraz na tento aspekt se projevuje u žen po porodu. Na druhém místě ženy označovaly jako důležité vzdělání a zkušenosti týmu zdravotníků s mírně větším důrazem u žen před porodem.

Na třetím místě obě skupiny shodně jako důležité hodnotí poskytování dostatečného množství informací personálem porodního sálu. Nutno zdůraznit, že větší důraz na dostatečnou informovanost kladou ženy v období šestinedělí.

Jako další důležitý aspekt následuje prostředí, které bylo oběma skupinami žen hodnoceno shodně.

Mezi aspekty s velmi nízkou důležitostí patří aspekty jako obecné indikátory kvality (např. počet porodů, počet porodů Císařským řezem, počet úmrtí rodiček a novorozenců,..). Více viz.obr.č.2

Obr. 2 Důležitost vybraných aspektů pro dobu porodu



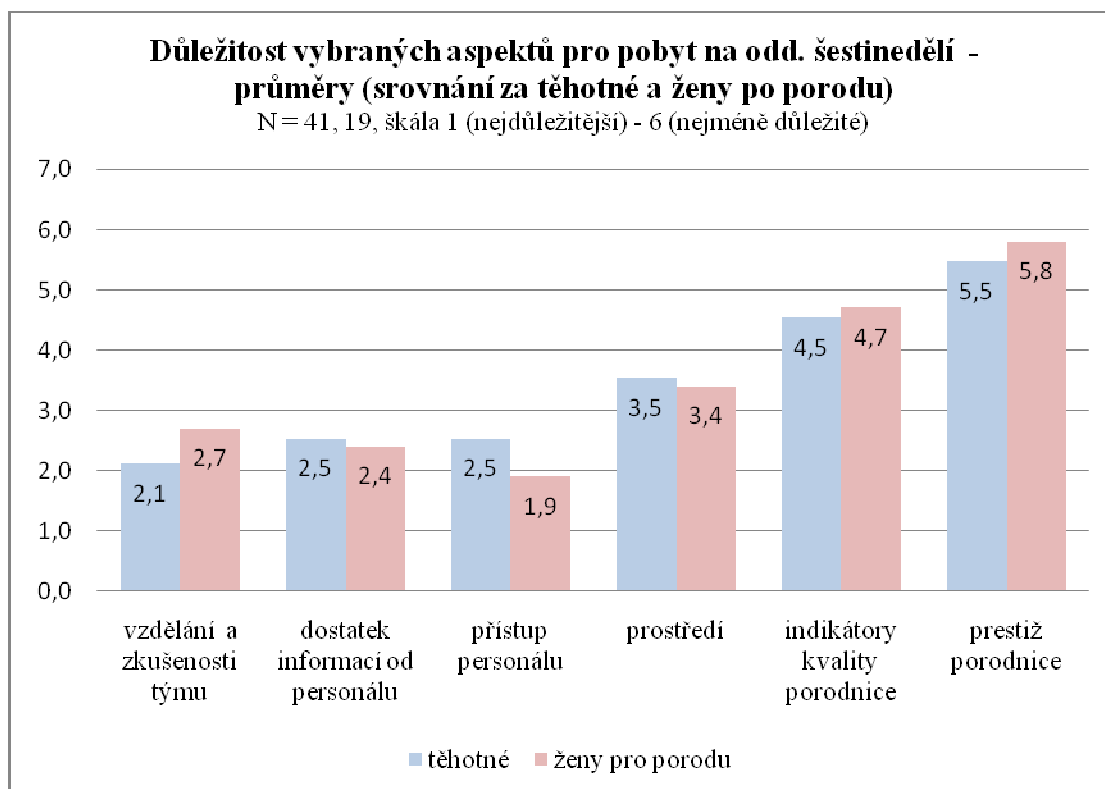
Hodnocení pro oddělení šestinedělí

Stejné aspekty byly hodnoceny u obou skupin také pro pobyt na oddělení šestinedělí. Zde je však nutno podotknout, že se preference důležitosti vybraných aspektů u obou skupin žen liší. Shodné zůstává pořadí hodnocení důležitosti prostředí, obecných indikátorů kvality a prestiže porodnice. Důležitost prestiže porodnice se u obou skupin pro období časného šestinedělí dále snižuje (signifikantně více u těhotných). Prostředí lůžkového oddělení naopak nabývá na důležitosti, a to u obou skupin.

Zajímavým rozdílem v názorech je důraz kladený na vzdělání a zkušenosti zdravotnických pracovníků. Zatímco u těhotných žen jsou tyto kladeny na první místo, u žen po porodu je to až třetí pozice. Více viz. obr. č.3. Důležitým poznatkem je, že ženy pro období okolo porodu kladou lehce větší důraz na vzdělání lékaře, zatímco v období raného šestinedělí se tento náhled mění a výše jsou hodnoceny zkušenosti a vzdělání porodních asistentek a dětských sester.

Na shodném druhém a třetím místě co do důležitosti se u žen před porodem nachází dostatek informací a přístup personálu. U žen se zkušeností s porodem je pořadí vybraných aspektů toto: 1. přístup personálu, 2. dostatek informací od personálu, 3. vzdělání a zkušenosti týmu zdravotnických pracovníků.

Obr. 3 Důležitost vybraných aspektů pro pobyt na oddělení šestinedělí



90

Představa o kvalitě v souvislosti s pobytem v nemocnici

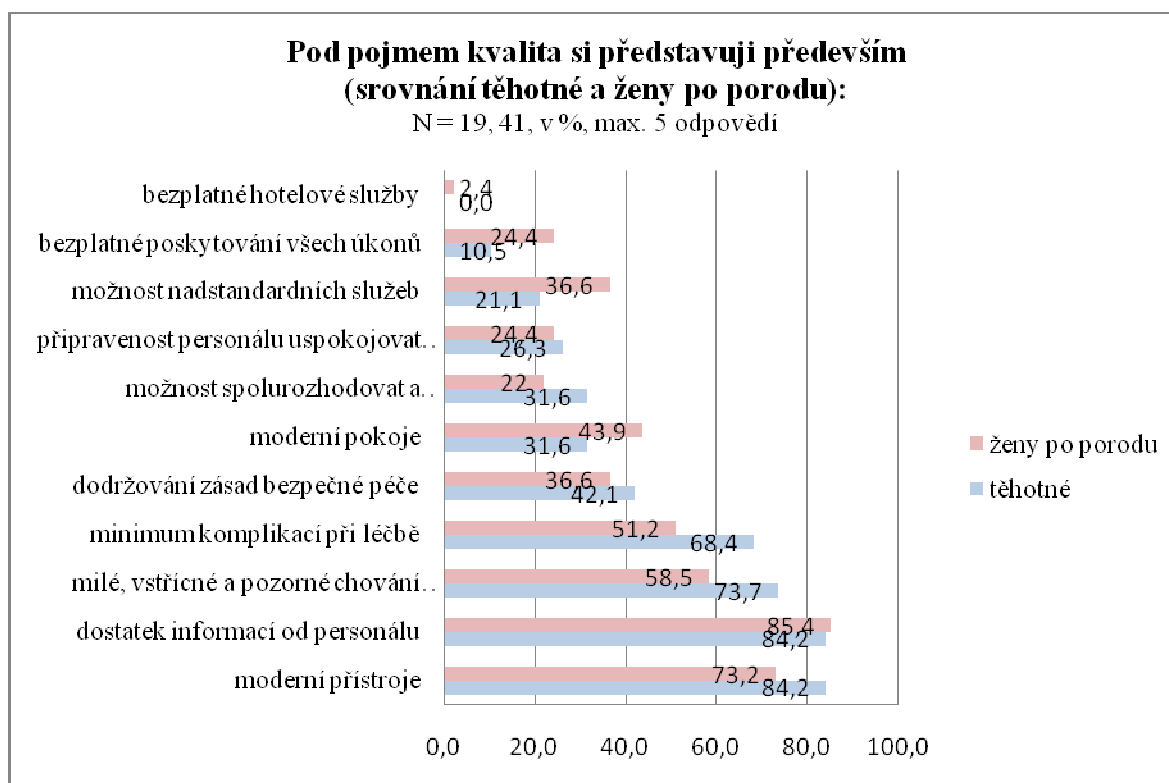
Pro měření představy o kvalitě bylo oběma skupinám respondentek shodně nabídnuto jedenáct faktorů s možností vlastního doplnění. Tyto faktory byly vybrány tak, aby pokrývaly jak prvky komunikace, tak prvky prostředí. Respondentky byly požádány, aby vybraly max. pět faktorů, které se podle nich v souvislosti s hospitalizací nejvíce podílí na kvalitě

poskytované zdravotní péče. Mezi nejčastěji označované u obou skupin patří: dostatek informací od zdravotnického personálu, moderní vybavení přístrojovou technikou (častěji u žen před porodem), milé, vstřícné a pozorné chování personálu (častěji u žen před porodem) a minimum komplikací při léčbě (častěji u žen před porodem). Tyto faktory vybralo vždy minimálně 50% respondentek.

Moderní pokoje jsou daleko důležitější u žen se zkušeností s pobytem ve zdravotnické instituci (šestinedělky), stejně tak, jako možnost nadstandardních služeb a bezplatné poskytování všech úkonů v souvislosti s léčebnou péčí.

Těhotné naopak kladou větší důraz na možnost spolupodílet se na rozhodování o léčbě. Bezplatné hotelové služby se do první pětice dostávaly minimálně. Více viz. obr. č. 4.

Obr. 4 Vnímání pojmu kvalita – těhotné a ženy po porodu



91

Závěr

Vzhledem k tomu, že se jedná o první dílčí výstup z rozsáhlého šetření, je třeba na všechny zde prezentované závěry pohlížet jako na první sondu do dané problematiky s vědomím, že s narůstající velikostí výzkumného souboru může u obou skupin žen docházet k posunu hodnocení. I přesto zde prezentovaná data nabídla řadu zajímavých momentů. Mezi tyto patří např. posun ve vnímání žen před porodem a po porodu.

Zdá se, že se konzumace zdravotní péče v souvislosti s porodem se v určité míře spolupodílí na přehodnocení náhledu na vzdělání týmu zdravotnických pracovníků a nároku na komunikaci s personálem a posiluje vnímání kvality ve smyslu vyšších nároků na prostředí.

Dále se doposud podařilo ozřejmit, že obecným indikátorům kvality a prestiži porodnice přiřkládají obě skupiny žen velmi malou důležitost.

I když se prostředí zdravotnické instituce jeví jako důležité, volání po komunikačních dovednostech personálu a jeho ochotě a vstřícnosti je silnější.

Literatura

VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, ISBN 978-80-7345-166-0

Kontaktní adresa:

Mgr. Lenka Kalábová
Náměstek pro ošetrovatelskou péči a kvalitu
Městská nemocnice v Litoměřicích
Žitenická 18
412 01 Litoměřice
Email: l.kalabova@nemocnice-lt.cz

ROZVOJ PÉČE KOMUNITNÍCH PORODNÍCH ASISTENTEK JAKO PRVEK KE ZLEPŠENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (abstrakt)

Andrea Festová

Katedra ošetrovatelství, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Č. Budějovicích

Souhrn:

Působení porodních asistentek v terénu má ve zdravotnictví ČR dlouhou tradici. Jejich činnost je však v důsledku reorganizace zdravotnictví na počátku 90. let na většině míst ČR zrušena, jedině ve Zlínském kraji je terénní péče porodní asistentky opravdu součástí zdravotnického systému.

V rámci výzkumu bylo zjišťováno, zda si potřebnost této péče uvědomují občané ČR. Sdělení objasňuje stanoviska laické i odborné veřejnosti k místům, ve kterých by měly komunitní porodní asistentky především působit a jaké činnosti by měly vykonávat.

Výsledky byly získány na základě grantového projektu, který je zaměřený na uplatnění komunitní sestry v systému českého zdravotnictví. K realizaci byl proveden řízený rozhovor s 1007 lékaři, s 1005 sestrami a 2020 občany-laiky.

Klíčová slova: komunitní péče, porodní asistence, výzkum

Kontakt:

Mgr. Andrea Festová
Katedra ošetrovatelství ZSF JU v Českých Budějovicích
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
Email: festova@zsf.jcu.cz

PROBLEMATICKÉ SITUACE NA PRACOVÍŠTI

(abstrakt)

Martina Venglářová

Soukromá poradenská praxe, Praha

Souhrn:

Často je pozornost zdravotníků zaměřena na stres a vyčerpání pramenící z péče o náročné pacienty. Příspěvek nabízí jiný pohled. Zdroje napětí a nespokojenosti často pramení z atmosféry na pracovišti. Zaměříme se zde na závažné konflikty, mobbing, bossing. Projevy, následky pro všechny zúčastněné a možnosti, jak pracovní klima zlepšit.

Cílem práce je získání přehledu o možných problémech na pracovišti. Příspěvek předkládá možnosti, jak včas odhalit nepříznivé klima na pracovišti, ze kterého často vzejdou závažné problémy, jako je šikana na pracovišti (lobbing, boxing). Popsáním příznaků upozorníme na možný výskyt tohoto jevu a doporučující postupy mohou podpořit oběti, aby se pokusily situaci zvládnout.

Pro vedoucí týmu nabízíme doporučení pro prevenci nežádoucího chování na pracovišti. Za vhodnou metodu je považována supervize, která se postupně rozvíjí i v ošetrovatelské praxi, a teambuilding.

Klíčová slova: *stres, konflikty v týmu, mobbing, bossing, strategie řešení problémů v týmu*

94

Literatura:

Připravovaná publikace Nakladatelství Grada Publishing Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Autorka Martina Venglářová.

HUBEROVÁ, B. *Psychický teror na pracovišti – mobbing*. Vydala Neografie, Martin, 1995. ISBN 80-85186-62-4.

Kontaktní adresa:

PhDr. Martina Venglářová
Soukromá poradenská praxe
DSP Hagibor, Vinohradská 59
Praha 10, 110 00
tel. 604781486
mvenglarova@seznam.cz
www.venglarova.cz

SYSTÉM MANAGEMENTU KVALITY NA OFTALMOLOGICKÉ KLINICE UK 3. LF A FNKV - ZKUŠENOSTI ZAMĚSTNANCŮ A PACIENTŮ

¹⁾Daniel Jirkovský, ²⁾Zuzana Ludvíková

¹⁾Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

²⁾Oftalmologická klinika UK 3. LF a FNKV

Souhrn:

Príspevek obsahuje základní informace o zavedeném systému managementu kvality podle normy ČSN EN ISO 9001:2001 na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV a seznamuje čtenáře s podstatnými výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo ověřit fungování zavedeného systému z pohledu ambulantních a hospitalizovaných pacientů a dále zjistit postoje a názory zaměstnanců kliniky na změny, které zavedení a tříleté fungování systému managementu kvality na pracovišti přineslo.

Klíčová slova: management a kvalita zdravotní péče; spokojenost pacientů; systém managementu jakosti; QMS; zdravotnické služby.

Úvod

Za posledních 20 let se i české zdravotnictví stalo z jednou z oblastí podnikání, ve které konkurenční prostředí nedává jinou možnost než usilovně hledat způsoby, díky nimž lze zajistit odpovídající kvalitu a bezpečnost poskytované zdravotní péče. Tak jako je v ostatních službách na prvním místě zákazník, mělo by tomu tak být i v oblasti zdravotní péče, kde v systému managementu kvality je zákazníkem přirozeně pacient – uživatel služby. V posledních letech a zejména v souvislosti s růstem spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče, začínají i naši pacienti více požadovat stejnou kvalitu služeb, která je typická pro vyspělé země světa (zejména pro některé státy EU) a zároveň chtějí aktivněji spolurozhodovat o svém zdraví a postupu v léčbě.

Teoretická a praktická východiska

Potřebnost zavedení systému managementu jakosti jsme si na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV začali intenzivněji uvědomovat v průběhu roku 2004 a to nejprve v souvislosti s potřebou certifikace činností Oční tkáňové banky 01, která je zapojena do mezinárodní sítě očních tkáňových bank. Později, při zavádění systému managementu jakosti na této části kliniky, byl systém managementu jakosti rozšířen na celou kliniku. Relativně dlouhá příprava na první certifikaci dle normy ČSN EN ISO 9001:2001 (certifikace proběhla v prosinci 2007), souvisela s potřebou sladění některých vnitřních předpisů upravujících certifikované oblasti v rámci celé Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Zavedený systém managementu kvality na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV je založen na principu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí všech procesů realizovaných na tomto pracovišti s důrazem na poskytování základní, specializované a vysoce specializované léčebné a ošetřovatelské péče na bázi otevřeného a proklientsky orientovaného individuálního přístupu k pacientům kliniky.

V této souvislosti vznikla potřeba vyhodnocení výsledků naší činnosti s odstupem tří let od zavedení systému managementu kvality. Kromě vyhodnocení kontinuální monitorace stanovených indikátorů kvality, byla opětovně zjišťována míra spokojenosti ambulantních i hospitalizovaných pacientů a postoje zaměstnanců kliniky k zavedenému systému managementu kvality, včetně jejich ochoty k trvalému zlepšování vlastní činnosti.

Cíle práce

V souvislosti s uvedeným záměrem byly stanoveny následující cíle práce:

- 1) Provést dotazníkové šetření zaměřené na zjišťování postojů a spokojenosti zaměstnanců Oftalmologické kliniky UK 3. LF a FNKV k vybraným oblastem systému managementu jakosti na pracovišti.
- 2) Provést dotazníkové šetření míry spokojenosti ambulantních i hospitalizovaných pacientů Oftalmologické kliniky UK 3. LF a FNKV se zaměřením na uspokojování jejich potřeb a naplňování vybraných indikátorů managementu kvality.

Metodika a organizace šetření

Pro naplnění záměru vlastního šetření byly aplikovány tři dotazníky. První dotazník byl zadán zaměstnancům kliniky s cílem zjistit jejich postoje k zavedenému systému managementu kvality a míru jejich spokojenosti s pracovními podmínkami na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV. Další dva dotazníky byly určeny pacientům kliniky – hospitalizovaným i ambulantním. Pro naplnění cílů práce dotazníky zahrnovaly položky obsahové a dále i položky funkcionální, tedy kontaktní a psychologické. Z hlediska formy byly do dotazníků zařazeny položky strukturované (uzavřené) polynomické s předem definovanými variantami odpovědí a otázky nestrukturované (otevřené).

V případě dotazníku pro ambulantní a hospitalizované pacienty byly využity otázky z obdobného šetření realizovaného v roce 2007 a to z důvodu získání relevantních dat pro posouzení vývoje míry spokojenosti pacientů mezi lety 2007 a 2010. Tedy míry spokojenosti pacientů před zavedením QMS a po jeho zavedení. U skupiny zaměstnanců byl použit dotazník vlastní konstrukce. Při jeho sestavování byla věnována maximální pozornost jednoznačnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek.

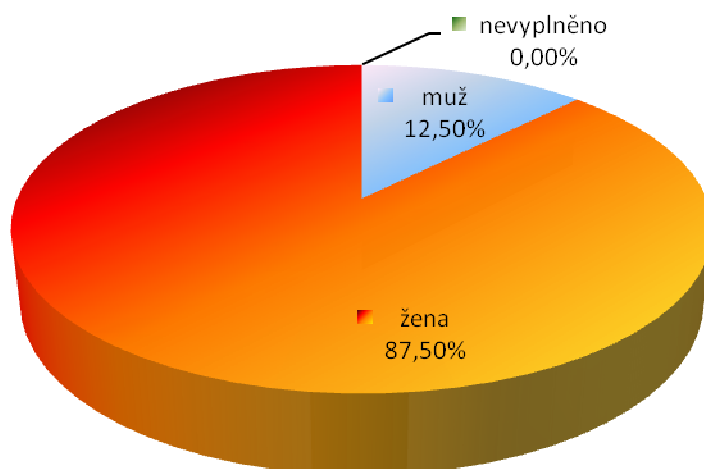
Vlastní šetření proběhlo na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV v průběhu měsíce ledna 2010. Vlastní šetření proběhlo anonymním způsobem. Celkem bylo vydáno 50 dotazníků pro ambulantní pacienty, 60 dotazníků pro hospitalizované pacienty a 65 dotazníků pro zaměstnance (tj. pro všechny zaměstnance na klinice). Vráceno bylo 41 dotazníků ambulantních pacientů (návratnost 82,00%), 53 dotazníků od hospitalizovaných pacientů (návratnost 83,33%) a 56 dotazníků od zaměstnanců kliniky (návratnost 86,15%). Z údajů o návratnosti dotazníků lze vyvodit nadstandardně vysokou míru spolupráce dotazovaných. Data z vyplněných dotazníků byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel 2007, ve kterém byly sestaveny kontingenční tabulky a tabulky absolutních a relativních četností.

Stručná charakteristika souborů respondentů

Součástí všech tří dotazníků byly položky, které umožnily charakterizovat zkoumané soubory respondentů z hlediska věkové struktury, pohlaví a nejvyššího stupně dosaženého vzdělání. Dotazník pro zaměstnance obsahoval navíc další položky - dobu výkonu povolání celkově a dobu výkonu povolání na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV.

Charakteristika souboru zaměstnanců:

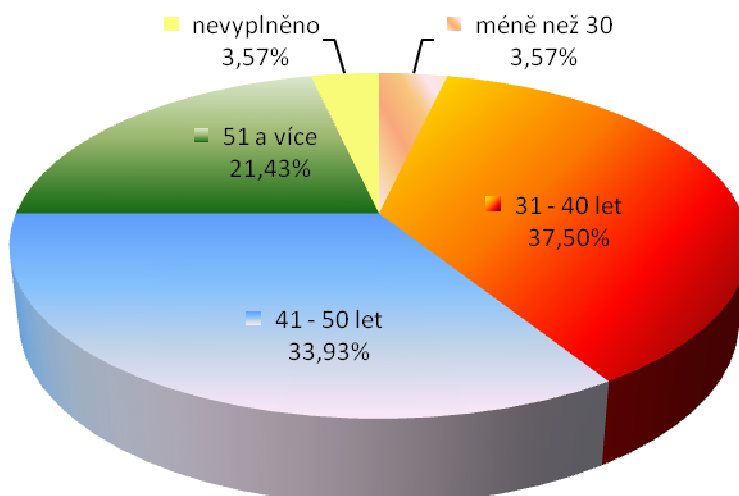
OBR. 1: Pohlaví respondentů; (n = 56)



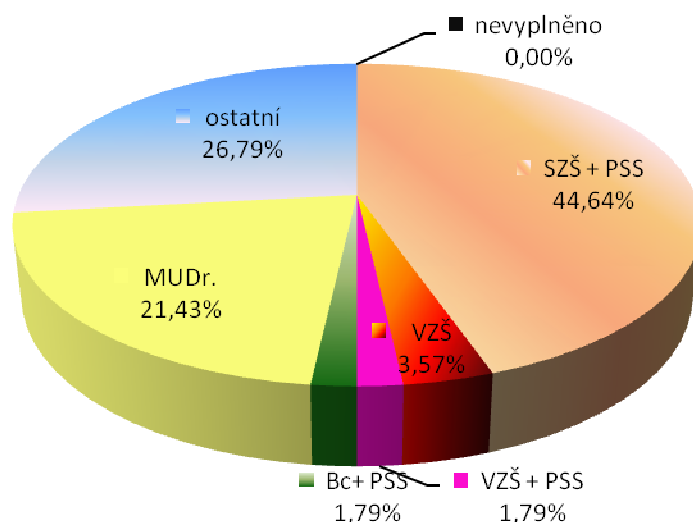
Shora uvedený výsečový diagram vizualizuje četnostní složení vzorku zaměstnanců kliniky z hlediska jejich pohlaví. Z prezentovaného grafu vyplývá, že v souboru dotazovaných dominovaly ženy v 87,50%, (n = 49). Mužů bylo v celém souboru respondentů pouze 7, tj. 12,50%.

Z následujícího obrázku č. 2 vyplývá, že nejčetnější věkové zastoupení v souboru dotazovaných měli respondenti ve věku 41 – 50 let (33,93%, n = 19), následovali respondenti ve věku 31 – 40 let (37,50%, n = 21). Dále pak 12 dotazovaných uvedlo věk vyšší než 51 let (21,43%). Naproti tomu mladších účastníků šetření, ve věku do 30ti let, bylo v souboru jen 3,57% (n = 2). Dva účastníci šetření (3,57%) svůj věk neuvedli.

OBR. 2: Věková struktura souboru respondentů; (n = 56)



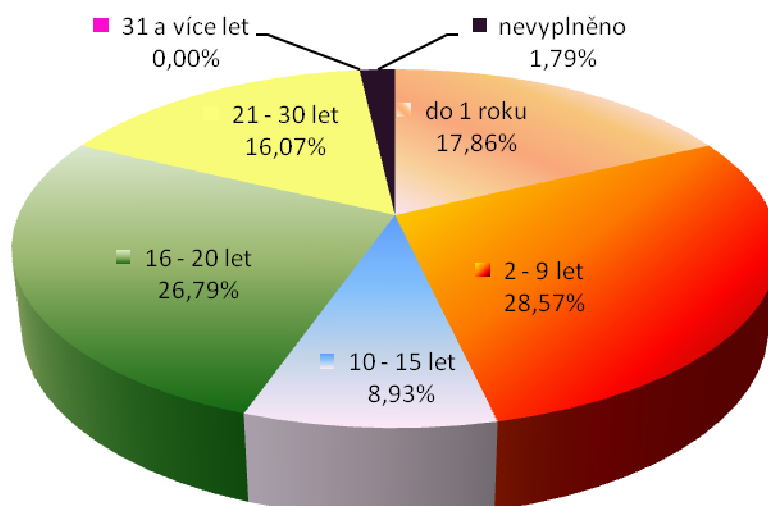
OBR. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů; (n = 56)



Ze shora uvedeného grafu (OBR. 3) vyplývá, že 21,43% zaměstnanců (n = 12) uvedlo jako nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání lékařskou fakultu se získáním titulu MUDr. Největší zastoupení v souboru respondentů měly nelékařské zdravotnické obory - celkem 44,64% (n = 25) zaměstnanců uvedlo ukončené odborné vzdělání na střední zdravotnické škole s následným pomaturitním specializačním vzděláním, dále 3,57% (n = 2) získalo odbornou způsobilost na vyšší odborné škole a 1,79% (n = 1) uvedlo jako nejvyšší stupeň dosažené odborné způsobilosti vysokoškolské studium v bakalářském studijním programu. Vzdělání ukončené na vyšší odborné škole a pomaturitní specializační studium (dnes specializační vzdělávání) uvedlo 1,79% (n = 1) respondentů. V 26,79% (n = 15) byli zastoupeni zaměstnanci ostatních profesí, tzn. sanitáři a administrativní pracovníci s jiným typem dosaženého vzdělání.

98

OBR. 4: Doba výkonu povolání; (n = 56)

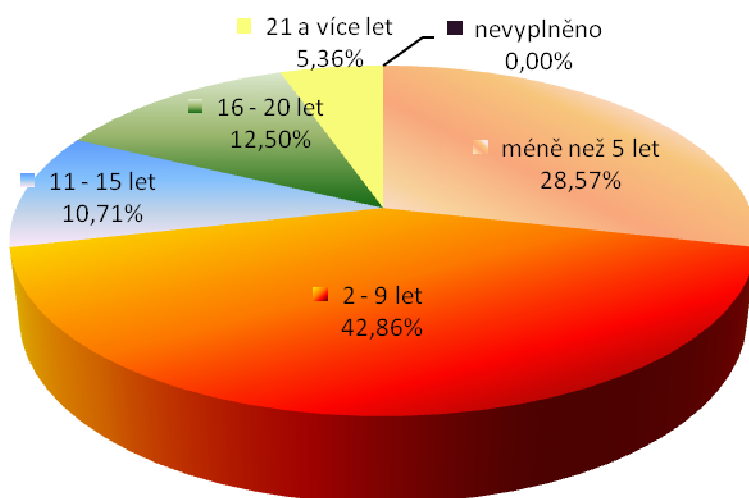


Z předcházejícího grafu vyplývá, že 28,57% (n = 16) zaměstnanců pracuje ve zdravotnictví po dobu 2 - 9 let, další početnou skupinou byli zaměstnanci, kteří pracují v profesi 16 - 20 let (26,79%, n = 15), skupina dotazovaných, která uvedla dobu výkonu povolání do 1 roku byla

zastoupena v 17,86% (n = 10). V souboru respondentů byli také dotazovaní, kteří pracovali v intervalu od 21ti do 30ti let (16,07%; n = 9). Pouze jeden respondent na otázku neodpověděl (1,79%).

V následujícím obrázku je uvedena doba výkonu povolání na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV. Z uvedeného grafu (OBR. 5) vyplývá, že nejvíce zaměstnanců je na pracovišti zařazeno v intervalu od 2 do 9 let (42,86%, n = 24), následovala skupina pracovníků zaměstnaná na klinice méně než 5 let (28,57%, n = 16). Sedm zaměstnanců uvedlo dobu výkonu povolání na klinice v rozpětí od 16ti do 21ti let (12,50%, n = 7). Celkem 11 - 15 let na klinice pracovalo 10,71% z celkového počtu dotazovaných (n = 6). Po dobu 21ti a více let to byli celkem tři zaměstnanci (5,36%).

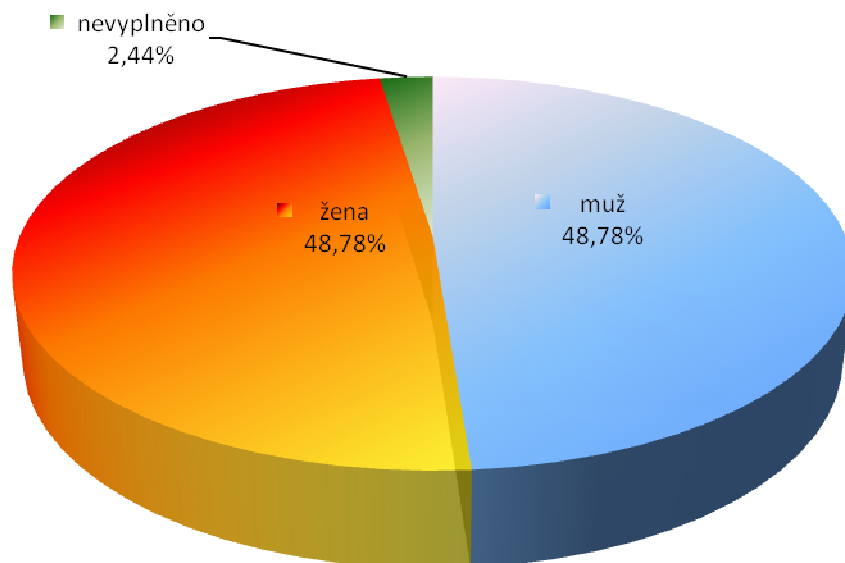
OBR. 6: Doba výkonu povolání na Oftalmologické klinice FNKV; (n = 56)



99

Charakteristika souboru respondentů – ambulantní pacienti

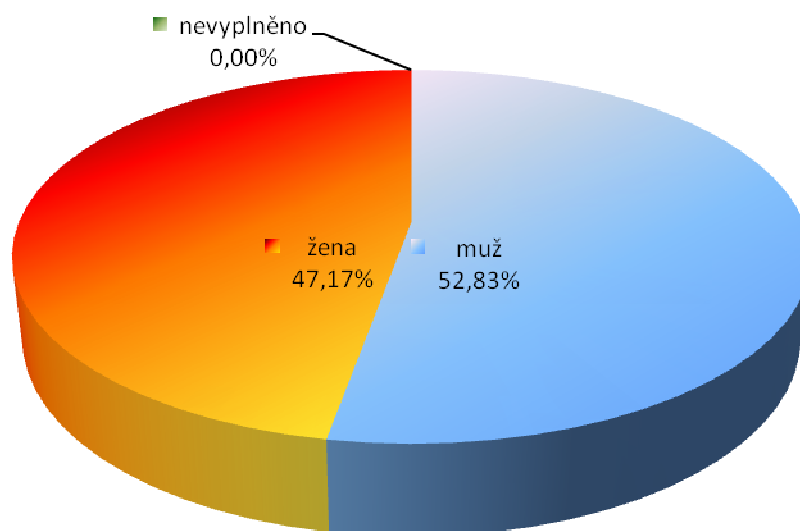
OBR. 6: Pohlaví respondentů; (n = 41)



Z uvedeného grafu vyplývá stejné zastoupení mužů i žen ve zkoumaném vzorku ambulantních pacientů. Vzhledem k zaměření vlastní práce nebyly u ambulantních pacientů zjišťovány žádné další sociálně demografické údaje.

Charakteristika souboru respondentů – hospitalizovaní pacienti

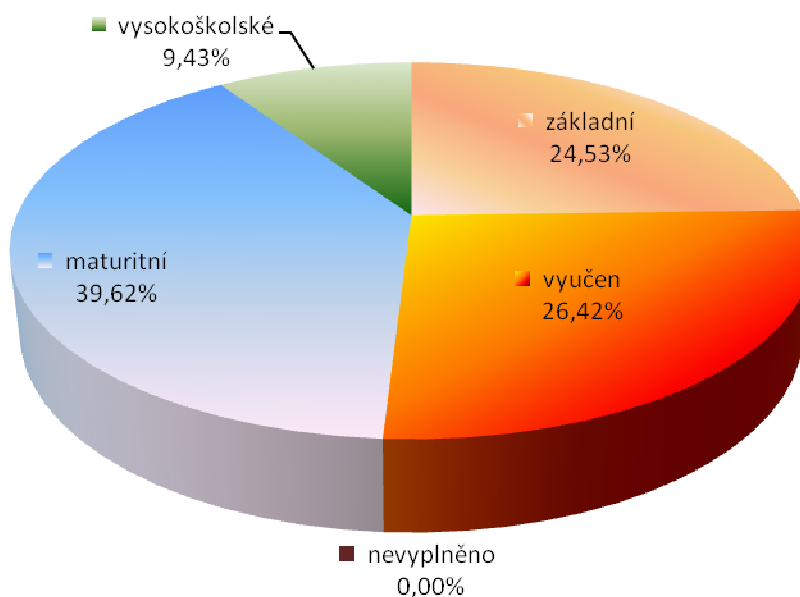
OBR. 7: Pohlaví respondentů; (n = 53)



100

Jak vyplývá z obrázku č. 7, měli v souboru hospitalizovaných pacientů větší zastoupení muži (52,83%) než ženy (47,17%).

OBR. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů; (n = 53)



Z obrázku č. 8 vyplývá, že hospitalizovaní pacienti nejčastěji uvedli střední vzdělání s maturitou (39,62%, n = 21). Variantu vyučení uvedlo 26,42% (n = 14) respondentů a

základní vzdělání označilo 24,53% (n = 13) dotazovaných pacientů. Nejméně respondentů uvedlo jako nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání vysokoškolské vzdělání a to v 9,43% případů (n = 5).

Hlavní výsledky šetření a diskuse

Výsledky za soubor zaměstnanců

Předpokládali jsme, že více jak polovina zaměstnanců kliniky uvede, že po zavedení SMJ se organizace práce na klinice zlepšila nebo alespoň zůstala stejná.

OBR. 9: Přínos SMJ pro organizaci práce na klinice; (n = 56)



101

Jak vyplývá z výsledků uvedených v grafu, tak se největší část dotazovaných (39,29%, n = 22) domnívala, že SMJ spíše zlepšil organizaci práce na klinice. Dále, 32,14% (n = 18) z celkového počtu dotazovaných zvolilo variantu odpovědi „organizace práce na klinice zůstala stejná“ a 28,57% (n = 16) označilo variantu „nevím“.

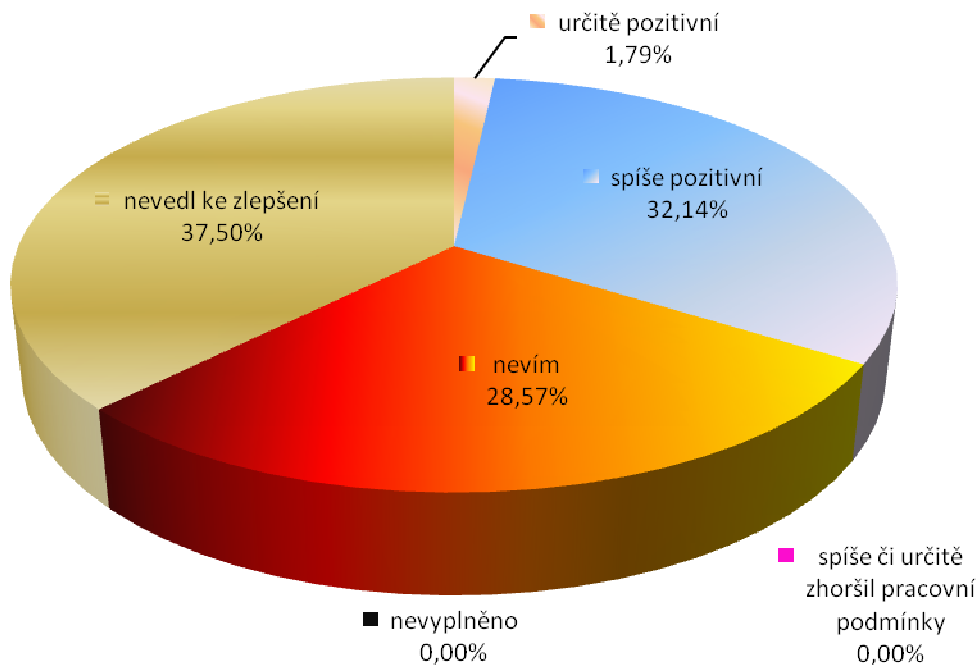
Žádný z dotazovaných nevěděl, že by se zavedením SMJ organizace práce na klinice určitě zlepšila nebo naopak určitě či spíše zhoršila.

Dále jsme předpokládali, že většina respondentů – zaměstnanců v dotaznících uvede, že zavedený systém managementu jakosti je pro pacienty určitě nebo spíše přínosný. Z vlastních výsledků vyplývá, že pouze necelých 9% dotazovaných bylo přesvědčeno, že zavedení systému SMJ bylo pro pacienty určitě přínosem a 28,57% (n = 16) respondentů odpovědělo, že zavedený SMJ byl pro pacienty spíše pozitivní. Z uvedeného tedy vyplývá, že většina zaměstnanců se domnívala, že SMJ nevedl ke zlepšení nebo na uvedenou otázku neuměli zaměstnanci jednoznačně odpovědět (32,14%, n = 18).

Dále jsme očekávali, že většina respondentů – zaměstnanců kliniky bude přesvědčena o tom, že zavedený systém managementu jakosti je pro zaměstnance určitě nebo spíše přínosný. Jak dokládá následující graf, opět jsme se mýlili, neboť pouze 32,14%, (n = 18) oslovených

odpovědělo na otázku přínosu pro zaměstnance spíše kladně a explicitně kladně se vyjádřil pouze jeden zaměstnanec kliniky (1,79%). Na druhou stranu je alespoň pozitivní, že nikdo z dotazovaných nevedl, že by zavedený systém managementu kvality podmínky zdravotnického personálu spíše nebo určitě zhoršil.

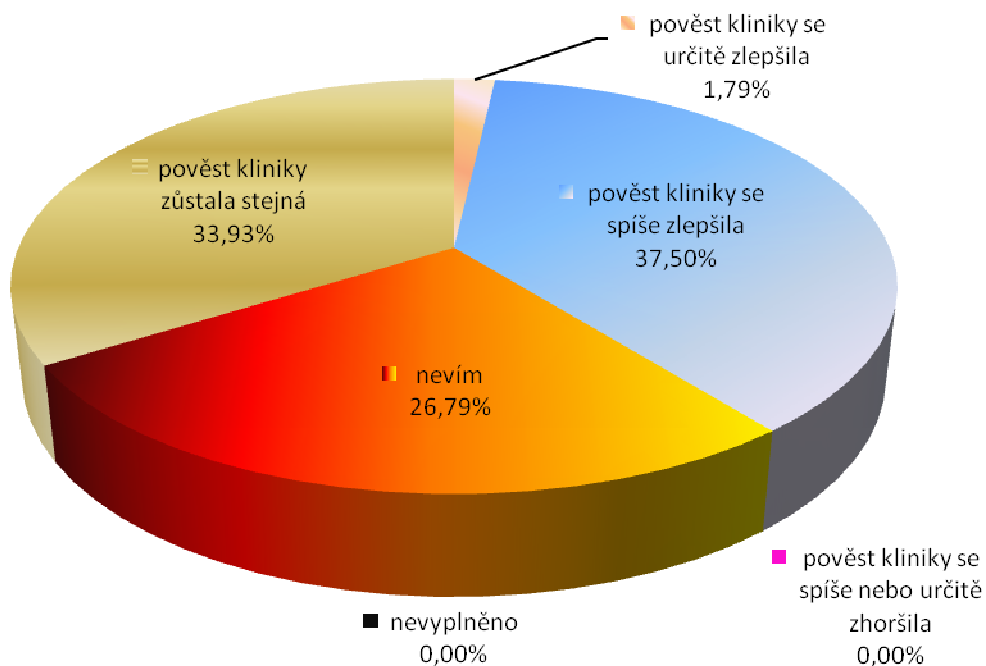
OBR. 10: Přínos SMJ pro zdravotnický personál; (n = 56)



102

Očekávali jsme, že více jak polovina zaměstnanců kliniky uvede, že SMJ spíše nebo určitě přispěl k dobré pověsti kliniky.

OBR. 13: Přínos SMJ pro pověst kliniky; (n = 56)



Přestože se nejvíce respondentů (37,50%, n = 21) domnívalo, že zavedení SMJ spíše zlepšilo pověst kliniky a jeden z dotazovaných (1,79%) dokonce uvedl, že se zavedením SMJ pověst kliniky určitě zlepšila, nepředstavuje tento výsledek většinový názor mezi zaměstnanci.

Výsledky za soubor ambulantních pacientů

Pomocí dotazníkového šetření jsme u ambulantních pacientů zjišťovali typ (pořadí) návštěvy, důvod návštěvy ambulance, způsob objednání, čekací dobu na vyšetření, sdělení důvodu v případě delšího čekání na vyšetření, spokojenost s dobou čekání na vyšetření/ošetření, spokojenost s prostředím a s vybavením čekárny, spokojenost s čistotou v ambulantní části, spokojenost s chováním sester, spokojenost s chováním lékaře, celkový dojem z návštěvy ambulance. Vzhledem k tomu, že plánovaný rozsah příspěvku nedovoluje zveřejnit všechny výsledky šetření, zaměříme se pouze na ty, které považujeme z hlediska této práce za zásadní.

Očekávali, že se oproti roku 2007, významně sníží počet pacientů, kteří na ambulantní vyšetření (ošetření) čekají déle jak 60 minut. Z vlastního šetření vyplynulo, že méně jak 15 min. na své vyšetření čekalo 14,63% pacientů (n = 6). Do 30ti minut pak čekalo dalších 17 pacientů, tj. 41,46%. Po dobu 31 – 45 minut na vyšetření čekalo 39,02% účastníků šetření, tj. 16 pacientů. O 15 minut déle čekal pouze jeden pacient (2,44%) a více než 1 hodinu, ale méně než 2 hodiny, čekal také jeden z respondentů (2,44%). Zatímco v roce 2007 čekalo na vyšetření déle jak 45 minut 21,59% ambulantních pacientů, tak v roce 2010 to bylo pouze 4,88% z pacientů, kteří vyplnili dotazník. Na druhou stranu se oproti roku 2007 zvýšila četnost pacientů, kteří čekali na vyšetření v intervalu od 31 do 45 min. o 10,61% a pacientů, kteří čekali na vyšetření po dobu 15 – 30 minut o 8,51%. S přihlédnutím k rostoucímu počtu pacientů, kteří přicházeli k ambulantnímu ošetření bez objednání nebo bez konkrétního objednání (oproti referenčnímu období roku 2007), lze zkracování zejména těch nejdelších čekacích dob vnímat jako výrazný úspěch organizačních změn v ambulantním provozu kliniky, které vyvolalo zavedení SMJ. S přihlédnutím ke shora uvedeným výsledkům vlastního šetření a s ohledem na popsané širší souvislosti, lze předpoklad, že se oproti roku 2007, významně sníží počet pacientů, kteří na ambulantní vyšetření (ošetření) čekají déle jak 60 minut, jednoznačně potvrdit.

Dále jsme, kromě jiného, zjišťovali míru spokojenosti ambulantních pacientů s předáním informací o zdravotním stavu a dalším postupu léčby. V této oblasti bylo velmi spokojeno 46,34% dotazovaných (n = 19) a 41,46% respondentů (n = 17) uvedlo, že bylo v této oblasti spíše spokojeno. Spíše či explicitně nespokojen nebyl z žádných dotazovaných ambulantních pacientů. Také v tomto případě dochází mezi roky 2007 a 2010 k redistribuci míry spokojenosti ambulantních pacientů s předáním informací o zdravotním stavu a dalším postupu léčby ve smyslu snížení podílu odpovědí u proměnné „velmi spokojen“ o 25,25% a zvýšení podílu odpovědí u proměnné „spíše spokojen“ o 18,73%. Pozoruhodná je výrazně vyšší míra spokojenosti ambulantních pacientů s předáváním informací a s jejich srozumitelností než u pacientů hospitalizovaných (viz dále).

Výsledky za soubor hospitalizovaných pacientů

U hospitalizovaných pacientů bylo šetření zaměřeno na vybrané problémy systému poskytování ústavní zdravotní péče z pohledu pacienta, například na rychlost přijetí k hospitalizaci, představování zdravotníků, zdvořilost lékařů, sester a pomocného personálu, zajištění soukromí, zručnost sester, srozumitelnost odpovědí lékařů a sester, větší zapojování pacientů do rozhodování o vlastní léčbě, stravování, čistoty na oddělení, doby ranního buzení, ochoty lékařů rozptýlit strach pacienta a na zjištění míry důvěry pacienta v ošetřující personál.

Očekávali jsme, že většina hospitalizovaných pacientů bude mít pocit, že byla léčena s úctou a důstojností. Tento náš předpoklad se naplnil, neboť 83,02% pacientů hospitalizovaných na lůžkové části kliniky uvedlo přesvědčení, že bylo léčeno s úctou a důstojností.

Dále jsme nepředpokládali, že by se v dotazníkovém šetření jediný respondent vyjádřil v tom smyslu, že se neměl možnost vyjádřit ke způsobu své léčby, případně, že mu lékař nevysvětlil rizika výkonu a nežádoucích účinků léčby. V této oblasti byly zjištěny nejméně očekávané výsledky, neboť 43,40% pacientů uvedlo, že se nemělo možnost vyjádřit se ke způsobu své léčby a 20,75% pacientů uvedlo, že jim lékař dostatečně nevysvětlil rizika výkonu a nežádoucích účinků léčby. Pracovní hypotézu je tedy nutné odmítnout.

Očekávali jsme, že většina pacientů bude spokojena s celkovou kvalitou péče poskytnutou v nemocnici. Naše očekávání se naplnila, neboť s celkovou kvalitou péče poskytnutou v nemocnici bylo velmi spokojeno nebo spíše spokojeno 73,59% z celkového počtu hospitalizovaných pacientů, kteří vyplnili dotazník. Variantu odpovědi „těžko říci“ zvolilo 20,75% respondentů. Celkem jeden respondent byl s celkovou kvalitou péče v nemocnici spíše nespokojen (1,89%) a dva dotazovaní byli velmi nespokojeni (3,77%).

Očekávali jsme, že většina pacientů bude spokojena s celkovou kvalitou péče poskytnutou v nemocnici. Naše očekávání se naplnila, neboť s celkovou kvalitou péče poskytnutou v nemocnici bylo velmi spokojeno nebo spíše spokojeno 73,59% z celkového počtu hospitalizovaných pacientů, kteří vyplnili dotazník. Variantu odpovědi „těžko říci“ zvolilo 20,75% respondentů. Celkem jeden respondent byl s celkovou kvalitou péče v nemocnici spíše nespokojen (1,89%) a dva dotazovaní byli velmi nespokojeni (3,77%).

Závěr

Z vlastního šetření vznikl rozsáhlý soubor dat, který očima zaměstnanců i pacientů relativně podrobně popisuje některá silná a slabá místa v oblasti kvality poskytované zdravotní péče a vytváří příležitosti pro nápravu v rámci zavedeného systému managementu kvality. Zaměření a celkový rozsah této práce neumožňují detailní interpretaci a popis všech hodnocených oblastí, přesto lze z prezentovaných výsledků odvodit příležitosti pro další (kontinuální) zvyšování kvality poskytovaných služeb na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV. K těmto příležitostem a zároveň i k výzvam bezesporu patří:

- 1) trvalá práce se zaměstnanci kliniky ve smyslu aktivnějšího zapojení všech pracovníků do zlepšování klinických i dalších procesů;
- 2) udržení a další rozvíjení stávající příznivé atmosféry důvěry a vnitřní spolupráce v rámci kliniky;
- 3) další zkracování čekacích dob na ambulantní vyšetření a ošetření;

- 4) vytváření předpokladů pro vyšší spokojenost pacientů s chováním zdravotnického personálu kliniky – například formou účasti lékařů a sester v kurzech proklientské proaktivní komunikace apod.;
- 5) zlepšení informovanosti pacientů o jejich léčbě, rizicích léčby komplikací léčby, o alternativních postupech apod. ze strany ošetřujících lékařů;
- 6) změna stávajícího standardu pro tišení bolesti pacientů;
- 7) přehodnocení doby buzení a vstávání pacientů, resp. její posunutí na pozdější čas;
- 8) udržení stávajících výsledků v oblasti prevence pádů a nárazů pacientů, vzniku dekubitů na klinice a komplikací periferních žilních vstupů;
- 9) důraz na respektování Etického kodexu Práva pacienta všemi zaměstnanci kliniky a v celém rozsahu této normy;
- 10) při všech činnostech posilovat v pacientech dojem, že jsou ošetřováni a léčeni s maximální úctou a důstojností.

Jsme si vědomi skutečnosti, že vlastní studie nezahrnuje veškeré aspekty poskytované péče, například neřeší podstatnou oblast standardních ošetrovatelských postupů, oblast mimořádných událostí od nozokomiálních nákaz až po nejrůznější pochybení nebo incidenty související s poskytováním zdravotní péče nebo s dalšími procesy realizovanými na klinice, přesto se domníváme, že výsledky obsažené v této práci mohou významně přispět k dalšímu rozvíjení systému managementu jakosti na Oftalmologické klinice UK 3. LF a FNKV

Obecným smyslem práce bylo přinést pohled pacientů a zaměstnanců na organizaci práce a poskytování zdravotní péče na klinice. Domníváme se, že se tento záměr podařilo naplnit a přispět tak k reflexi vlastní činnosti a tím i procesů realizovaných v rámci kliniky. Přinést podklady pro jejich následné a trvalé zlepšování, což vnímáme jako jeden z předpokladů úspěchu kliniky na otevřeném trhu zdravotní péče. Z našeho pohledu jde o jedinou možnou cestu jak si při stále větší a větší konkurenci nestátních zdravotnických zařízení, udržet stávající místo mezi nejprestižnějšími oftalmologickými zařízeními v zemi.

105

Literatura:

1. ČSN EN ISO 9000: 2001 *Systém managementu kvality – Základní principy*, 2006 Praha: Český normalizační institut, 2006, 64 s.
2. ČSN EN ISO 9001:2001 *Systém managementu kvality - Požadavky* Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2009, 56 s.
3. JIRKOVSKÝ, D. 2006. Standardizace ošetrovatelské péče ve FNKV. In *Směrnice ředitelky FNKV č. 5/2006*. Praha: FNKV, [cit. 2006.08.16.] Dostupné na intranetu FNKV.
4. JIRKOVSKÝ, D. 2007. *Vyhodnocení šetření míry spokojenosti zákazníků - pacientů na Oftalmologické klinice FNKV v měsíci listopadu 2007*, Praha: FNKV, 2007, 29 s. (interní dokument FNKV)
5. MASTILIAKOVÁ, D. 2003. *Úvod do ošetrovatelství II. díl Systémový přístup*. Univerzita Karlova Praha: Karolinum, 2003, 160 s. ISBN 80-246-0428-0

6. RAITER, T. 2010. *Měření kvality péče prostřednictvím pacientů*. [online]. Praha: MZ ČR, 2010. 1-2 s. [cit. 2010.03.19.] Dostupné na internetu: <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>

Korespondence:

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

Bc. Zuzana Ludvíková
Oftalmologická klinika UK 3. LF a FNKV
Šrobárova 50
100 00 Praha 10
Email: ludviko@fnkv.cz

ADAPTACE ABSOLVENTŮ NA ODDĚLENÍCH JIP V FN MOTOL

Romana Kořínková

Kardiochirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek je zaměřen na problematiku adaptačního procesu u absolventů pracujících na JIP v FN Motol. Zabývá se vysvětlením adaptačního procesu, jeho cílem, faktory, které ho ovlivňují a vlastním provedením. Obsahuje shrnutí výsledků anonymního dotazníkového průzkumu provedeného u všeobecných sester pracujících na JIP.

Klíčová slova: Absolvent; Adaptační proces; Školitel

Úvod

V době kdy se neustále mluví o nedostatku sester ve zdravotnických zařízeních, by se mělo do popředí zájmu jednotlivých nemocnic dostat adaptační období nově nastupujících absolventů na jednotlivá oddělení daných nemocnic. Právě toto období je pro naše nové kolegy a kolegyně nejkrizovější. Přestup ze školních let do pracovního procesu znamená spoustu změn a požadavků, které jsou na absolventy kladeny. Správně vedený adaptační proces může velmi významně ovlivnit budoucí postoj absolventa ke své práci.

Cíl práce

Hlavním cílem prezentované práce bylo poukázat na důležitost adaptačního procesu a zjistit samotný pohled absolventů na toto téma.

Metodika výzkumu

K průzkumu byl užit anonymní dotazník, který byl rozdán na odděleních JIP v FN Motol. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 50 kusů z nichž se mi navrátilo 46 kusů vyplněných dotazníků. Odpovědi na otázky v dotazníku jsou zpracovány v tabulkách. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutních číslech a pomocí relativní četnosti, vyjádřené v procentech.

Soubor

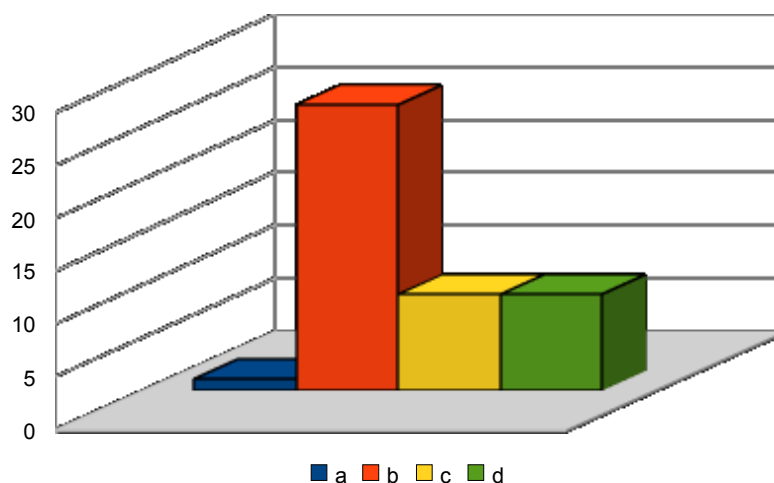
Zkoumaný vzorek tvořilo 46 sester. Z hlediska věkového rozložení byly veškeré respondentky ve věku 20 až 28 let. Nejčetnější zastoupení měly sestry se středoškolským vzděláním (SZŠ - 65%). Druhé nejméně zastoupení měly sestry s vyšším odborným vzděláním (VOŠ - 28 %). Sestry s vysokoškolským vzděláním byly zastoupeny v 7 %.

Výsledky průzkumu

Otázka č. 3: Dala Vám škola dostatek znalostí a zkušeností pro vstup do praxe?

Tab. 1 Dala Vám škola dostatek znalostí a zkušeností pro vstup do praxe

| odpovědi respondentů | absolutní četnost | relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| a) ano, teoretické i praktické vědomosti jsou zcela dostačující | 1 | 3 % |
| b) ano, teoreticky jsem byl/a připraven/a, praktické dovednosti získávám praxí | 27 | 59 % |
| c) ano, praktické dovednosti ovládám dobře, teoretické informace si doplňuji během praxe | 9 | 19 % |
| d) ne, teoreticky i prakticky pocítuji nejistotu | 9 | 19 % |
| celkem | 46 | 100 % |



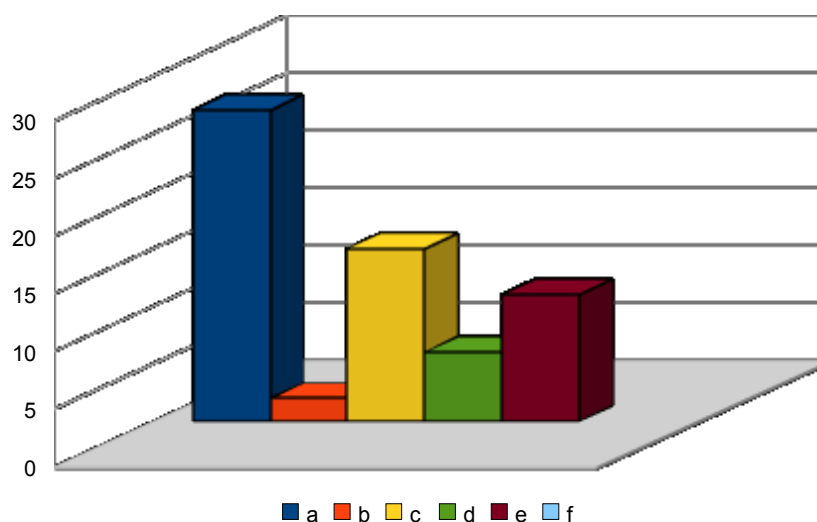
Obr. 1 Graf dostatku znalostí a schopností pro vstup do praxe

V této otázce se ukázalo jak absolventi vidí své znalosti a dovednosti po opuštění školy. Pouze 3% (tj. 1) sester považovalo své studium za zcela dostačující ve všech ohledech. Větší část sester a to 19% (tj. 9) uvedlo, že praktické zkušenosti ze škol pro svou práci mají dostačující avšak nejistotu pocítují ve svých teoretických znalostech. Stejný počet tedy 19% (tj. 9) sester si je svými teoretickými i praktickými znalostmi nejistý a další informace potřebné ke svému povolání v obou směrech získávají až na svém pracovišti. Největší skupinou 59% (tj. 27) byly sestry, jenž považují své teoretické znalosti za dobré avšak do praxe nastoupily s nejistotou ve svých praktických dovednostech.

**Otázka č. 4: Která z níže uvedených věcí Vám dělala při nástupu do práce obtíže?
(možnost vícečetné odpovědi)**

Tab. 2 Obtížné věci při nástupu do práce

| odpovědi respondentů | absolutní četnost | relativní četnost |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|
| a) obsluha přístrojové techniky | 27 | 44 % |
| b) komunikace s pacienty | 2 | 3 % |
| c) dokumentace | 15 | 25 % |
| d) komunikace s personálem | 6 | 10 % |
| e) orientace se v prostředí | 11 | 18 % |
| f) jiné | 0 | 0 % |
| celkem | 61 | 100 % |



Obr. 2 Graf obtížných věcí při nástupu do praxe

Nově nastupujícím sestřám dělá při nástupu do zaměstnání největší potíže obsluha přístrojové techniky a to ve 44% (tj. 27). Druhým bodem dělající absolventům obtíže je práce s dokumentací, tuto možnost zvolilo celých 25% (tj. 15) sester. Dále následují obtíže s orientací na oddělení 18% (tj. 11) sester, v 10% (tj. 6) dělá problémy komunikace s personálem a 3% (tj. 2) sester uvedlo jako obtížné komunikaci s pacienty.

Otázka č. 5: Byl/a jste při nástupu do zaměstnání informován/a, jak dlouho bude trvat Vaše zaškolování do provozu?

Tab. 3 Informovanost o délce zaškolování

| odpovědi respondentů | absolutní četnost | relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 39 | 85 % |
| b) ne | 7 | 15 % |
| celkem | 46 | 100 % |

V tab. č 3 je viditelné, že 85% (tj. 39) sester bylo při nástupu do zaměstnání informováno o délce svého zaškolení do pracovního procesu. Zbýlých 15% (tj. 7) sester o době svého zaškolení informovány nebyly.

Otázka č. 9: Měl/a jste po celou dobu adaptačního procesu přiděleného školitele?

Tab. 4 Přítomnost školitele

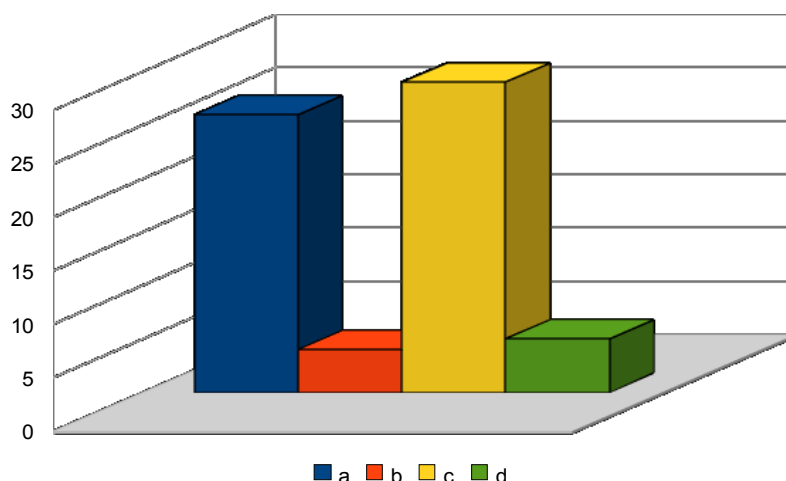
| odpovědi respondentů | absolutní četnost | relativní četnost |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| a) ano | 34 | 74 % |
| b) ne | 12 | 26 % |
| celkem | 46 | 100 % |

Jak se ukázalo v otázce č. 9 svého školitele při nástupu do práce mělo 74% (tj. 34) sester. Ostatních 26% (tj. 12) sester bylo zapracováno do pracovního procesu aniž by se s školitelem setkaly.

**Otázka č. 12: Jakou formou u Vás proběhlo přezkoušení po ukončení adaptačního procesu?
(možnost vícečetné odpovědi)**

Tab.5 Ukončení adaptačního procesu

| odpovědi respondentů | absolutní četnost | relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| a) závěrečná práce na zadané téma | 26 | 41 % |
| b) praktické přezkoušení u lůžka | 4 | 6 % |
| c) teoretické přezkoušení vrchní sestrou/lékařem | 29 | 45 % |
| d) jiné | 5 | 8 % |
| celkem | 64 | 100 % |



Obr. 3 Graf ukončení adaptačního procesu

Ukončení adaptačního procesu u absolventů bylo zakončeno dle dotazovaných sester ve 45% (tj. 29) odpovědí teoretickým přezkoušením absolventů od vedoucích pracovníků oddělení. Tato odpověď se často objevovala v kombinaci s druhou nejčastěji zvolenou možností, již bylo vypracování písemné práce na zadané téma, tuto variantu zvolilo 41% (tj. 26) sester. Praktické přezkoušení u lůžka udalo 6% (tj. 4) sester. Zbýlých 8% (5) sester volících možnost jinou, uvádělo přítomnost náměstkyně pro ošetrovatelskou péči při obhajobě své práce. V jednom případě uvedla sestra, že jí bylo sděleno „kdo dělá samostatně nepotřebuje přezkoušení“.

Závěr

Vhodně zvolený přístup adaptačního procesu je velmi důležitý, jak pro absolventa, tak i pro vedení samotného oddělení. Spokojený absolvent, který se ve své práci cítí dobře, podává dobré pracovní výsledky a neodchází z místa svého pracoviště. Pro každou nově nastupující sestru jsou rozhodující první měsíce v její práci, a proto je období adaptace velmi důležité. Jak výsledky průzkumu ukázaly 59% absolventů ze škol nastupuje do praxe s pocitem nedostatku svých praktických dovedností a dalších 19% absolventů si je nejistých i v teoretických znalostech. Tyto hodnoty jasně ukazují na potřebu podání „pomocné ruky“ novým sestřím. V tomto okamžiku je nasnadě téma potřeby sester školitelek. Sestry, které v dotazníku uvedly, že byly bez sestry školitelky, většinou na konci dotazníku zmiňovaly právě uvítání této sestry na svém oddělení. Absolventi by měli rádi vedle sebe zkušenou sestru, která jim pomůže s orientací na oddělení, poradí jim v teoretických otázkách, ale i pomůže se zvládnutím a upevněním jejich praktických dovedností.

Za důležité je tedy třeba brát přístup pracovišť ke svým nově nastupujícím sestřím. Ne nadarmo se říká „Chovejme se k ostatním tak, jak chceme aby se oni chovali k nám.“

111

Literatura:

FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství: teorie*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s.

ISBN 80-8063-227-8.

HAYES, N. *Psychologie týmové práce*, 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 192 s. ISBN 80-7178-983-6.

KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů Základy moderní personalistiky*, 3. vyd. Praha Management Press, 2002, 367 s. ISBN 80-7261-033-3.

Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky[online]. [cit. 10-07-2010]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html>

Kontaktní adresa:

Romana Kořínková

Kardiochirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 85

150 06 Praha 5

Email: koriro3@seznam.cz

ROZVÍJENÍ KOMUNIKAČNÍCH A MANAŽERSKÝCH KOMPETENCÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ JAKO JEDEN Z PŘEDPOKLADŮ KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE A SPOKOJENOSTI PACIENTŮ

Daniel Jirkovský

Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek přináší základní informace o zahajovaném projektu v oblasti rozvíjení komunikačních a manažerských dovedností zdravotnických pracovníků, které FN Motol vnímá jako jeden z předpokladů kontinuálního a úspěšného zvyšování kvality poskytované péče. Článek seznamuje čtenáře s teoretickými a s praktickými východisky vlastního projektu, seznamuje s jeho cíly, klíčovými aktivitami a s očekávanými výsledky.

Klíčová slova: *Komunikace ve zdravotnictví; Management; Operační program Praha – adaptabilita; Vzdělávání; Zdravotnický pracovník*

Úvod

V posledních letech nabývá problematika kvality poskytované zdravotní péče na stále větším významu. Zároveň dochází i k posilování role pacientů ve zdravotnickém systému v ČR. S odkazem na tyto skutečnosti vzniká nezpochybnitelná potřeba přípravy zdravotnického personálu na změny s tím související. Jak vyplývá z celé řady sociologických průzkumů, nejvyšší míra nespokojenosti českých pacientů souvisí s neadekvátní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem, v předávání nevhodných, nedostatečných či nesrozumitelných informací a s nedostatečnou organizací práce ve zdravotnických zařízeních. S těmito problémy se setkáváme ve větší či menší míře ve všech zdravotnických zařízeních, Fakultní nemocnici Motol z toho nevyjímaje. S cílem přispět ke zlepšení stávající situace v této oblasti byl vypracován projekt, který je zaměřen na vytvoření předpokladů pro změnu komunikačního stylu mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve smyslu uplatňování zásad proklientské komunikace a přístupu v praxi a na prohlubování manažerských kompetencí středního a nižšího zdravotnického managementu, které povedou ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i k vyšší spokojenosti pacientů.

Teoretická a praktická východiska projektu

V této části příspěvku budou nejprve uvedeny výsledky celostátního benchmarkingu nemocnic s názvem Komplexní hodnotící projekt Nemocnice ČR 2008, který provedla nezisková organizace HealthCare Institute. V rámci této studie byla očima pacientů hodnocena také úroveň komunikace a informovanosti. V závěrečné zprávě autoři šetření uvádějí (kromě jiných) tyto návrhy a doporučení vedoucí ke zvyšování spokojenosti pacientů:

- 1) zákaznický orientovaný přístup personálu nemocnic (větší důraz na požadavky a očekávání pacientů),
- 2) realizovat a komunikovat opatření vzešlá z interních šetření spokojenosti pacientů,
- 3) nastavení komunikace s pacientem.

Hlavní rezervy autoři studie vidí:

- 1) v slabší komunikaci a v systému informací pro pacienty před nástupem do nemocnice,
- 2) v slabším přístupu zdravotního personálu v tom smyslu, že klient vlastně přináší do nemocnice své finance,
- 3) v nedostatečném představování se zejména ošetřujících zdravotních sester.

Druhé rozsáhlé sociometrické šetření nazvané Kvalita očima pacientů 2008 provedla pro MZ ČR firma STEM/MARK a.s. V listopadu 2008 byl pacientům českých fakulních nemocnic (dále jen FN) zadán dotazník, jehož položky byly rozčleněny do osmi dimenzí kvality. Z těchto osmi dimenzí jsou z našeho hlediska podstatné pouze tři:

- 1) Respekt, ohled, úcta k pacientovi,
- 2) Koordinace a integrace péče o pacienta,
- 3) Informace, komunikace a edukace (poučení pacienta).

Přestože můžeme mít k metodice sběru dat, resp. k reprezentativnosti souborů dotazovaných pacientů, řadu výhrad, z výsledků obou uvedených šetření jednoznačně vyplývá potřebnost realizace změn a to především ve smyslu rozvíjení proklientsky orientovaného přístupu, zlepšování informačních toků a v koordinaci a řízení péče vedoucí ke zvyšování spokojenosti pacientů.

Charakteristika projektu

S odkazem na shora uvedené skutečnosti podpořené hlavními výsledky citovaných studií, jsme ve FN Motol připravili projekt vzdělávání zaměstnanců, který sleduje následující dílčí cíle:

Dílčí cíl č. 1:

Vytvoření předpokladů pro změnu komunikačního stylu mezi zdravotnickým personálem a pacienty ve smyslu uplatňování zásad proklientské komunikace a přístupu v praxi.

Cíl bude naplněn proškolením většiny zdravotnických pracovníků FN Motol, poskytujících přímou (kontaktní) zdravotní péči pacientům a to prostřednictvím seminářů (kurzů) zaměřených na interaktivní výcvik proklientského přístupu k pacientům a k jejich doprovodu.

Seminář (kurz), bude obsahovat interaktivní metody výuky, řešení modelových situací a rozbor případových studií ze zdravotnické praxe. Předpokládáme, že součástí kurzu bude také problematika faktorů ovlivňujících interakci zdravotník x pacient s uvedením možností jejich ovlivnění, prvků proklientské komunikace ve verbální i neverbální komunikaci, nácviku dovedností efektivní proklientské komunikace, prevence a překonávání nedorozumění v rozhovoru s pacientem, řešení konfliktních situací a technika aktivního naslouchání, včetně nácviku v komunikaci s pacientem.

Očekáváme, že se těchto seminářů (v předpokládaném rozsahu nejméně osmi výukových hodin), zúčastní 2.000 zdravotnických pracovníků FN Motol, kteří poskytují přímou kontaktní péči o pacienty - klienty. Semináře budou zařazeny do systému celoživotního vzdělávání podle platných právních a stavovských předpisů.

Dílčí cíl č. 2:

Prohlubování manažerských kompetencí středního a nižšího zdravotnického managementu, které povedou ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i k vyšší spokojenosti pacientů.

Také tento cíl bude realizován formou vzdělávacích akcí - odborných kurzů. Předpokládáme minimálně dva typy kurzů. První bude určen pro staniční sestry a jim na roveň postavené ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky (např. úsekové fyzioterapeuty, radiologické asistenty apod.). Očekáváme, že se kurzů zúčastní 150 staničních sester. Program kurzů bude rozvržen do šesti dnů (tři výukové bloky) s celkovou hodinovou dotací nejméně 50ti výukových hodin. Druhý typ kurzů bude určen pro vedoucí lékaře (primáře, vedoucí lékaře stanic / oddělení). Předpokládáme realizaci dvou kurzů s celkovou hodinovou dotací nejméně 30 hodin. Také v těchto kurzech plánujeme vyšší podíl interaktivní výuky, řešení modelových situací, rozbor případových studií a videotrénink.

Vlastní projekt by měl být zahájen v listopadu 2010 a jeho realizace by měla trvat 28 měsíců. Na základě rozhodnutí Zastupitelstva Hlavního města Prahy bude projekt financován z Operačního programu Praha – adaptabilita, ze státního rozpočtu ČR a z rozpočtu Hlavního města Prahy.

Závěr

Hlavním přínosem projektu bude vytvoření základních předpokladů pro zlepšování kvality poskytované zdravotní péče v oblasti komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty, informovanosti a edukace pacientů a v oblasti organizace a řízení zdravotnických pracovišť zaměřené na zvyšování spokojenosti pacientů. Vyškolení zaměstnanci si nově získané či prohloubené znalosti a dovednosti ponесou s sebou do dalšího profesního života. V případě změny zaměstnavatele budou moci úspěšně podpoření zaměstnanci uplatnit nově získané praktické kompetence i mimo FN Motol.

Dále předpokládáme, že FN Motol (bez ohledu na skutečnost, zda bude zajištěno další financování z veřejných zdrojů, či nikoliv) bude pokračovat ve vzdělávání zdravotnických pracovníků poskytujících přímou (kontaktní) zdravotní péči tak, aby se nejpozději do pěti let po ukončení projektu podařilo proškolit všechny zaměstnance poskytující přímou kontaktní péči pacientům (cca 3.750 osob) v Základech proklientské komunikace, k tomu budou využity studijní texty a metodiky pro lektory zpracované v rámci přípravné fáze projektu. Seminář Základy proklientské komunikace bude zařazen mezi povinné semináře v rámci adaptačního procesu nových zaměstnanců.

FN Motol bude modernizovat výuku ve stávajících akreditovaných vzdělávacích programech pro nelékařské zdravotnické pracovníky (akreditované kvalifikační a certifikované kurzy a specializační vzdělávání) jak v oblasti proklientské komunikace, tak i v oblasti managementu zaměřeného na zvyšování spokojenosti pacientů. K tomu budou opět využity studijní texty a metodiky pro lektory z zkušenosti z praktické realizace projektu.

***Tento projekt je financován v rámci Operačního programu Praha – adaptabilita ze strukturálních fondů EU, rozpočtu hl. města Prahy a státního rozpočtu ČR.
Registrační číslo projektu: CZ.2.17/3.1.00/33070.***

Literatura:

7. JIRKOVSKÝ, D. 2010. *Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů, projektová žádost, č. projektu: CZ.2.17/1.1.00/33070*, Praha: Operační program Praha - adaptabilita, 2010, 35 s.
8. RAITER, T. 2010. *Měření kvality péče prostřednictvím pacientů*. [online]. Praha: MZ ČR, 2010. 1-2 s. [cit. 2010.03.19.] Dostupné na internetu: <http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/5-Mereni-kvality-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu.html>

Korespondence:

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

KVALITA ŽIVOTA ŽEN S MOČOVOU INKONTINENCÍ V ÚSTECKÉM KRAJI (abstrakt)

¹⁾ Jana Chrásková, ²⁾ Věra Vránová

¹⁾ Katedra porodní asistence a ošetrovatelství, Ústav zdravotnických studií,
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

²⁾ Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci

Souhrn:

Cílem výzkumného šetření v předkládaném článku bylo zjistit míru ovlivnění jednotlivých oblastí života močovou inkontinencí v posledních čtyřech týdnech, které předcházely vyplnění dotazníku a současně zjistit, která z těchto oblastí je nejvíce ovlivněna. Zda se jedná o oblast denních aktivit, fyzických aktivit, vlastní osobnost, citové důsledky, sexualitu nebo vlastní vnímání současné kvality života.

Respondenty byly ženy (celkem 132 žen) se stresovou inkontinencí moče bez ohledu na stupeň inkontinence a způsob léčby. Stejně tak nebyl důležitý věk, vzdělání, zaměstnání ani parita žen.

Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník „Contilife“, který byl vytvořen v roce 2003 a je zaměřen na stav žen se stresovou inkontinencí moče v posledních čtyřech týdnech. Je zcela anonymní a obsahuje 28 položek rozdělených do několika oblastí. Hodnotí vliv na běžné denní aktivity, fyzické aktivity, emoční důsledky, vliv na sexuální život, celkový pocit spokojenosti a sebehodnocení současné kvality života. Výsledky výzkumného šetření jsou porovnány s již provedenými šetřeními ve světě.

Klíčová slova: Močová inkontinence. Kvalita života. Dotazník. Contilife.

Kontakt:

Mgr. Jana Chrásková
Katedra porodní asistence a ošetrovatelství
Ústav zdravotnických studií,
Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Velká Hradební 13
400 96 Ústí nad Labem

TELESNÁ AKTIVITA A ŠPORT V NÁRODNOM REHABILITAČNOM CENTRE (NRC) KOVÁČOVÁ

Monika Fiamová, Jana Mihalovičová
Národné Rehabilitačné Centrum Kováčová, RLO 4

Súhrn

Je známe, že telesná aktivita a šport vo všeobecnosti patria k formám udržiavania fyzického i psychického zdravia. Ľudia s telesným postihnutím často čelia značným emocionálnym, sociálnym a ekonomickým problémom. Fyzické aktivity a športová činnosť telesne postihnutých prispievajú k celkovému zvýšeniu kvality života, zvyšujú ich sebavedomie, sebaúctu a napomáhajú sociálnej interakcii.

Výsledkom spolupráce všetkých zamestnancov NRC, ale hlavne pozitívnym príkladom triumfu ducha a húževnatosti telesne postihnutých rehabilitantov, je ich aktívna, či pasívna účasť na Športových hrách NRC v Kováčovej. Konajú sa každoročne v júni, tento rok sa uskutočnil ich XXII. ročník.

KLúčové slová: Športová a pohybová aktivita, Pacient s postihnutím pohybového aparátu, Športové hry NRC

Úvod

Človek môže zo svojho života telesný pohyb vypustiť, no skôr či neskôr sa nedostatok pohybu a telesnej aktivity prejaví na jeho zdravotnom stave. Prečo teda trápiť telo nečinnosťou? Telesná a duchovná zrelosť, ktorú dosiahneme pravidelnou pohybovou aktivitou, nám slúži ako vnútorná sila na prekonávanie všetkých ťažkostí, ktoré nám život prináša. V každom veku, v zdraví, v chorobe vždy sa dá telesná aktivita a pohyb upraviť tak, aby nášmu telu i duchu prospievali.

Cieľ práce

Skutočnosť, že telesná aktivita pozitívne vplyva aj na pacientov s postihnutím pohybového aparátu, napr. aj po transverzálnych léziách miechy (TLM) potvrdzujú aj vyjadrenia a skúsenosti mnohých našich i zahraničných odborníkov. „Športová, pohybová aktivita je pre pacienta s poranením miechy taká dôležitá, ako pri ostatných diagnózach medikamenty“ (Malý, 2010, s. 117).

Malý (1999) ďalej uvádza, že pacienti u ktorých pretrváva pohybový deficit majú cvičiť trvale a často doma s občasnými kontrolami u lekára. Majú sa usilovať vycvičiť si prípadne ďalšie náhradné funkcie ak pôvodné nestačia. „Skúsenosti ukazujú, že zlepšenie stavu sa dosiahne ešte aj po dvoch rokoch intenzívnej rehabilitačnej liečby“ (Malý et. al., 1999, s. 473).

Fyzické aktivity boli zaznamenané s pozitívnymi výsledkami aj v zahraničí. Štúdie Kennedyho (2006) z Národného centra spinálnych poranení v Oxforde potvrdzujú, že účasť pacientov vo fyzických aktivitách a ich športová činnosť prispieva k celkovému zvýšeniu kvality ich života (QOL). Kennedy ďalej skúmal výhody kurzov športových aktivít s názvom „Back-Up“ (podpora, ochrana) na kvalitu života, náladu, spôsobilosť a vnímanie pacientov po TLM na začiatku a konci týždňového kurzu samozrejme s pozitívnym výsledkom.

Charitatívna organizácia Back-Up Trust spája pacientov po prerušení miechy, poskytuje im možnosť zúčastniť sa rôznych kurzov s jednou alebo viac aktivitami pod dohľadom špecialistov v ucelenom prostredí. Ich misiou je zúčastnených naučiť získať nezávislosť, poskytnúť im plnohodnotný, aktívny život, aby ich „posunuli“ od toho, čo nemôžu, k tomu čo môžu realizovať. Kurzy trvajú týždeň a jednotlivci skúšajú športy ako je jazdenie, lyžovanie, kanoe, vodné lyžovanie. Všetky kurzy spájajú postihnutých s poranením chrbtice a dobrovoľníkov, ktorí im pomáhajú. Šesť týždňov po skončení Back-Up kurzu bol zaslaný dotazník poštou všetkým zúčastneným. Podľa ich hodnotenia sa zistilo, že účastníci kurzu boli viac úspešní, presvedčiví, aktívni, nezávislí a nadviazali nové priateľstvá (Kennedy 2006).

Malý (2010) uvádza, že športová a rekreačná činnosť je súčasťou liečebno-rehabilitačného pobytu. Výkonnostný šport je pokračovaním aktívnej rehabilitačnej liečby, prebieha postupne teoretickou prípravou, praktickou ukážkou (napr. videozáznam) a fázou nácviku. Pacienti by sa mali sústrediť na správny stereotyp pohybu a nakoniec nacvičené úkony spájať do celku, čoho výsledkom by mala byť už samotná činnosť a športová interpretácia. „Cieľom nášho snaženia nie je viesť tetra-, paraplegika k športovému výkonu, ale presvedčiť ho, že je schopný športovú činnosť vykonávať“ (Malý, 2010, s. 117).

Náš multidisciplinárny tím lekárov, fyzioterapeutov, ergoterapeutov, sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov vedie rehabilitantov k pohybovej aktivite už od prijatia na liečebno-rehabilitačný pobyt. Spoločne sa ich snažíme pozitívne motivovať k aktivite, učíme ich prekonávať žiaľ a sebaľútosť. Teší nás, keď v rehabilitantoch prebudíme túžbu po nezávislosti, sebestačnosti a radosť z pohybu.

Šťastný úsmev víťazstva nad sebou samým je nám každoročne odmenou pri Športových hrách (ŠH) rehabilitantov NRC. Konajú sa každoročne od roku 1988 a trvajú dva dni. Tento rok sa konal ich XXII. ročník. O ich úspešnosti svedčia aj vyjadrenia zúčastnených rehabilitantov, ktoré ponúkame popri našom priblížení tejto nesmierne lákavej atmosféry.

Prebúdajúce slnko sľubuje horúci deň. Ako každý rok je nám spoločníkom pri víťazstvách nad sebou samým. Dažďu nenechalo vládu počas XXII rokov ani raz. Zvlášťne, akoby povzbudzovalo svojou prítomnosťou tých, ktorí sa zišli na oslave pohybu a spolupatričnosti.

Zúčastnení športovci sú rehabilitanti NRC v Kováčovej, každý so svojím osudom – svojou diagnózou. Väčšine rehabilitantov možno vyčítať z tváre nadšenie, s ktorým sa pripravovali na „ostrú“ vo vybraných športových disciplínach. Súťažia v chôdzi s adjuvatikami, či bez nich, vo vrhu guľou, v hode šípkami, granátom, kuželkou, v jazde na vozíčkoch, slalome na bicykli, v lukostrelbe, v plávaní, v basketbale, stolnom tenise, samozrejme rozdelení podľa diagnóz a podľa chuti športovať. Možno povedať, že aj ŠH boli základom výchovy niektorých paralympijských reprezentantov a nositeľov paralympijských medailí, skrátka „kvalitných“ sebavedomých ľudí, čo na tom, že na vozíku.

Už pár dní pred začatím ŠH cítiť „športového ducha“ vo všetkých priestoroch NRC. Okrem fotodokumentácie telesne postihnutých športovcov, ktorá zdobí priestory vestibulu stále, na chodbách sa objavujú informačné tabule o časovom rozvrhu jednotlivých disciplín s menami rehabilitantov. Fyzioterapeuti pripravujú svojich zverencov na súťaž v rôznych športových disciplínach. Nájdu sa aj tí, ktorí odmietajú účasť s odôvodnením, že „z toho už vyrástli“. Z vlastnej skúsenosti vieme, že svoj názor zmenia už počas prvého dňa ŠH. Nakoniec ďakujú a sú radi, že boli svedkami niečoho tak neopísateľne krásneho. „*Celé osadenstvo, personál i rehabilitanti, žili týmto podujatím už nejaký čas dopredu. Na to, že ŠH sú atraktívne poukazuje aj to, že na podujatie pricestovali aj bývali pacienti NRC*“ (rehabilitant NRC).

Prvý deň ŠH otvára hudba rozliehajúca sa po okolí. Rozprúdi krv v žilách, pripraví dobrú náladu pre všetkých. Akoby všetkých zvolávala k účasti. Pokračuje príhovor Prof. MUDr.

Myróna Malého, CSc., predstavenie hostí, rozhovory, kultúrny program za „profesionálneho“ moderovania Mariána Marcineka, zamestnanca Ergoterapie v NRC. V očiach prítomných možno vyčítať očakávania, splnené sny, slzy šťastia úspechu i neúspechu.

„Veľký deň v Kováčovej je 10. 06 . 2010. Začali sa športové dva dni. Športom k sile - výstižné! Ráno sme sa zhromaždili na terase NRC, všetci so štartovacími číslami. V úvode nám predstavili v programe víťaznú hosťujúcu tanečnú dvojicu vodičkara a jeho chodiacu partnerku. Prvýkrát v živote vidím niečo také úžasné. Pokračoval prelet lietadla a zoskok parašutistov na trávnatú plochu pri NRC“ (rehabilitant NRC).

„Ukážky spoločenských tancov vodičkarov nám predviedli, že aj pohyby postihnutého človeka môžu byť šarmantné a elegantné a môžu vyjadrovať radosť zo života“ (rehabilitantka NRC).

„Ja som si dokázala prejsť chôdzou svoju stovku za 1,25min. Mám dobrý pocit“ (rehabilitantka NRC).

„V živote som tak rýchlo nekráčať, ako dnes“ (rehabilitant NRC).

Druhý deň vyvrcholí športové zápolenie v jazde „vodičkarov“ – Tetraplegikov a tento pohľad určite rozcítí aj najchladnejšie srdce. Vrcholné vypätie síl „poloochrnutých rúk“ vodičkarov, mladých i starších, ktoré krúčia obruče kolies svojich vozíkov v dĺžke 1000m. *„Veľmi citovo na mňa zapôsobili súťaže vodičkarov. Nikdy by som nepovedala, čo všetko dokážu ľudia po vážnych úrazoch alebo hendikepovaní ľudia. Radosť z ich úspechu som prežívala spolu s nimi a ešte dlho to zostane v mojej pamäti“ (rehabilitant NRC).* *„Som divák, nikto sa nevzdáva, v cieľi dvíhajú ruky... silná atmosféra...“ (rehabilitant NRC).*

Gratulácia hlavného organizátora ŠH, profesora MUDr. Myróna Malého CSc., ktorý osobne podáva ruku každému súťažiacemu po príchode do cieľa, je gestom vďaky za sebaaprekonanie, odmenou, poklonou.

Druhý deň športových hier je za nami. Za hlasného potlesku boli na záver ŠH ocenení medailami, diplomom a vecnými cenami tí naj...Víťazmi sú všetci, veď rovnako cítili spolupatričnosť, rovnako držali palce jeden druhému. Na ich šťastné úsmevy sa nedá zabudnúť, na chvíľu zabudli na svoje trápenie, svoju diagnózu.

Záver

„Všetky ocenenia, ktoré pacienti získali boli iba malým povzbudením k tomu, aby sa snažili každý deň o výkony, ktoré presvedčia aj telesne zdravých ľudí, že ak chcú dosiahnu oveľa viac akoby sa mohlo na prvý pohľad zdať. Náladu a chuť športovať mal hádam každý bez rozdielu veku, pohlavia a telesného postihnutia. Vyhrať sa podarilo každému, pretože mnohí prekonali sami seba“ (rehabilitant NRC).

„Dlho bude vo mne pretrvávajúť tento deň. Beriem ho, bol obdivuhodný a bohatý“ (rehabilitantka NRC).

„Som veľmi rada, že som tu bola práve čase, keď prebiehali športové hry. Mám krásne a nezabudnuteľné dojmy. Doma sa môžem pochváliť zlatou medailou“ (rehabilitantka NRC).

„Chcem sa poďakovať všetkým pracovníkom NRC v Kováčovej za nevšedný zážitok, akým bol XXII. ročník ŠH NRC. Zúčastnila som sa ich po prvýkrát, nevedela som, čo mám od nich čakať. O to hlbšie dojmy vo mne zanechali. Zažila som tu skvelý pocit spolupatričnosti s ostatnými. Tento deň bol pre nás všetkých zúčastnených motivujúci a povzbudzujúci. Toto podujatie so skvelou atmosférou nám dalo prežiť pocit, že sa netreba vzdávať, ale využiť svoje fyzické sily a mentálne schopnosti na to, aby sme prežili svoj život naplnený nielen prácou, ale

aj radosťou. Tento deň nám ukázal, že si môžeme do značnej miery zlepšovať svoj zdravotný stav pestovaním primeraných športových aktivít podľa svojich aktuálnych zdravotných možností, že človek s hendikepom nie je odpísaný, ale sa môže tešiť zo života, presadiť sa a zlepšovať svoj život. Takéto podujatie ukazuje ľuďom cestu ako sa nevzdávať, ale ako využiť svoj potenciál“.

„Som si istá, že to dalo veľa práce zorganizovať takéto podujatie, ale chcem, aby ste vedeli, že to stálo za to!“ (rehabilitantka NRC).

Literatúra:

FIAMOVÁ, M. 2009. *Ošetrovateľská starostlivosť a jej vplyv na kvalitu života pacientov po prerušení miechy* (Diplomová práca). Ružomberok: KU FZ 2009. 120 s.

FIAMOVÁ, M. 2007. *Význam ošetrovateľstva v resocializácii pacienta s diagnózou Tetraplégia* (Bakalárska práca). Ružomberok: KU FZ. 2007. 86 s.

KENNEDY, P., TAYLOR, N., HINDSON, L. 2006. *A pilot investigation of a psychosocial activity course for people with spinal cord injuries* (Kontrolný prieskum kurzov psychosociálnej aktivity pre ľudí s poraneniami miechy). In: *Psychology, Health & Medicine*, February 2006, 11 (1): 91- 99

MALÝ, M. 2010. *Ako ďalej po poraneniach miechy*. 1vyd. Slovenská Ľupča: Obalotava, a.s., 2010, 144s. ISBN 978- 80-970306-6-7

MALÝ, M., et. al. 1999. *Poranenie miechy a rehabilitácia*. 1. vyd. Bratislava: Bonus Real, s. r. o., 1999, 600 s. ISBN 80-968205-6-7

120

Kontaktná adresa:

Mgr. Monika Fiamová
Národné rehabilitačné centrum
Rehabilitačné lôžkové oddelenie 4
Sládkovičova 1
962 37 Kováčová
Email: fiamova@zoznam.sk

PACIENT S ONKOLOGICKOU DIAGNÓZOU VE VZTAHOVÉ SÍTI SOUČASNÉHO SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR: POTŘEBY – RIZIKA – VÝZVY

Marie Nosálková

Amelie, o.s., Centrum prevence a psychosociální pomoci Praha

Souhrn

Autorka příspěvku přináší zamyšlení nad současnou situací zdravotního systému nahlíženého očima některých z jeho aktérů. Srovnáním pohledu pacienta, jeho rodiny i blízkých, ošetrujícího personálu, dobrovolníků a dalších souvisejících subjektů poukazuje na některé ze zásadních palčivých otázek blízké budoucnosti oboru.

Možné cesty řešení jsou ilustrovány příklady ze zahraniční dobré praxe, aktuálními výzkumy a kazuistikami s cílem dodat složitě situaci péče o onkologicky nemocného, ještě se vyhrocující pod tíhou sociálních a ekonomických faktorů, na jisté uchopitelnosti.

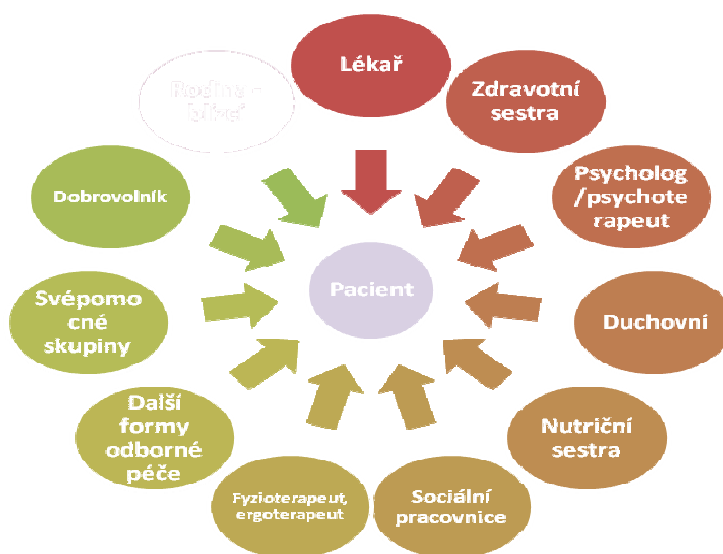
Klíčová slova

Onkologický pacient, systém zdravotní péče, rodina, blízcí nemocného, psychosociální potřeby, role zdravotnického personálu, dobrovolník, výhledy zdravotnictví.

Úvod

Na péči o pacienta s chronickým onemocněním, mezi něž se onkologická onemocnění díky pokrokům v léčbě zařazují, se podílí stále komplexnější tým odborníků. K těmto změnám dochází v důsledku tendence aplikovat teoreticky bohatě zdokumentovaný fakt multifaktoriální podmíněnosti lidského organismu – tedy provázanosti bio-psycho-sociálních a potažmo též spirituálních aspektů - v praxi, při léčbě.

Obr. 1 Systémový přístup k péči o onkologického pacienta



Při konstituování nových forem komplexní péče o onkologicky nemocného se jako nezanedbatelné jeví také změny v sociální oblasti: ve funkci rodiny, v mezilidských vztazích všeobecně, v hodnotovém žebříčku atd. Promítají se zde jistě též demografické jevy jako např. stárnutí populace, zvyšující se věk odchodu do důchodu atd. Zároveň vzhledem ke stávající situaci zdravotnictví i jejím výhledům (viz Obrázek 2) vystupuje do popředí nutnost restrukturalizace takto nově vzniklé vztahové sítě: jednotlivých rolí (kompetence, odpovědnosti, vzájemné vymezení), komunikačních toků, za podmínky vymezení jasných cílů a prevence možných rizik.

V současnosti tak můžeme hovořit o snahách po vytvoření systémového přístupu, kdy významná role v péči o chronicky nemocného se přiznává nejen lékařskému týmu a dalšímu zdravotnickému personálu. Do hry vstupují psychologové/psychoterapeuti, sociální pracovníci, duchovní či např. dobrovolníci – coby specialisté na lidský vztah. I nadále však platí, že největší zatížení zodpovědností, emocemi i denní rutinou zůstává na bedrech pomocného zdravotnického personálu.

Cíl práce: Srovnání pohledu pacienta, jeho rodiny i blízkých a vybraných participujících složek zdravotní péče na pozadí současného zdravotního systému v ČR

Zdravotní systém jako rámeček

Hlavní cíle zdravotní péče:

- Snížení úmrtnosti
- Snížení nemocnosti
- Proloužení života
- Zvýšení kvality života

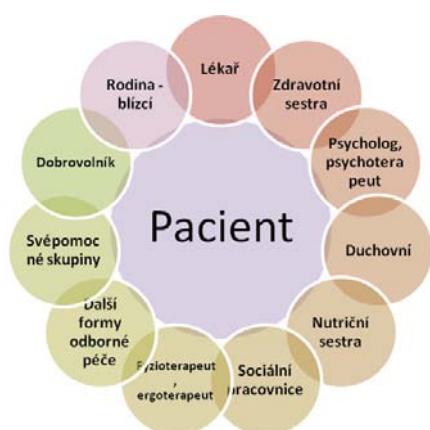
Návrhy strukturálních opatření MZČR – v návaznosti na výhledy oboru

- Snížování počtu akutních lůžek
- Přesun péče do ambulantního režimu
- Zkracování ošetrovací doby

122

Pacient - rodina a blízcí – ošetřující lékař a zdravotnický personál – ostatní složky odborné péče – dobrovolník

Obr. 2 Propojení složek péče - odborné a laické



- Jakou roli mám? Co se očekává?
- Jak vše prožívám?
- Co ztrácím... a získávám?
- Moje tabu, obavy, strachy
- Když se léčba nedaří...
- Co (ne)chci?
- Kvalita a smysl života mýma očima

Vybrané „ožehavé otázky“ současné zdravotní péče v oblasti:

- Výhledy oboru (vzrůstající chronicita onemocnění – vysoké náklady na léčbu – stoupající incidence atd.)
- Projevy české mentality v postojích a chování ve vztahu k onkologickému onemocnění a léčbě
- Otázka zainteresovanosti na zdravotním stavu či osobní odpovědnosti za něj
- Problematika tabu jako překážek účinné zdravotní péče
- Compliance při léčbě, vliv faktorů mimo kurativní léčbu na celkovou úspěšnost péče
- Kvalita – ekvita – ekonomie péče
- Zátěž - vyhořívání zdravotnického personálu
- Etické a právní aspekty poskytování zdravotní péče

Závěr

Vzhledem ke stávající situaci zdravotního systému v ČR i výhledům, na které můžeme usuzovat z vývoje situace ve vyspělejších zahraničních systémech, se dá očekávat výrazný tlak na přenesení odpovědnosti za vlastní zdraví z instituce na jedince (změny v systému zdravotního pojištění, zdůraznění sociální solidarity, částečná deinstitalizace péče atd.). V takovém výhledu pak vzrůstá role organizací doplňujících systém institucionalizované péče o další formy odborné i laické intervence – svépomocných skupin, dobrovolnických organizací, občanských sdružení atd. V současnosti se takové formy intervence uplatňují zejména v oblasti sekundární péče (jako doplněk zdravotní péče klasické), popř. v oblasti terciální (návrat do běžného života, podpora resocializace). Odhady WHO však naznačují nutnost pohlédnout na problematiku poněkud jinou optikou: Pokud nedojde k zásadním opatřením v oblasti prevence a léčby nádorových onemocnění, přibude celosvětově v období kolem roku 2020 každoročně na 16 milionů nových pacientů. Je nabíledni, že při takovém nárůstu nových pacientů se v dohledné době problematika komplexního řešení terciální prevence přesune z kategorie možností následné péče do kategorie společenské nutnosti.

V návaznosti na tyto trendy je prezentován přehled participujících subjektů s jejich zdroji a potřebami, vytyčujeme možná rizika spojená s jejich zapojením a poukazujeme na potenciál skrytý ve funkčním propojení jednotlivých složek.

Literatura

FAYERS, P. – MACHIN, D.: *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. John Wiley & Sons, 2007.

KREITEL, S., KREITLER, M.: *Social Support: For Whom and Which Kind*. In *Abstract Book of 11th World Congress Of Psycho-Oncology*, str. S27, IPOS Society 2009.

TSCHUSCHKE, V.: *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha, Portál 2004.

UGALDE, A., KRISHNASAMY, M., DUGEON, P., SCHOFIELD, P.: *The Role of Carers of People with advanced Cancer and the Impact of Their Caring*. In *Abstract Book of 11th World Congress Of Psycho-Oncology*, str. S27, IPOS Society 2009.

Kontaktní adresa

PhDr. Marie Nosálková
Amelie, o.s., Šaldova 15, 180 00 Praha 8
email: amelie.olomoucko@amelie-os.cz

DOBROVOLNICKÝ PROGRAM AMELIE, JAKO MOŽNOST DOBRÉ SPOLUPRÁCE S KOMPLEXNÍMI ONKOLOGICKÝMI CENTRY

¹Michaela Chrdlová, ¹Pavla Tichá, ²Ivana Kořínková,
¹Amelie, o.s., Centrum prevence a psychosociální pomoci Praha
²Consult Hospital,s.r.o.

Souhrn:

Autorky příspěvku rekapituluji dosavadní zkušenosti s dobrovolnickým programem Amelie,o.s. zacíleným na podporu pacientů s onkologickým onemocněním. Nad přínosy i možnými riziky se zamýšlejí z několika úhlů pohledu - z pozice zdravotníka (lékařky, psychoterapeutky a supervizorky dobrovolníků), z pozice pacientů i z pozice dobrovolníka. Zamýšlejí se nad tím, zda a za jakých podmínek může být přínosné a efektivní zapojení bývalých onkologických pacientů nebo pacientů v remisi do dobrovolnických programů na onkologických odděleních a do psychosociální podpory mimo zdravotnické zařízení.

Klíčová slova: dobrovolník, dobrovolnický program, onkologicky nemocní, psychosociální pomoc, vzdělávání, patientská sdružení, supervize, resocializace

Úvod:

Amelie, o.s. vznikla v roce 2006, rozvíjí programy zaměřené na psychosociální pomoc dospělým onkologicky nemocným a jejich blízkým (bez ohledu na diagnózu), prevenci a následnou péči. Projekt vznikl z iniciativy onkologické pacientky, ve spojení s odborníky na psychosociální problematiku onkologického onemocnění.

Centra prevence a psychosociální pomoci založená v Praze, Olomouci a v Rakovníku nabízejí pravidelně individuální a rodinné konzultace s odborníky, krizovou intervenci, skupinové terapeutické, svépomocné i tvořivé programy. Je zde odborně vedena a individuálně plánována práce s každým jedincem, který se může zapojit i anonymně.

Dobrovolnický program Amelie byl zahájen pod záštitou Národního dobrovolnického centra Hestia, o.s. v roce 2007 v Centrech Amelie a na Onkologické klinice 1. LF UK, VFN Praha 2. V roce 2009 získala Amelie, o.s. podle zákona 198/2002 Sb.

O dobrovolnické službě akreditaci pro samostatnou realizaci dobrovolnického programu ve zdravotnických zařízeních. Od ledna 2010 realizuje Amelie, o.s. dobrovolnický program na Onkologické klinice FN Olomouc, který již respektuje i Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů (věstník MZČR, č.6/2009). V roce 2010 se nám nabízí spolupráce s vedením 1. Interní kliniky hematologie VFN Praha 2 činnost dobrovolníků na ambulantním stacionáři a v čekárnách. Připravujeme také spolupráci s Onkologickou klinikou FN Královské Vinohrady.

Cíl práce: Dobrovolnické programy v oblasti onkologické péče

Oblast onkologické péče je považována za velmi náročný obor a psychicky náročné prostředí jak mezi zdravotníky tak mezi veřejností obecně. Realizace dobrovolnického programu na poli onkologie je vnímána často jako problematická, a to i přesto, že se dobrovolnické programy v nemocnicích v ČR začaly rozvíjet právě na onkologii - na Klinice dětské

onkologie ve FN v Motole. Podle našich zkušeností s rozjezdy dobrovolnických programů na dvou onkologických klinikách pro dospělé se objevují hlavně dvě skeptické domněnky:

„Nejsou lidi, kteří by na onkologii vstupovali dobrovolně, aniž by museli“, tzn. dobrovolný vstup laika - dobrovolníka je vnímán jako téměř nemožný a nereálný

„Onkologický pacient v průběhu je již tak dost zatížen a na povídání s dobrovolníkem už nemá dost sil“

Tyto dva předpoklady ukazují na dvě hlavní počáteční úskalí, se kterými se musí organizátoři dobrovolnického programu vyrovnat, pokud chtějí, aby byl dobrovolnický program pro onkologické pacienty úspěšný. Obě souvisejí s kvalitní informovaností. Veřejnosti a potenciálním dobrovolníkům je třeba představovat onkologického pacienta jako člověka, který prochází náročným životním obdobím, ale stále má běžné lidské potřeby. Zdravotnický personál se potřebuje přesvědčit, že je smysluplné a možné najít v procesu léčby takové situace a formy, kde dobrovolník může lidské potřeby pacienta pomoci naplňovat. Třetí stranou, pro kterou jsou dostatečné a relevantní informace o tom, co dobrovolnický program nabízí, klíčové, jsou pacienti a jejich blízcí.

Samostatnou a specifickou kapitolou dobrovolnictví v onkologii jsou zájemci o dobrovolnickou činnost na onkologii, kteří mají vlastní zkušenost s onkologickou diagnózou, ať už jako pacienti nebo jako blízcí nemocného. Člověk, který má za sebou dobře zpracovanou vlastní zkušenost, může být pro pacienty v akutním stavu nedocenitelným pomocníkem a motivační podporou. Dobrovolnická zkušenost zároveň může být i pro něho významným resocializačním faktorem. Avšak nedostatečně zpracovaná vlastní zkušenost s onkologickým onemocněním nebo úmrtím v rodině může být významným rizikovým faktorem jak pro dobrovolníka, tak i pro pacienta.

Z dosavadní téměř tříleté zkušenosti s realizací dobrovolnického programu na onkologických pracovištích i v Centrech Amelie, vyplynula potřeba připravit specifický systém vzdělávání a podpory dobrovolníků pro onkologii tak, aby nebyli předem diskriminováni potenciálně cenní dobrovolníci a zároveň aby se případná rizika co nejvíce eliminovala. Ukázalo se, že o takto připravený systém vzdělávání mají zájem i patientské organizace, které se věnují onkologicky nemocným často bez odborné podpory.

Zásadní je, aby kritéria výběru a charakter proškolení respektovaly potřeby jednotlivých cílových skupin a umožnily i vzájemnou výměnu zkušeností:

Pro dobrovolníky/adepty bez zkušenosti s onkologickým onemocněním je důležité podrobné definování a zmapování dobrovolnické role a určení hranice psychické odolnosti vzhledem k onkologické problematice.

U dobrovolníků/adeptů se zkušeností s onkologickým onemocněním u blízkého člověka či rodinného příslušníka je nutné zmapování motivace k dobrovolnické činnosti v souvislosti s předchozím onkologickým onemocněním a určení míry zpracování a ovlivnění jejich předchozí zkušeností.

Pro dobrovolníky/adepty s vlastní zkušeností s onkologickým onemocněním je nezbytné zmapovat současnou úroveň vyrovnání se s vlastním onemocněním a schopnost přijetí určité míry objektivity.

Nezbytná je pravidelná a odborně vedená supervizní podpora dobrovolníků

Vhodné je průběžné vzdělávání dobrovolníků ať už formou odborných seminářů, sebezkušenostních workshopů nebo společných aktivit s patientskými sdruženími

Závěr

Dobrovolnictví v onkologii má svá specifika, úskalí a rizika, která musí organizace i onkologické pracoviště zakomponovat do systému práce s dobrovolníky. Amelie jako externí organizace může pomoci onkologickým pracovištím ve zdravotnických zařízeních, které nemají vlastní dobrovolnické centrum, mít vyškolené a dlouhodobě vzdělávané dobrovolníky pod supervizí, ale potřebuje mít ve zdravotnicích spolehlivé partnery, se kterými bude dobrovolnický program vytvářet společně k větší spokojenosti pacientů a pro lepší kvalitu péče. Dobrovolnické programy v Centrech Amelie mohou být vhodným doplňkem a kontinuálním pokračováním podpory a léčby po propuštění z nemocnice i prostředím pro systematickou spolupráci se svépomocnými skupinami a patientskými sdruženími, které se pohybují v onkologické oblasti.

Literatura:

„Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů“ – Věstník MZČR č.6/2009, Příklady dobré praxe, kap.6, Portál kvality MZČR, – <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Categories/90-Projekty-2008.html>

Kontaktní adresa:

MUDr. Michaela Chrdlová

Amelie, o.s.

Šaldova 15

180 00 Praha 8

email: dobrovolnici@amelie-os.cz

SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST LÉČEBNÉ A OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Věra Marková

Oddělení sociální Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Autorka přináší základní informace o významu sociální práce a profesi zdravotně sociálního pracovníka, jeho postavení a roli v léčebném ošetrovatelském procesu. Příspěvek obsahuje zajímavé výsledky z výzkumu Zdravotně sociální sekce České asociace sester (ČAS) zaměřeného na podmínky výkonu povolání sociálních pracovníků ve zdravotnictví včetně kvalifikačních požadavků, náplní práce, metodického vedení a řízení.

Klíčová slova: Sociální práce, zdravotně sociální pracovník, kvalita, účinná pomoc, vzdělávání.

Úvod

Sociální práce ve zdravotnictví je činnost nejen tradiční, ale stále se rozvíjející, podléhající novým společenským požadavkům na práci se sociálně potřebným klientem. Sociálně pracovní činnost se orientuje na pomocné zdroje, prostředky, vývojové možnosti a potřeby pacientů či jejich blízkých. Individuální požadavky a potřeby jsou po zohlednění jejich sociálních, zdravotních a ekonomických podmínek uváděny do souladu s reálnými společenskými možnostmi.

Cílem sociální práce ve zdravotnictví je účinná pomoc pacientům při odstraňování závažných negativních sociálních faktorů, které by mohly nepříznivě ovlivnit průběh léčení a podpora sociální změny vedoucí ke zlepšení jejich stavu a k dosažení seberealizace a maximální možné integrace. Pro sociální práci mají základní význam zásady lidských práv a sociální spravedlnosti.

Zdravotně sociální pracovník – status a kompetence

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských povolání stanovuje požadavky na odbornou způsobilost zdravotně sociálního pracovníka absolvováním (§10, odst. 1):

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,
- b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo
- c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

K výše uvedenému písmenu c) je třeba upozornit na skutečnost, že před rokem 2004 požadované kvalifikační vzdělávání na tuto pracovní pozici nebylo nikde upraveno. Většina pracovníků měla středoškolské vzdělání zdravotní sestry. V rámci dalšího vzdělávání jim bylo poskytováno minimální školení pořádané Institutem pro další vzdělávání v Brně a v nemocnicích pak pracovaly jako sestry specialistky pro sociální službu. Někteří sociální pracovníci měli vyšší odborné vzdělání na jedné z tehdy dvou existujících Středních škol

sociálně právních. Takové vzdělání se ukázalo jako nedostatečné. Po roce 1990 nastal obrovský boom ve vzdělávání v oboru sociální práce na vyšších odborných a vysokých školách a proto od této doby někdejší specializační studium zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry de facto neexistuje!

Zdravotně sociální pracovník vykonává činnosti v souladu s § 9 vyhlášky č.424/2004 Sb. Činnosti v oblasti jejich působnosti jsou samostatné a vycházejí z obrazu profese a popisu práce. Rozhodovací pravomoc při plánování a provedení sociálně pracovní činnosti jsou v pravomoci sociálních pracovníků. Ti jsou kompetentní pro všechny pacienty, kteří jsou v oblasti jejich působnosti v ošetřování a potřebují sociálně pracovní pomoc.

Sociální práce taktéž vyžaduje dostatečné teoretické a praktické znalosti sociálního systému, sociálních institucí a úplnou orientaci v neustále se měnící sociální legislativě. Stěžejní právní normy jsou zejména:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

a z něj vyplývající právo pacienta na:

- bezplatné poradenství
- pomoc, podporu, doprovázení při uplatňování práv a oprávněných zájmů
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při zprostředkování terénních a ambulantních služeb sociální péče
- pomoc při zprostředkování pobytových služeb sociální péče
- pomoc při zprostředkování služeb sociální prevence
- nejdůležitější dávku pro zdravotně postižené – příspěvek na péči

128

Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi

Dávkami, kterými se řeší pomoc v hmotné nouzi (a tím i možností uplatnění nároku na osvobození od poplatků ve zdravotnictví), jsou:

- příspěvek na živobytí
- doplatek na bydlení
- mimořádná okamžitá pomoc

Při posuzování nároku na dávku se zjišťuje zda žadatel a osoby s ní posuzované jsou v hmotné nouzi. Přihlíží se k dávčím životního minima, k nákladům na domácnost, majetkové a sociální situaci. V případě mimořádné okamžité pomoci i k nastalé situaci a výdajům.

Vyhláška č. 182/1991Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení týkající se mimořádných výhod I, II, III. stupně / průkazky TP, ZTP, ZTP/P; jednorázových příspěvků a opakujících se peněžitých dávek.

Zákon č. 359/199 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, ze kterého vyplývají oznamovací povinnosti pro nemocnice při ošetření či propouštění dětí uvedených v § 6 odst.1 a dále v konkrétních zvláštních případech.

Například oznamovací povinnost při důvodném podezření na požívání alkoholu, návykových látek či úrazu dítěte v případě podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče je v jednotlivých zdravotnických zařízeních rozdílná. Porovnáme-li výsledky z fakultních nemocnic z let 2008 a 2009, je zřejmé, že počet nahlášených pacientů zcela neodpovídá potřebě sociálně právní ochrany hospitalizovaných dětí (viz Graf č.1: Počet nahlášení).

Měli bychom k sociální práci ve zdravotnictví přistupovat systémově, aby profesní aktivity probíhaly podle jasně stanovených metodických postupů a standardů.

Zvyšování odborné úrovně a posílení statusu zdravotně sociálního pracovníka je snahou Zdravotně sociální sekce ČAS, která je profesní organizací, sdružující celkem 329 členek.

„Analýza činností sociálních pracovníků ve zdravotnictví v České republice“ Výzkumný projekt (ČAS sekce zdravotně sociální /rok 2007)

Cíle:

1. Zjistit pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka
2. Zjistit postavení a kvalifikace
3. Zjistit, jaká je opora sociální práce ve zdravotnických zařízeních
4. Stanovit návrh k vyhlášce MZČR o personálních minimálních požadavcích na zdravotně sociální pracovníky
5. Získat podklady ke tvorbě koncepce sociální práce ve zdravotnictví

129

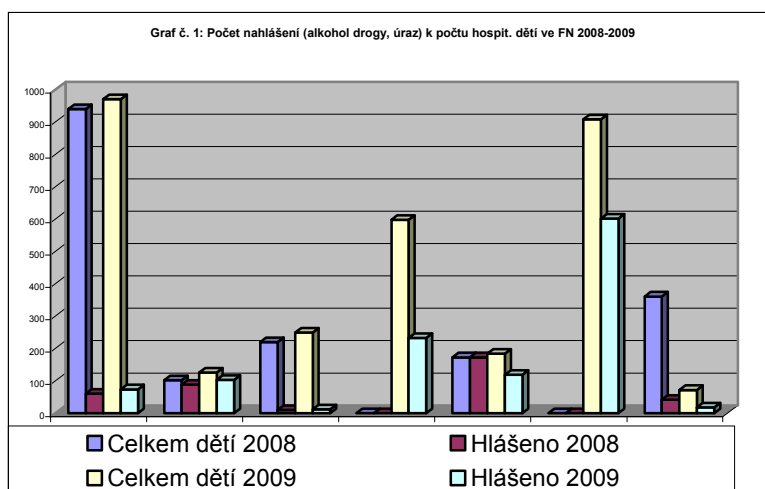
Metoda

Dotazníkové šetření:

Bylo osloveno 165 zdravotnických zařízení v ČR s předpokladem pozice zdravotně sociálního pracovník.

Sběr dat

Celkový počet vrácených a vyplněných dotazníků – 213.

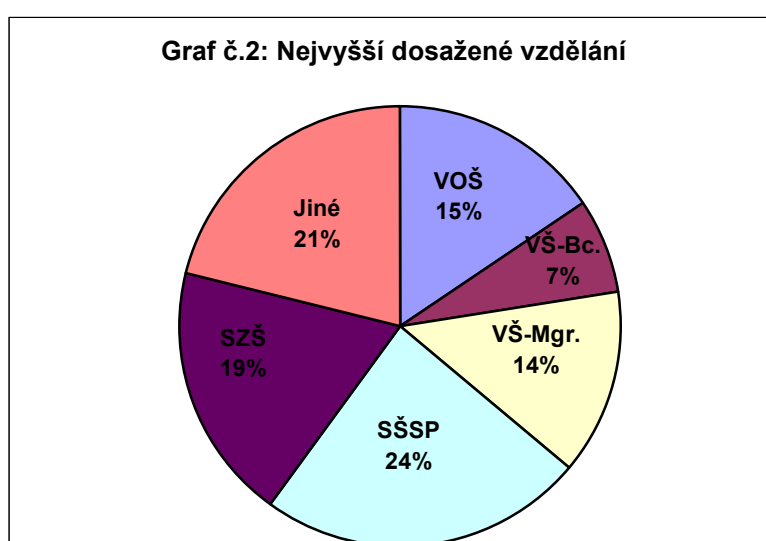


Zdroj: „Indikátory sociální práce Zdravotně sociální sekce ČAS/2010“

Analýza a interpretace dat

Z otázek vyplývá, že samy sociální pracovnice nemají ujasněnou představu o názvu své profese. Ve 14% se vyskytuje pozice „sestra pro sociální službu“ nebo „sestra pro sociální službu - specialista“. V některých případech vykonávají sociální práci souběžně vedle své funkce vrchní či staniční sestry.

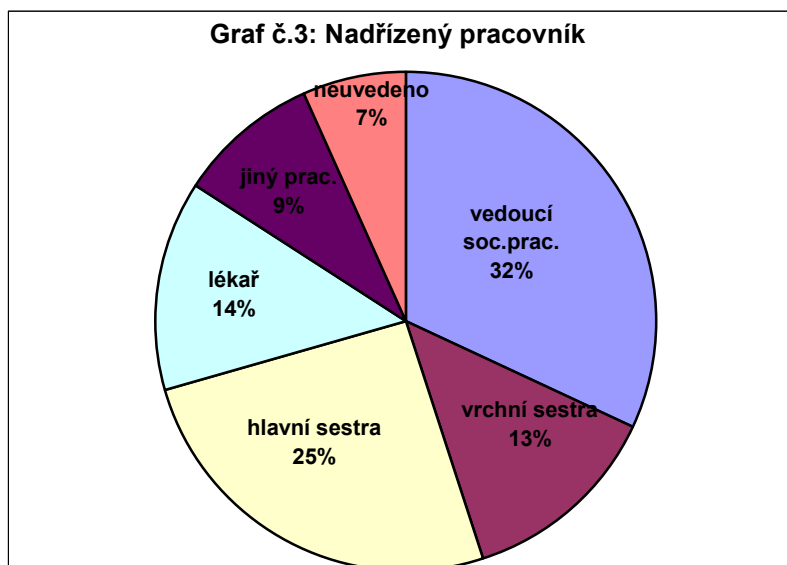
Důležitým ukazatelem, který vypovídá o kvalitě sociální práce u pacientů, je požadovaná úroveň vzdělání. Je příznivé, že 64% z dotazovaných splňuje odpovídající odbornou kvalifikaci a je odborně způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. 36% respondentů absolvovalo vzdělání na vyšší odborné nebo vysoké škole, což je studium oboru sociálního zaměření jako základní požadavek soudobé sociální práce. Zcela nežádoucí je zjištěná skutečnost, že jedna pětina sociálních pracovnic má jiné vzdělání než sociální (viz Graf č.2: Nejvyšší dosažené vzdělání). Kvalita sociální práce u pacientů tak může být nízká a velmi sporná.



Poznámky: VOŠ – Vyšší odborná škola sociálně právní, VŠ – Vysoká škola, SŠSP – Střední škola sociální právní, SZŠ - Střední zdravotnická škola

Zdroj: „Analýza činnosti Zdravotně sociální sekce ČAS v roce 2007“

Ukazuje se, že pouze ve 32% se dostává sociálním pracovníkům odborného metodického řízení. V případě vedení pracovníkem jiné profese lze hovořit o personálním vedení nikoliv odborném (viz Graf č.3: Nadřízený pracovník). Pokud pracuje sociální pracovník pod odborným dohledem mají jej, dle zákona o nelékařských povoláních, vykonávat odborníci daného oboru. V opačném případě pak sociální práce pozbývá na odbornosti a kvalitě a tak i ztrácí možnosti dalšího rozvoje. Z odpovědí vyplývá, že stěžejní činnosti odpovídají současné vyhlášce MZ č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Bohužel k těmto činnostem se u mnohých sociálních pracovníků přidružují i ty, které náleží do kompetence jiných pracovníků. Téměř 30% sociálních pracovníků hospodář s penězi pacientů! V dotaznících vypisují například: vedení pokladny zařízení, evidenci stravování zaměstnanců, zajišťování převozů a dokladů k převozu pro zahraniční pacienty, vystavování neschopenek, posílání propouštěcích zpráv, vyhodnocování lůžkového fondu, vyhodnocování dekubitů a indikátorů kvality, zastupování v archivu zdravotnické dokumentace, zajišťování prodeje plenkových kalhotek, občasné sanitářské služby na oddělení a mnoho dalších činností, které nesouvisí s výkonem sociální práce. Stručně tento fatální stav shrnula v dotazníku jedna z respondentek: „Sloužím ostatním z personálu!“



Zdroj: „Analýza činnosti Zdravotně sociální sekce ČAS v roce 2007“

Přibývají nové fenomény sociální diagnostiky jako například neschopnost dostát peněžním závazkům a následně opakující se stále reálnější exekuce. S rostoucí problematikou a velkým počtem klientů na jednu sociální pracovníci, přibývající administrativou a zastaralou technikou vykonávají sociální pracovníci profesní aktivity při stále se zvyšujícím pracovním vypětí a stresu. Převažuje nedostatek času na sociální práci s pacienty, neuspokojivá spolupráce s ostatními zdravotníky a jejich tlak na okamžitá řešení situací pacientů. U odpovědi respondentek na aktuální problémy při výkonu práce převažují zejména: zdlouhavá a komplikovaná umístování pacientů do zařízení sociální péče, nedostatečná spolupráce ze strany organizací rezortů Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví, stigmatizace duševně nemocných ze strany veřejnosti, bezvýhodnost situace pacientů, kteří jsou zcela bez prostředků, zdlouhavá činnost soudů při řízení o ochranných léčbách, způsobilosti a opatrovnictví, nedostatek zařízení pro následnou péči u duševně nemocných, zdlouhavé lhůty při vyřizování příspěvku na péči, nedostatečná zodpovědnost rodičů a přesouvání této zodpovědnosti na zdravotnická zařízení, nepřipravenost rodinných příslušníků na stáří.

131

Hodnocení

Analýza odhalila nedostatky v náplni práce a činnostech sociálních pracovníků, nerespektování zákona č. 96/2004Sb., o nelékařských povoláních a vyhlášky č. 424/2004Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Sociální pracovníci (mimo fakultní nemocnice a psychiatrické léčebny) volají po možnosti odborných konzultací, supervize a kvalitním metodickém vedení.

Jednoznačně se prokázala nutnost:

1.

stanovení minimálního počtu zdravotně sociálních pracovníků a akceptace opakovaně podávaného stanoviska a návrhu našeho výboru ČAS k nově připravované vyhlášce MZ o personálních minimálních požadavcích ze strany tvůrců legislativních norem

2.

kvalitní soudobé koncepce sociálních pracovníků ve zdravotnictví

3.

nezbytného posílení kompetencí a vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků, tak jak je tomu u jiných nelékařských profesí.

Závěr

Význam sociální práce ve zdravotnictví neustále roste. Sociální práce jako obor má nezměrný potenciál při řešení celospolečenských problémů. Český sociolog PHDr. Jan Keller říká, že sociální práce je symbolem kulturnosti a civilizovanosti a znamením toho, že společnost není netečná k osudu těch, jimž se z různých důvodů nedaří. V sociální práci jsme schopni řešit jen důsledky, samotné příčiny však ovlivnit nedokážeme. Smyslem a cílem naší sociální práce je integrace. Východiskem jsou slabí jedinci.

Mějme prosím na paměti, že nemůžeme směřovat k cíli bez ohledu na etiku cesty, jíž se k tomuto cíli ubíráme. V žádném systému - tím méně v demokratickém a právním státě - nemůžeme ponechat slabé jedince mimo pokud možno účinnou sociální síť. Při své práci mějme neustále na zřeteli nejen cíl našeho směřování, ale současně i východisko našeho snažení, jímž je vždy člověk.

Literatura:

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských povoláních

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Výzkumné projekty Zdravotně sociální sekce České asociace sester, 2007 - 2009

MATOUŠEK, v., *Metody a řízení sociální práce. Portál s.r.o.:2008,384 s.,ISBN: 978-80-7367-502-8*

PAULS. H., *Klinische Sozialarbeit.*München/Basel: Reinhardt (UTB), 171 Seiten, 2004, ISBN 3-8252-2697-2

Kontaktní adresa:

Mgr. Věra Marková

Oddělení sociální

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: vera.markova@fnmotol.cz

KULTURNĚ DIFERENCOVANÁ PÉČE O MORMONY

Helena Michálková; Andrea Hudáčková

Katedra ošetrovatelství, Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v
Českých Budějovicích

Souhrn:

Tento příspěvek je orientovaný na příslušníky Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů, kteří se nazývají Mormoni. Cílem práce bylo zjistit specifika při poskytování ošetrovatelské péče u příslušníků Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů. Dále zmapovat přístup ke zdraví a specifika životního stylu příslušníků této církve. Pro důkladné vystihnutí dané problematiky byly provedeny rozhovory s členy církve. Výsledky výzkumu potvrdili, že příslušníci církve jsou s poskytovanou péčí spokojeni, přesto by si přáli větší zájem a respekt zdravotníků k jejich náboženství.

Klíčová slova:

Multikulturní ošetrovatelství; Transkulturní ošetrovatelství; Mormoni; Církev Ježíše Krista Svatých posledních dnů; Spirituální potřeby

Úvod:

Problematika multikulturní péče je v současném globalizovaném světě velmi aktuální. Je tudíž pravděpodobné, že se pracovníci ve zdravotnických zařízeních budou s příslušníky minorit setkávat čím dál častěji. Proto, aby poskytli kvalitní ošetrovatelskou péči vycházející z principů holismu, musejí znát a respektovat kulturní a náboženské odlišnosti a potřeby příslušníků jiných minorit. Sestra poskytuje příslušníkům náboženských skupin kulturně diferenciovanou péči a proto je důležité zjišťovat odlišnosti, abychom ošetrovatelkou péči mohli adekvátně přizpůsobit specifickým potřebám příslušníků minorit. Tento příspěvek je zaměřen na mapování přístupu příslušníků Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů (CJKSPD) - Mormonů ke svému zdraví, na specifika životního stylu a vztah této náboženské minority k poskytované zdravotnické péči v ČR.

Cíl práce:

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče u příslušníků Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů. Zmapovat přístup příslušníků církve ke svému zdraví a zmapovat specifika životního stylu. Dále jsme zjišťovali vztah této náboženské minority k poskytované zdravotnické péči v České republice. Ve kvalitativním výzkumném šetření byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jaký vztah mají příslušníci CJKSPD ke svému zdraví?
- Mají příslušníci CJKSPD specifika ve stravování?
- Jaký vztah mají příslušníci CJKSPD ke zdravotní péči poskytované v ČR?
- Mají příslušníci CJKSPD specifické spirituální potřeby během poskytování ošetrovatelské péče?

Metodika:

K naplnění cílů bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou polo- standardizovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden se sedmi členy Církve Ježíše Krista Svatých posledních dnů. Rozhovory byly analyzovány v sumarizačních tabulkách. Výzkum probíhal v Praze a Českých Budějovicích. Rozhovory byly realizovány v měsíci dubnu a květnu 2009. Rozhovor měl několik částí: identifikační údaje; vnímavost vůči nemocem a onemocnění; upřednostňování některých jídel nebo naopak vyhnutí se některým pokrmům; obvyklá péče o

zdraví v dané kultuře; plánované rodičovství; specifika umírání; specifika při hospitalizaci a nemocniční prostředí.

Výzkumný soubor:

Vzhledem k cílům výzkumného projektu jsme si za zkoumané osoby zvolili příslušníky CJKSPD. Pro získání dostatečného počtu respondentů byla použita metoda záměrného výběru. Jediné kritérium výběru bylo náboženské přesvědčení respondenta, věk ani pohlaví respondenta nerozhodovaly. Výzkumný soubor tvořili tři muži a čtyři ženy. Nejmladší respondentce bylo 23let a nejstarší 88let. Čtyři respondenti mají vysokoškolské a tři středoškolské vzdělání. Nejkratší doba členství respondenta byla dva roky a nejdelší 55let. Tři respondenti byli ženatí, dvě respondentky svobodné, jedna respondentka je vdova a jedna je rozvedená. Dvě respondentky jsou Američanky na misijní činnosti v ČR. (viz tabulka 1)

Výsledky:

Tab. 1 Identifikační údaje

| Identifikační údaje | | | | | | | |
|---------------------|---------|---------|------------|----------------------|-------------|------------|------------|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Věk | 40 | 61 | 23 | 88 | 53 | 71 | 49 |
| Vzdělání | VŠ | VŠ | studuji VŠ | SŠ | VŠ | SŠ | SŠ |
| Sociální status | Ženatý | Ženatý | Svobodná | Svobodná | Ženatý | Vdova | Rozvedená |
| Pohlaví | M | M | Ž | Ž | M | Ž | Ž |
| Počet let v Církvi | 19 | 28 | 2 | 13 | 5 | 55 | 41 |
| Forma vyznání | Aktivní | Aktivní | Aktivní | Modlitba a živ. styl | Řadový člen | Misionářka | Misionářka |

134

Tab. 2 Potraviny tekutiny

| Potraviny tekutiny | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|-------------------------------------|--|--|--|---|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Zakázané potraviny | Nejsou | Ne | Ne | Ne | Káva a černý čaj | Ne | Ne |
| Specifika při stolování | Modlitba před jídlem | Modlitba | Nedodržuji – nemám | Ne | Nejsou, modlitba před jídlem | Modlitba | Modlitba |
| Půsty, rituály | Půst 1x měsíčně bez jídla a tekutin, výjimka jsou děti, těhotné a nemocní | Půst 1x neděle v měsíci, nic nejíst a nepít, individuálně lze tekutiny | 1x za měsíc – první neděle v měsíci | Nemohu dodržovat půst kvůli DM omezují potraviny a piji jen vodu | Postí se jednou za týden na jeden den, jednou za měsíc se postí na tři dny | Ano 1x měsíčně – první neděle v měsíci – nic nepije ani nejí | Ano pravidelně 1x za měsíc postí první neděle v měsíci. |
| Doporučuje víra zdravou výživu | Ano – Slovo moudrosti | Ano – Slovo moudrosti | Ano – Slovo moudrosti | Zákaz pro tělo škodlivých látek | Slovo moudrosti | Ano – Slovo moudrosti | Ano – Slovo moudrosti |
| Pití kávy | Ne | Nesmí | Ne | Ano | Ne | Ne | Ne |
| Konzumace čaje | Černý a zelený ne, ovocný ano | Ovocný ano, černý a zelený ne | Ano ovocný | Ovocný | Ne černý a zelený | Ne | Jen ovocný |
| Konzumace alkoholu | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne |

Tab. 3 Vztah ke zdraví

| Vztah ke zdraví | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|--|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Vztah ke zdraví | Dar od Boha | Ctím je Chráním, neničím si zdraví | Je pro mě vším – musím si ho hýčkat | Váží si zdraví | Starám se o tělo, dodržování nauk | Být zdraví je svoboda, možnost dělat co chce | Zdraví pro ni znamená svobodu |
| Jak ochraňujete zdraví | Zdravý životní styl, sport - aktivita, volba potravin | Výživa, aktivita – pohyb a odpočinek | Dodržuji doporučení – Slovo moudrosti | Snaží se dodržovat Slova moudrosti | Nepije alkohol, kávu, černý ani zelený čaj, horké nápoje | Pro posílení zdraví dodržuje Slovo moudrosti | Pro posílení zdraví dodržuje Slovo moudrosti |
| Typické chování když někdo onemocní | Tradiční péče, můžeme alternativní podporu, modlitba | Nemocný se modlí za sebe, ostatní za něj | Rodina se semkne, najde si čas, požehnání za uzdravení | Zvláštní požehnání od nositele kněžství | Kněz - muž vloží ruce na hlavu nemocnému a požehná | Pečuje o něj – postará se | Staráme se – modlíme |
| Transfúze a krevní deriváty | Není problém | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Transplantace | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Odmitáte diagnostických či léčebných výkonů | Ne | Ne | Ne | Ne | Ne | Nedarovat zárodečno u tkáň | Ne darování zárodečné tkáně |
| Očkování dětí | Ano | Ano | Ano | Bezdětná | Ano | Ano | Ano |

Tab. 4 Plánované rodičovství

| Plánované rodičovství | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|----------------------------|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Specifika v oblasti těhotenství a šestinedělí | Nejsou | Vynechání půstu | Nepostí se | Nevím | Nevím | Nejsou | Bez půstu – pečuje se o ní |
| Alternativní druhy porodu | Ne v nemocnici | Na ženě na rodině | V nemocnici | V nemocnici | V nemocnici | Individuální dle ženy | Individuální |
| Interrupce | Zakazuje me, výjimka ohrožení života, znásilnění incest | Nesouhlasí me – pokud je nechtěné těhotenství je vhodná adopce | Jen ve výjimečných případech – znásilnění | Pokud není ohrožen život ženy, není potrat povolený | Zakázána | Ne | Ne |
| Antikoncepce | V manželství | Je to na rozhodnutí ženy – v manželství | Je možná | Ne | Jen v manželské tví, které již má děti a další nechtějí mít | Je důležité – aby každý měl tolik dětí kolik uživí | Individuální |
| Mimomanželský styk | Není povolen | Závažný přestupek | Ne | Zákon cudnosti | Ne | Ne | Ne |

Tab. 5 Specifika umírání

| Specifika umírání | | | | | | | |
|---|---|---|--|--------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Obřady spojené s umíráním | Požehnání jako u nemocných vkládání rukou | Umírající se rozloučí – není obřad jako poslední pomazání | Požehnání | Požehnání | Po smrti, bude rodina opět sjednocena | Na pohřbech zní náboženská písně | Modlitba |
| Péče o umírajícího v domácí péči | Dle stavu umírajícího a zda lékař povolí převoz | Když je to možné – je to pro člověka příjemnější | Dle rodiny, člověka a stavu – individuální | Individuální | Běžné | Ano, pokud v nemocnici tak jsou s ním | Ano |
| Obřad v nemocničním zařízení | Ano | Ano, požehnání pro nemocné | Ano | Ano | Požehnání | Modlitba | Ano |
| Specifika v péči o mrtvé tělo | Pohřeb celé tělo spíše než kremace | Pokud je to možné tak pohřeb do země | Nedoporučuje se kremace | Nevím | Pohřbívá se celé tělo | Ne kremace | Upřednostňuje se pohřeb do země |

Tab. 6 Specifika při hospitalizaci

| Specifika při hospitalizaci | | | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|------------------|----------------------------------|--|-------|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Respekt zdravotníků | Vnímat a respektovat člověka i s jeho vírou | Ano | Myslím, že ano | Ano | Ano | Nevím – nemám zkušenost se zdravotnictvím v ČR | Ano |
| Zdravotníci znají specifika | Není nutné aby znali všechna specifika, když budou vstřícní tak nedojde ke konfliktu | Není potřeba, nezdůrazňují a nevyžadují žádná specifika | Nevím | Spíš neznají | Nevím | Nevím | Nevím |
| Aplikace víry v nemocničním zařízení | Ano | Ano | Ano – víru lze aplikovat kdekoli | Ano lze – modlit | Ano - modlit kdykoliv a kdekoliv | Ano | Ano |
| Zachování rituálů během hospitalizace | Půst dle osobní zodpovědnosti a stavu | Podáváme požehnání v soukromí | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Přítomnost duchovního v nemocnici | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano | Ano |
| Vyhledáváte zdravotníky stejné víry | Nejsou | Ano kdyby byli | Nemáme | Ne | Ne | Ano | Ano |

| Specifika při hospitalizaci | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|-------|-------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| Respondent | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. |
| Co by jste nedovolili zdravotníkům | Nevhodné chování | Mám kladné zkušenosti | Nevím | Jsem se zdravotníky spokojená | Nemám zkušenost, nebyl jsem hospitalizován | Odběr zárodečných buněk | Odběr zárodečných buněk |

Diskuse:

Specifické stravování

Církev doporučuje svým členům dodržovat zdravou životosprávu. Mormoni podléhají tzv. Slovu moudrosti (Vokoun 2009), což je nauka zapovězující alkohol, kávu, některé druhy čaje a jiné drogy a kouření. Členové církve chápou lidské tělo je vzácný dar od boha, o které je potřeba pečovat. Boží přikázání zakazuje tabák, alkohol, kávu, černý a zelený čaj, drogy a tělu škodlivé látky. (oddíl 89 Knihy Nauk a Smluv) Žádný z respondentů nekonzumuje alkohol, ani černý a zelený čaj. Kávu pije pouze jedna respondentka (viz tabulka 2). Vyjma tekutin nemají Mormoni zakázané potraviny. Maso a masné výrobky konzumují střídavě. Konzumaci potravin provázejí modlitbou, kterou je možno pronést i beze slov. Jedno jídlo denně, nejčastěji večeři, konzumuje rodina pohromadě. (Novotný 2001) Mormoni dodržují přísný půst. Jednou měsíčně, nejčastěji v neděli, mají den bez jídla a tekutin. Z půstu jsou vyjmuti těhotné, kojící ženy, děti a nemocní lidé. Tento půst lze individuálně upravovat, například lze držet půst od oběda do oběda, nebo pít malé množství vody. Půst dodržují příslušníci církve i k posílení modlitby.

Vztah ke zdraví

Mormoni uznávají zdraví jako nejdůležitější hodnotu. Tělo je dar od boha a musí o něj pečovat, nesmí požívat drogy, aby ho vědomě ničili. Respondenti o své zdraví pečují zdravým způsobem života, odmítají drogy, alkohol, kouření a sportují. (viz tabulka 3) Roku 1933 zjevil Bůh Josephu Smithovi zdravotní zákon, tzv. Slovo moudrosti. (Vokoun 2009) Jsou v něm zdůrazněny pozitivní účinky dobrého stravování a fyzického a duchovního zdraví. Členové církve věří v léčbu pomocí Boží síly zprostředkovanou kněžími. Nositel kněžství je každý mužský příslušník církve. Božská síla přechází skrz kněží, kteří pokládají ruce na nemocného. (Divett 1963) Zároveň je v něm poukázáno na zákaz pro tělo škodlivých a omamných látek, jako je používání tabáku, alkoholu, kávy, černého čaje, zeleného čaje a samozřejmě zákaz všech drog. Obecně se dá říci, že Slovo moudrosti obsahuje zásady, které v současné době propagují odborníci na zdravou výživu. Příslušníci církve Ježíše Krista svatých posledních dnů mají důvěru v klasickou medicínu. V nemocničních zařízeních neodmítají v zájmu svého zdraví žádný vyšetřující ani lékařský výkon, mohou se podrobit transplantaci či přijmout krevní deriváty. (viz tabulka 3) Analgetika při bolesti přijímají, do omamných látek je nezahrnují. Zákaz kouření není striktní je to pouze doporučení. (Michálková 2009)

Plánované rodičovství

Církev se řídí i morálními zásadami, které učil Ježíš Kristus. Patří k nim poctivost, láska, rozvoj lidského charakteru, poslušnost zákonům země, pohlavní vztah pouze mezi mužem a ženou, kteří jsou spolu řádně oddáni. Je to tzv. Zákon cudnosti. Znamená to, že před svatbou nesmí dojít k pohlavnímu styku a po svatbě může být pohlavní styk pouze s manželkou nebo s manželkou (Anon 2010). Mormoni uznávají sex pouze v manželství pro zplození dětí, ale i toto pravidlo není striktní, někteří členové církve aplikují prvky plánovaného rodičovství a vdané žena mohou užívat antikoncepci (Michálková 2009). Církev má odmítavý postoj k interrupcím, ale pokud je riziko ohrožení života ženy, tak potrat nezakazují a nechají rozhodnutí na jednotlivci a jeho rodině. Respondenti preferují porody v porodnicích, ale je na

individuálním rozhodnutí ženy, zda si zvolí klasickou formu porodu na porodním sále, nebo alternativní formu porodu například v domácím prostředí v přítomnosti porodní asistentky (viz tabulka 4). Své potomky Mormoni nechávají očkovat (viz tabulka 3).

Specifika umírání

Rozloučení s umírajícím lze provést v nemocničním zařízení. Příslušníci církve pokládají na umírajícího ruce a provedou požehnání, které není specifické jako katolické poslední pomazání. Na pohřbech zní náboženské písně a krátké proslovy pojednávající o životě zesnulých a o učení Ježíše Krista. Členové církve věří, že v životě, který přijde po smrti, bude rodina opět sjednocena, a proto se pohřby vyznačují nadějí a vírou (Anon 2010). Respondenti uvádějí, že příslušníci CJKSPD preferují pohřeb do země před kremací. Rozloučení se zesnulým mohou provést v nemocničním zařízení, kde provedou modlitbu (viz tabulka 5).

Specifika při hospitalizaci

Způsob modlitby není omezen případnou hospitalizací. Příslušníci církve se mohou modlit, kde chtějí, mohou jít do modlitebny či zůstat doma, jak jim to vyhovuje, protože věří, že bůh je všude (viz tabulka 6). Mohou uskutečnit modlitbu tedy i během hospitalizace. Mormoni nemají žádná omezení v oblasti podávání medikamentů, neodmítají žádné léky (Michálková 2009). Mormonismus vychází z křesťanství, proto nemají příslušníci církve problémy s hospitalizací v ČR. Stejně jako každý jiný člověk prožívají hospitalizaci individuálně. Každý příslušník této Církve může během nemoci požádat tzv. nositele kněžství, kterým je každý mužský člen, o požehnání k uzdravení (Dolák 2006). Respondenti se domnívají, že není potřeba, aby zdravotníci znali specifika jejich víry. Pokud budou vstřícní a vnímaví k jejich potřebám nedojde ke konfliktům. Respondenti pouze očekávají od zdravotníků respekt k jejich náboženství (viz tabulka 6). Většina respondentů se domnívá, že zdravotníci o spirituálních potřebách a o specifikách jejich náboženství nemají dostatek informací, ale nepovažují to za zásadní. Většina dotazovaných uváděla, že jsou s péčí v ČR spokojeni.

138

Závěr:

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na mapování přístupu příslušníků Církve Ježíše Krista svatých posledních dnů ke svému zdraví, na specifika životního stylu a vztah této náboženské minority k poskytované zdravotnické péči v ČR. Výzkum prokázal, že Mormoni považují své zdraví za dar od boha, které musejí chránit. Víra podporuje zdravý životní styl Slovem Moudrosti, které zakazuje konzumaci kávy a alkoholu. Mormoni nemají problémy s hospitalizací v ČR. Hospitalizace na ně působí stejně jako na ostatní občany. Každý jedinec prožívá hospitalizaci individuálně. V této souvislosti nejde o střed kultury či náboženství. Výsledky výzkumu potvrdili, že příslušníci církve jsou s poskytovanou péčí spokojeni, přesto by si přáli větší zájem a respekt zdravotníků k jejich náboženství.

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu NS/9606-3, který je realizován za finanční podpory IGA MZ ČR a probíhá na ZSF JU.

Literatura:

- ANON *Slovo Moudrosti* [online] Dostupné z: <http://www.mormon.cz/> [cit. 2010-25-5]
DOLÁK, F. [Specifika ošetřování komunity mormonů](#). *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 6, s. 22. ISSN 1210-0404
DIVETT R.T. *Medicine and the Mormons*. Library of Medical Science 1963. [online] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC197931/pdf/mlab00186-0032.pdf> [cit. 2010-8-4]

MICHÁLKOVÁ, H., ŠEDOVÁ, L., TÓTHOVÁ, V. *Specifika ošetrovateľskej péče mormonů*. Florence, 2009, roč. 5, č. 7-8, s.38. ISSN 1801-464X
NOVOTNÝ T. *Proč právě Mormoni*. [online]. Dingir 2001. Dostupný z:
<http://www.dingir.cz/archiv/Dingir301.pdf> [cit. 2010-20-5]
VOKOUN, J. *Počátky mormonismu* [online] Dostupné z: <http://mormonismus.01.sweb.cz/>
[cit. 2006-2-12]

Kontaktní adresa:

Mgr. Helena Michálková
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovateľství
U Výstaviště 26
370 05 České Budějovice
Email michalkova.hela@seznam.cz

PACIENT MUSLIMSKÉHO VYZNÁNÍ A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Jan Kopecký

Neurologická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek přináší základní pohled na ošetrovatelskou péči o pacienta s muslimskou vírou. Jde o příspěvek k multikulturnímu ošetrovatelství obsahující základní informace o víře a jejím vlivu na ošetrovatelskou péči.

Klíčová slova: *Islám, muslimská víra, ošetrovatelství, multikulturní ošetrovatelství*

Úvod

Islám patří mezi nejmladší světové náboženství. Založil ho Mohamed (pravděpodobně 570-623 n.l.) Předpokládá se, že Mohamed ibn Abduláh byl obchodníkem. Ranné muslimské zdroje udávají, že v roce 611, kdy Mohamedovi bylo asi čtyřicet let, měl vidění v průběhu meditace v jeskyni poblíž Mekky. Mohamed to svým soukmenovcům popsal jako návštěvu archanděla Gabriela, který mu nařídil zapamatovat si a recitovat verše. Ty byly později uspořádány do Koránu. Dále mu archanděl Gabriel sdělil, že si ho Bůh (Alláh) vybral jako posledního proroka pro lidstvo. Mohamed byl úspěšným náboženským, politickým i vojenským vůdcem. Nezavrhl Judaismus a Křesťanství, které byly v Arábii již dříve, jen řekl, že byl Bohem poslán, aby zdokonalil a dokončil jeho učení. Měl své stoupence, ale většina lidí jeho učení zamítala a pokládala ho za lháře a podvodníka. Roku 622 byl nucen uniknout z Mekky a usadil se společně se svými stoupenci ve městě Jathrib (dnes známé jako Medína). Následoval střet mezi Mekkou a Medínou ve kterém muslimové zvítězili. Islámská říše se pod vedením Mohamedových nástupců rozšířila do Palestiny, Sýrie, Egypta a Mezopotámie, dále pak do Severní Afriky a Španělska. Pozdější obchodní a misijní činnost rozšířily Islám do celého světa. (2) Po celém světě přibývá muslimů. Jejich počet na celém světě se odhaduje až na jeden a půl miliardy. To činí z Islámu po Křesťanství druhé největší světové náboženství. Vzhledem k velké porodnosti je Islám nejvíce rozvíjející se komunitou. Geograficky nelze přesně určit hranice, kde lidé vyznávají Islám. Oblast můžeme vymezit jako oblast mezi Marokem na západě, Indonésií na východě Somálskem na jihu a Tureckem na severu. V Evropě za vyloženě muslimské země lze považovat Albánii, Bosnu a Hercegovinu. Jak populace muslimů vzrůstá, tak bude přibývat i potencionálních pacientů v našich nemocnicích. Nyní žije v České republice několik desítek tisíc lidí vyznávajících Islám. Mentalita muslimského pacienta je značně odlišná od našeho běžného pacienta. Dobrá komunikace s muslimskými pacienty i rámci zdravotnické osvěty je velmi důležitá. (2)

V Čechách existuje několik muslimských organizací, nejaktivnější jsou v Praze a v Brně a zaštiťuje je Ústředí muslimských náboženských obcí. Svět se mění. V budoucnosti bude světová kultura naprosto odlišná od té, co známe dnes. (3)

Základní principy vyznání víry

Základní principy muslimského náboženství je pět pilířů Islámu. Prvním pilířem je víra v jedinstvo Boží a božské poslání Mohameda. Dále pak je to modlitba, muslim se musí modlit pětkrát denně s qiblou (ve směru) k Mekce. Dalším pilířem víry je půst v měsíci Ramadán a to od úsvitu slunce do jeho západu. Důležité je také udílení almužny chudým. Je to dva a půl procenta ročních zisků ve prospěch nižších sociálních vrstev. Z této daně se financuje charita

a zajištění chodu obce. Posledním pilířem je pouť do Mekky. Každý muslim by měl alespoň jedenkrát za život tuto cestu absolvovat, pokud mu to zdraví a finanční situace dovolí. (2,4)

Dalšími důležitými články víry jsou kromě víry v jediného Boha také víra v anděly i džiny, víra v posly Boží, víra ve všechny seslané knihy, víra v soudný den a víra v osud, ať dobrý či špatný, neboť vše co se děje se děje s vůlí Alláha. Z toho vyplývá i víra v posmrtný život (ráj a peklo), stejně jako v Křesťanství. (2)

Muslimové nemají duchovní, jak je známe z Křesťanství. V čele stojí Imán, který vede společné modlitby v mešitě a může na základě svého náboženského vzdělání vydávat i určitá rozhodnutí nebo doporučení, jak se chovat v nezvyklých situacích. Může Islám i vyučovat.

Ošetřování muslima v české nemocnici

Péče o muslimského pacienta je jeho vírou do značné míry ovlivněna. Na tomto místě práce uvádím, co všechno potřebuje muslim při pobytu ve zdravotnickém zařízení. (2,4,6)

Jazyková bariéra

Důležitým prvkem pochopení potřeb pacienta-muslima je schopnost se s ním dorozumět. Velká většina muslimů hovoří anglicky, jsou však výjimky, kdy klienti hovoří pouze arabsky. Arabština má navíc ještě mnoho dialektů. Z těchto důvodů je třeba kontaktovat rodinu. Pokud pacient rodinu nemá, nebo není dosažitelná, pak je důležitý kontakt na Ústředí muslimských náboženských obcí. Ti jsou schopni sehnat tlumočnicka, který je důležitý, jak z důvodů lékařských, tak i ošetrovatelských (např. rodinná anamnéza atd.). Ve Fakultní nemocnici v Motole slouží pro kontakt s cizinci Cizinecké oddělení. Ti jsou také schopni sehnat tlumočnicka.

Osobní modlitba

Muslim se má modlit 5x denně: před východem slunce, v poledne, odpoledne, při západu slunce, večer po západu slunce.

Před každou modlitbou mají povinnost se umýt. Rituální mytí se sestává z vypláchnutí úst, očí, uší a z omytí rukou po lokty a nohou po kotníky. Pokud sestra nebo lékař prochází kolem modlíciho, který je otočen směrem k Mekce, musí procházet za jeho zády. Jinak je to považováno za velkou urážku. Občas cítí muslim nutnost pomodlit se i mimo stanovené časy, nebo spojit několik modliteb dohromady. Každý pátek se muslimové modlí dohromady ve skupinách. Nemocný klient, pokud je jeho zdravotní stav špatný, se nemusí modlit vůbec a po uzdravení své modlitby nahradí. (6)

Proto je dobré najít pro ně místnost, kde by to bylo možné. V rámci FN Motol je tímto místem „Prostor ticha“ v přízemí „Modré budovy“. Zde se mohou modlit obrácení k Mekce, jak jedinci, tak i větší skupinky muslimů. V mešitách se nemodlí muži a ženy společně. Muži jsou v chrámu vpředu, ženy vzadu.

U muslimských pacientek je obzvlášť důležité soukromí při očištění před modlitbou a jakmile to zdravotní stav dovolí, je třeba jí toto omývání provádět. Při špatném zdravotním stavu postačí jen symbolické omývání. (4,6)

Náboženské předměty

Často mají muslimové u sebe různé náboženské předměty. Příkladem je Korán, růženec nebo modlitební koberec. Toto jsou pro muslima klíčové předměty a nikdo by na ně neměl sahat ani na ne nic pokládat, obzvlášť osoby, které mohou mít ruce znečištěny krví nebo močí. Taková osoba je rituálně nečistá.

Někteří muslimové nosí na sobě amulet ve formě stuhy, stříbrného či zlatého řetízku ,na nichž jsou citáty z koránu. Pokud pacient na jejich nošení trvá, neměly by se mu násilím odebírat. Neměly by se také při prováděných výkonech namočit, protože věřící neví zdali voda nebyla kontaminována např. močí nebo krví. (4,6)

Návštěvy příbuzných

Je zvykem se během návštěvy u nemocného pomodlit za jeho uzdravení. O nemocné se v rodině starají ženy. Ke každému setkání patří pití kávy nebo čaje. Může nastat problém, pokud si nápoj návštěva chce připravit přímo na pokoji, neboť muslimové používají lihové vaříče.

Strava

Muslimové nesmí jíst vepřové maso, ani výrobky z něj, včetně sádla. Ani příprava jídel na sádle není dovolena. Maso z ostatních zvířat mohou jíst, ale musí být poraženo zvláštním způsobem - nechá se vykrvácet. Jinak mohou jíst muslimové všechny druhy mořských ryb a některé měkkýše např. humry a garnáty. Při sestavování jídelníčku dáváme přednost hovězímu a drůbežímu masu. Vyhýbáme se masu mletému. Na úpravě jídla jinak nezáleží, může být pečené, vařené nebo s omáčkou. (4) Muslimové nesmí pít alkoholické nápoje, ani jíst jídla připravovaná s alkoholem, neboť Korán to zakazuje z důvodů zastření mysli. V rámci FN Motol je možno stravu pro pacienty-muslimy objednat po telefonické dohodě s dietní terapeutkou, která je schopna sestavit pro klienta jídelníček, který bude odpovídat muslimským zvyklostem. Pacient může mít i dietu vegetariánskou. Často se však stává, že pacientovi stravu nosí rodina.

Porodní rituály

Po narození musí být novorozenec po porodu nejdříve vykoupán a pak předán matce. Otec a matka po porodu zašeptá novorozenci do pravého ucha výzvu k modlitbě a do levého pak začátek modlitby. Je to z toho důvodu, aby novorozenec první zvuky, které uslyší, se týkaly muslimské víry. Dále je dítě ostříháno dohola, vlásky se zvaží a stejné množství stříbra nebo zlata je rozdáno chudým. V místních podmínkách je též obětováno nějaké zvíře, zpravidla ovce. Chlapci jsou většinou již sedmý den po porodu obřezáni. Důvody jsou především hygienické a také náboženské. (4,6) U předčasně narozených, těžce nezralých dětí se věnuje zdravotní péče všem, které se narodily nad osmnáctý týden těhotenství.

Péče o ženy

Muslimské ženy chodí zahaleny až po kotníky a při lékařském vyšetření se žádá, aby pacientku léčila a vyšetřovala žena. Pokud to není možné, lze požádat manžela o výjimku, ale vždy bude manžel vyšetření přítomen. V období 5-6ti dnů po začátku menstruace je žena osvobozena od modliteb. Ošetřující personál musí počítat s tím, že žena potřebuje dostatek soukromí. (4,6)

Kontrola porodnosti

Islám připouští kontrolu porodnosti jen pokud použitá metoda nebude mít nepříznivý vliv na zdraví manželů a nevyústí-li v trvalou sterilitu. Potraty jsou povoleny pokud je ohroženo zdraví nebo život matky, nebo pokud je těhotenství mladší než kratší než osmáct týdnů nebo pokud došlo k otěhotnění ženy po znásilnění a jsou obavy z psychických traumat ženy. S potratem musí souhlasit oba rodiče.

Život zachraňující zákroky a eutanázie

Muslimské náboženství dovoluje lékařům používat všechny dostupné metody k záchraně života nebo jeho prodloužení. Transfúze krve mohou být i od dárců neislámského

přesvědčení. Neexistuje však povinnost pokračovat ve výkonech za každou cenu, a tím je prodlužovat utrpení nemocného. Je možné odpojit nemocného od přístrojů, které udržují základní životní funkce. Není dovolena vyžádaná eutanázie, ani asistovaná sebevražda. (4,6)

Péče o nemocné s AIDS

Islámské náboženství je proti homosexualitě. Lidé by měli žít běžným sexuálním životem, který je v souladu s Boží vůlí. Člověk však může onemocnět AIDS například po transfúzi krve. Pokud se tak stalo, tak i muslimští lékaři přijímají AIDS jako kteroukoliv jinou chronickou nemoc. Musí vynaložit všechno své úsilí, aby pacientovi pomohli. Jejich povinností je chránit sebe před nakažením a vést i zdravotnickou osvětu. (4,6)

Umírání a péče o zemřelého.

Umírající muslim si většinou přeje, aby ležel nebo seděl s tváří obrácenou k Mekce. Je-li to možné, snažíme se postel otočit tímto směrem. Přítomnost u lůžka umírajícího vyžadují zpravidla rodinní příslušníci, nebo stařešinové místní muslimské komunity, nebo Imáni.

Účelem přítomnosti rodiny a představitelů komunity je poskytování morální podpory umírajícímu. V případě muže – pacienta jim to umožníme, pokud to stav pacienta dovoluje. V případě ženy – pacientky mohou mužští členové komunity a muž – duchovní vstoupit pouze na výslovné přání umírající ženy. (4,6)

Náboženské obřady se týkají života i smrti, včetně recitovaných pasáží z Koránu. Je zvykem šeptat do ucha umírajícího výzvy k modlitbě. Po smrti je tělo zahaleno a otočeno nohama směrem k Mekce. Náboženské zákony ukládají muslimům speciální přípravu těla na pohřbení. Existují i zvláštní pravidla pro rituální mytí zemřelého a oblečení těla do rubáše. Není-li možné navázat kontakt s rodinou, můžou tyto obřady vykonat i nemuslimové – zdravotníci. Pohřeb by měl být co nejdříve. Je zakázán pohřeb žehem – kremace. Chybí-li kontakt na rodinu, měli by se sociální služby vyvarovat tohoto druhu pohřbu, a to i v případě, že si to umírající vyžadoval. (4)

Stanovení okamžiku smrti a odběr orgánů k transplantaci.

Dříve se definoval okamžik smrti na dobu, kdy plíce a srdce přestaly pracovat. Dnes Islám tuto definici opouští a vlivem medicínských technologií některé filozofické školy přijímají jako rozhodující kritérium smrt mozku. (4,6)

Transplantace je dovolena, jde-li o dar od živého člověka jiné osobě. Transplantace orgánů z mrtvého jedince není přípustná, pokud není souhlas dárce ještě za jeho života. Též souhlas rodiny zemřelého je důležitý. Je nutné příbuzným důkladně vysvětlit důvody odběru orgánů a způsob jejich použití pro transplantaci.

Pitva

Pitva je zakázaná. Tělo patří pouze Alláhu. Nicméně je povolena pokud je třeba přesněji určit příčinu smrti. Další možným důvodem k pitvě je pokud tělo může sloužit k lékařskému výzkumu, nebo k výuce mediků. Poslední možností pitvy muslima je pokud to předepisují zákony dané země. (4,6) Je třeba vysvětlit příbuzným, proč je nutné tělo zemřelého pitvat. Po ukončení pitvy se zahajuje rituální příprava na pohřbení. Zdravotníci musí být připraveni na situace, kdy si rodina zemřelého přeje jeho převoz do vlasti.

Speciální léčebné a preventivní metody

Pro Islám je důležité dodržování všech hygienických zásad. Před modlitbou vždy předchází před vstupem do mešity umývání nohou. Podle Koránu jde zbožnost ruku v ruce s čistotou. Islám přikazuje také časté a pravidelné čištění zubů. Také je důležitá střídmost v jídle. Během svátku Ramadán, který trvá měsíc, nesmí muslim nic jíst, pít ani mít pohlavní styk od

východu do západu slunce. Může se stát, že bude odmítat léky per os. Léků I.V. a I.M. se tento zákaz netýká. Existují skupiny lidí, kteří jsou od pústu osvobozeni. Jsou to především děti, které nedosáhly pohlavní a duševní zralosti, duševně nemocní, staří a chronicky nemocní, pro které by byl púst vyčerpávající nebo by mohl ještě více ohrozit jejich zdraví. Dále jsou to těhotné a kojící matky, které mohou púst odložit. Lidé na cestách, pokud jsou od domova vzdáleni více než osmdesát kilometrů se mohou postít později. Ženy pokud mají menstruaci nebo jsou v šestinedělí nahrazují púst až pomine důvod. Universálním lékem v islámských zemích jsou tzv. černá zrna (semena černuchy), které jsou považována za „všelék kromě smrti“. Také datle jsou lékem vhodným pro ženy po porodu. (6)

Závěr

Porodnost v Evropě, aby se udržela stávající situace, by musela být asi 2,11 dítěte na rodinu. Je zde však pouhých 1,38. S úbytkem populace však ubývá i původní kultury. Mladé populace však neubývá. Je tu především islámská imigrace, která tuto populaci naplňuje. Již nyní 30% dětí ve věku 20 let a méně ve Francii jsou muslimové a této populace bude stále přibývat. Kolem roku 2030 bude ve světě stejný počet muslimů jako křesťanů Podobně se vyvíjí populace nejen v Evropě, ale také v USA. Podle nejčernějších předpokladů se stane svět po roce 2050 v podstatě muslimským. Pacientů-klientů vyznávajících toto náboženství bude stále přibývat a tak nutnost seznámení se s jejich náboženstvím, kulturou a zvyky je stále zřejmější. (5) Z tohoto důvodu je třeba objevovat nové kultury a znát jejich zvyky a omezení. Jen tento postup nám pomůže tyto pro nás zatím nezvyklé pacienty správně a kvalitně ošetřovat. Tato práce se snaží v krátkosti mapovat zvyky muslimských pacientů a pomoci je sestřím vložit do praxe.

144

Literatura:

DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní původce zdravotní sestry*. Druhé, přepracované a rozšířené. Praha : Grada Publishing, spol s.r.o., 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

Islám: In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 22.2.2004, 27.3.2010 [cit. 2010-03-29]. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Isl%C3%A1m>>.

Islám v České republice: In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, 25.5.2006, 8.1.2010 [cit. 2010-03-29]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Isl%C3%A1m_v_%C4%8Cesk%C3%A9_republice>.

4. KOZIEROVÁ, Barbara; ERBOVÁ, Glenora ; OLIVIEROVÁ, Rita. *Ošetrovatel'stvo*. první. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0, 0-201-09202-6.

5. Muslim Gemographic: In *Youtube Broadcast yourself*. [online]. 30.3.2009, 30.3.2009 [cit. 2010-03-29]. Dostupné z WWW: <http://www.youtube.com/watch?v=6-3X5hIFXYU>

6. SRP, Pavel. *Aplikace multikulturních prvků do ošetrovatelského procesu v komunitě* [online]. Tábor, 2004. 8 s. Seminární práce. Střední zdravotnická škola, Tábor,. 12.1.2004, 20.11.2008 [cit. 2010-03-29] Dostupné z WWW: <http://szs.tabor.indos.cz/Projekt/projekt/ose/Data/Texty_multikulturni_osetrovatelstvi_v_isla mske_komunita.doc>

Kontaktní adresa:

Jan Kopecký

Neurologická klinika UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: jan.kopecky@fnmotol.cz

PŘÍSTROJOVÁ TECHNIKA A ÚLOHA SESTRY V KARDIOCHIRURGII (abstrakt)

Ivo Landsmann

Klinika kardiovaskulární chirurgie UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek přibližuje a osvětluje práci sester s přístrojovou technikou na kardiovaskulární JIP. Cílem sdělení je popsat náročnost práce sester s technikou na JIP kardiovaskulární chirurgie, připomenout související legislativu upravující požadavky na práci se zdravotnickou technikou, stručně charakterizovat práci s jednotlivými přístroji a popsat jejich funkčnost.

Klíčová slova: *Zdravotnická technika, legislativa práce, náročnost práce, pomůcky, krevní tlak, invazivní a neinvazivní metody.*

Kontaktní adresa:

Ivo Landsmann, DiS.

Ubytovna E/265

V Úvalu 84

150 00 Praha 5

Email. ivo@lukaskovac.cz

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S VYUŽITÍM LÉČEBNÉ METODY ECMO (abstrakt)

Petra Sentenská

Kardiochirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Autorka příspěvku předkládá základní informace o ošetrovatelské péči u pacientů s využitím léčebné metody ECMO. ECMO (extracorporeal membrane oxygenation) je mimotělní technika poskytující jak mechanickou (srdeční), tak oxygenační (plicní) podporu resp. náhradu orgánových funkcí u pacientů, jejichž plíce a/nebo srdce jsou natolik závažně poškozené, že nejsou schopny plnit své základní funkce – zabezpečit dostatečnou oxygenaci krve a její rozvod k cílovým orgánům a tkáním. ECMO jako oxygenační podpora se nejvíce využívá pro novorozence s nedostatečnou oxygenační funkcí plic, ale také pro dospělé, u nichž vlivem kritického respiračního selhání není krev dostatečně okysličována a hodnoty krevních plynů (zejm. PaO₂) nelze ani pomocí agresivní řízené umělé plicní ventilace udržet v hodnotách zabezpečujících dostatečnou dodávku kyslíku organizmu. V případě srdečního selhání se používá jako krátkodobá oboustranná mechanická srdeční podpora. Cílem sdělení je seznámit poslkuchače s problematikou péče o pacienty s léčebným využitím ECMO z pozice zdravotní sestry s důrazem na:

- *specifické aspekty ošetrovatelské péče, manipulace s pacientem, specializovaná péče;*
- *monitoring vitálních funkcí a stavu vnitřního prostředí;*
- *oběhovou podporu;*
- *individuální zkušenosti s danou léčebnou metodou u pacientů léčených na pracovišti autorky od dubna 2009 do června 2010*

Literatura:

WAGNER, R.: *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. Praha: Grada Publishing, 2009, 336 s. ISBN 978-80-247-1920-7

ZADÁK, Z., HAVEL, E. a kolektiv: *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2007, 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9

KOLÁŘ, J. a kolektiv: *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*, 4.rozšířené vydání. Praha: Galén, 2009, 480s. ISBN 978-80-7262-604-5

KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9

Kontaktní adresa:

Petra Sentenská
Kardiochirurgická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: sentenska.petra@centrum.cz

LÉČEBNÁ MÍRNÁ HYPOTERMIE U NEMOCNÝCH PO SRDEČNÍ ZÁSTAVĚ

Zdeňka Laštovková

Fakultní nemocnice Motol Praha, Kardiologické oddělení

Souhrn:

Autor příspěvku předkládá základní informace o léčebné mírné hypotermii u nemocných po srdeční zástavě na koronární jednotce FNM

Klíčová slova: *Léčebná mírná hypotermie. Srdeční zástava. Tělesná teplota.*

Úvod

Mírná léčebná hypotermie zabraňuje poškození mozku nejen v období anoxie, ale i v dalších 24–72 hodinách po návratu spontánní cirkulace krevního oběhu

Cíl práce

Cílem této práce je podat informace o léčebné proceduře, zabraňující zásadnímu poškození mozku u pacientů po srdeční zástavě provádějící se na koronární jednotce FNM, seznámení s jejími indikacemi, kontraindikacemi a vlastním postupem z pohledu zdravotní sestry

Vlastní text

V roce 2006 jsme na koronární jednotce Fakultní nemocnice Motol začali používat metodu léčebné mírné hypotermie u nemocných po srdeční zástavě.

Mírná hypotermie zabraňuje poškození mozku nejen v období anoxie, ale i v dalších 24–72 hodinách po návratu spontánní cirkulace krevního oběhu.

Ve většině civilizovaných zemí je hlavní příčinou smrti srdeční zástava. Mortalita pro srdeční zástavu mimo nemocnici je 65–95%, pro nemocniční srdeční zástavu mimo jednotku intenzivní péče 40–50%. Pouze 10–20% nemocných je bez neurologického deficitu.

Indikací mírné hypotermie je:

- a) zástava oběhu v nemocnici nebo mimo nemocnici s jakýmkoliv iniciálním rytmem a s dosažením návratu spontánní cirkulace krevního oběhu;
- b) trvající bezvědomí;
- c) umělá plicní ventilace;
- d) doba kratší než šest hodin (od srdeční zástavy).

Absolutní kontraindikací je:

- a) pacient při vědomí po krátké resuscitaci;
- b) status neresuscitovat/neintubovat;
- c) jiná jednoznačná příčina bezvědomí než je srdeční zástava;
- d) spontánní hypotermie pod 30°C.

Relativní kontraindikací je:

- a) závažná oběhová nestabilita po resuscitaci včetně nekontrolovatelných arytmií;
- b) velké krvácení;
- c) těžká sepse/septický šok;
- d) gravidita;
- e) vysoké riziko komplikací či závažné přidružené onemocnění.

Pokud nežádoucí účinky převáží benefit z metody mírné hypotermie, přistupujeme k předčasnému ukončení. Teplotu je nutné zvyšovat postupně.

Při ochlazovací fázi musíme co nejrychleji dosáhnout teploty 33°C. Používáme hlubokou analgosedaci a myorelaxaci. U pacientů s akutním infarktem myokardu zahajujeme mírnou hypotermii již na katetrizačním sále. Je nutná rychlá korekce hemodynamických a metabolických změn.

Pro ochlazení používáme infuzi fyziologického roztoku o teplotě 4°C v dávce 5-15 (až 30) ml/kg během 10-30 min dle hemodynamického stavu nemocného (centrální žilní katetr či dvě široké periferní žilní kanyly).

Ledové obklady se přikládají na: hlavu, krk, hrudník, břicho, končetiny, oblast femorálních tepen, podložíme i záda (eventuelně můžeme provést ledový výplach žaludku - např. 200ml chladného fyziologického roztoku po 2-3 hodinách, ponecháme 30min, pak nasogastrickou sondu uvolníme na spád, dále se provede vypnutí ohřevu ventilované směsi u ventilátoru).

Nemocného nepřikrývat, chránit kůži jednou vrstvou neizolující tkaniny, obklady musí být suché. Je důležité pravidelně provádět kontroly možných omrzlin po celém těle.

Pokud tělesná teplota poklesne na 33,5°C, je potřeba zavčas léčebnou hypotermii upravit, tak aby nedošlo k nežádoucímu poklesu tělesné teploty pod léčebnou mez (z důvodu setrvačnosti poklesu teploty).

Teplotu 32–34°C udržujeme po dobu 12hodin. V udržovací fázi přikládáme obklady, eventuálně jen na trup. Na konci udržovací fáze zastavujeme infuzi s draslíkem. I nadále korigujeme hemodynamické a metabolické změny organismu nemocného.

Ve fázi spontánního ohřívání ukončujeme ochlazování, cílové tělesné teploty 36°C smíme dosáhnout nejdříve za 6 hodin. Teplota může stoupnout maximálně o 1°C za hodinu. Je nutné sledovat, jestli nedochází k hypotenzi a hyperkalémii. Nadále používáme analgosedaci, dle potřeby myorelaxaci.

V dalších 48hodinách udržujeme tělesnou teplotu 36-37°C, nesmí překročit 38°C. Při sklonu k hypertermii podáváme preventivně antipyretika, eventuálně opět fyzikálně

ochlazujeme. Vysadíme analgosedaci a třetí den hospitalizace obvykle přistupujeme ke komplexní enterální anebo parenterální výživě.

Během léčebné hypotermie monitorujeme tělesnou teplotu rektálním čidlem, tepovou frekvenci, invazivní arteriální tlak, centrální žilní tlak, EKG a saturaci kyslíkem. Bilanci tekutin sledujeme po 2hodinách, pacient je sledován echokardiograficky.

Pravidelné kontroly laboratorních hodnot:

- Astrup (arteriální) po 2-4 h, po stabilizaci po 6h
- Astrup (horní dutá žíla/plicnice) po 6h
- Na, K, Ca, Mg, P po 6h
- Glykémie po 1-2 h, po stabilizaci po 2-4h
- troponin,CK-MB po 8h
- urea, kreatinin, AST, ALT, ALP, GMT, bilirubin celkový po 12h
- AMS, CB, albumin po 12h
- Laktát po 6h
- CRP, INR, fibrinogen, AT III po 24h
- APTT po 6h
- KO + diff po 12h

Hypotermie ovlivňuje veškeré biochemické ukazatele organismu, je nutná kontrola, případně substituce...

Neurologické vyšetření provádíme:

- a) při přijetí;
- b) při dosažení tělesné teploty 33°C;
- c) šestou hodinu udržovací fáze;
- d) na konci udržovací fáze;
- e) po ohřátí na 36°C;
- f) po 48 hodinách od přijetí a dále dle stavu.

Podpůrnou léčbou je:

- analgosedace – používáme dormicum eventuálně propofol a sufetu;
- myorelaxace – podáváme pavulon;
- prevence stresového vředu – podáváme omeprazol;
- antibiotika – nepodáváme paušálně, ale cíleně;
- výživa v obvyklé komplexní formě od třetího dne, lépe enterálně;
- další medikace je dle potřeby a stavu nemocného.

Závěr

Mírná hypotermie je jediný známý postup redukující riziko neurologického postižení a pravděpodobně i mortality u nemocných po srdeční zástavě. Tato léčba je oficiálně doporučena jako standardní postup po resuscitační péči u nemocných po srdeční zástavě.

Kontaktní adresa:

Zdeňka Laštovková
Kardiovaskulární centrum
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 00 Praha 5 – Motol
Email: pratina@seznam.cz

ANESTEZIE DĚTÍ PŘI AMBULANTNÍCH VÝKONECH (abstrakt)

Eva Krejčová, Alena Hyršlová

Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Ve FN v Motole se podává ročně 10500 anestezií pacientům od 0 do 18 let. Z tohoto počtu je asi 2300 u ambulantních nebo krátkých a tzv. „malých“ výkonů. Tyto anestezie se podávají na poliklinických pracovištích ve FNM. Jsou to: RTG, MRI, CT, Gastroskopie, Bronchoskopie, Scintigrafie, Onk.ozařovny, Stomatologie, ORL poliklinika. Všechna pracoviště jsou vybavena anesteziologickým přístrojem a stolkem se všemi pomůckami pro podání anestezie. Dle pracoviště a typu výkonů ještě speciálními pomůckami (polomasky, LMA ...a pod.).

Na některých pracovištích je možná přítomnost rodiče (převážně matky) u úvodu do anestezie. Anestezie podáváme i na detašovaném pracovišti (radioterapii) dětské onkologie, kam jezdíme sanitou. Po anestezii je pacient v doprovodu lékaře a sestry vrácen zpět na oddělení.

Anestezie podávané na poliklinických pracovištích jsou typické svými protiklady. Provádí se zde výkony velmi krátké (5 až 10 min), ale bolestivé (např. odběr KD). Naopak např. na MRI jsou anestezie delší, ale pacient musí 20 až 60 min „jen“ ležet v naprostém klidu, což je u dětí (kojenců) bez anestezie neřešitelné. Anestezie jsou lékařem podávány tak, aby se pacient rychle zotavil. Hned po výkonu si pacienta odváží sestra zpět na oddělení. Pokud se jedná o ambulantní pacienty, jsou po kontrole anesteziologem propuštěni za 4hod. domů.

Klíčová slova: Anestezie, Ambulantní anestezie, Dětský pacient

Kontaktní adresa:

Bc. Eva Krejčová

Klinika anesteziologie a resuscitace UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: eva.krejцова@fnmotol.cz

NIEKTORÉ SOCIÁLNE PROBLÉMY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Nataša Bujdová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Súhrn:

Moderná, myslíme tým vzdelaná a eticky motivovaná Sestra potrebuje sa naučiť, vedieť sa orientovať i v iných pomáhajúcich profesiách v snahe chápať názory, postoje a najmä chovanie chorého človeka, jej pacienta. Niekedy je ešte náročnejšie chápať a zaujať stanovisko k úzkostlivým príbuzným, najmä rodičom a partnerom.

KLúčové slová: Sociálna práca, Onkologický pacient, Ošetrovatel'stvo

Úvod

Sestra vie zo školy i praxe, že každá ľudská bytosť je jedinečná s vlastnou identitou. Líšime sa svojimi záujmami, vedomosťami, vlastnosťami, schopnosťami, temperamentom, charakterom apod. Rovnako sme vyšli z určitého prostredia, z hodnotového systému našich rodín a sveta okolo nás. Dnešný holistický chápaný človek predstavuje viacero dimenzií, ktoré sa vzájomne dopĺňajú a ovplyvňujú. Hovoríme o dimenzii telesnej, duševnej, sociálnej dnes i duchovnej. Pri každodennom kontakte s pacientami je tak sestra konfrontovaná s mnohými problémami, ktoré priamo, ale najmä nepriamo súvisia s komplexom sociálnych vzťahov pacienta, s jeho súčasným zdravotným stavom, jeho chorobou a jej následkami.

Osobitne prežíva svoju chorobu onkologický pacient. V povedomí verejnosti je onkológia odborom, ktorý vyvoláva úzkosť a strach a to i napriek tomu, že včasná diagnóza a primeraná liečba zásadne zmenili prognózu mnohých nádorových ochorení. Ale slová, ako maligné ochorenie alebo ľudovo rakovina stále spôsobuje vážne a často aj oprávnené obavy.

Náš príspevok je stručný a chápeme ho skôr ako zamyslenie, jako podnet či výzvu k jeho interpretácii v pomáhajúcich profesiách, ku ktorým zdravotnícka starostlivosť a ošetrovatel'stvo ošetrovatel'stve patria.

Poznať pravdivú informáciu o svojej chorobe je právom pacienta, ale zostáva aj etickou výzvou pre zdravotníkov kto, kedy, ako a komu to má povedať. Iste najkompetentnejším podať takú informáciu je lekár. Avšak pacient sa často obracia i na sestru o doplňujúce informácie o chorobe a liečbe. Podať informáciu o každom závažnom ochorení, ako i onkologickom vyžaduje osobitný prístup, komunikačné schopnosti, aby spôsob podania informácie nezraňovali informovaného viac ako vlastný obsah informácie. Sestra k tomu potrebuje nájsť si čas, vhodné miesto v snahe podať pravdivú, informáciu taktne, ale s prvkami reálnej nádeje, podmienenej súčasnými možnosťami medicíny a snahou prejavit' ochotu k nasej spoluúčasťou na podpore liečby, i keď všetko v rámci profesionálnej kompetencie sestry.

Miera schopnosti prijať informáciu o diagnóze nádorového ochorenia bude podmienená predchádzajúcimi nepriamymi skúsenosťami s onkologickým ochorením v okolí a opakovanými rozhovormi s pacientom o otázkach a problémoch, ktoré ho trápia a pre ktoré sa zveruje sestry. Nejde o stav, ale ide o rôzne dlhý proces spojený s úzkosťou a strachom

o život, s ohrozením zamestnania, postavenia chorého v partnerských vzťahoch a jeho rodine, v zabezpečovaní rodiny, ekonomickej situácie rodiny, sociálnych kontaktov a často až zdrcujúce otázky ako budú žiť " moji ", keď ja tu nebudem. Nie je vôbec jednoduché vyporiadať sa pacientovi a jeho rodine s onkologickou diagnózou a nie každému sa to podarí. Lekár a najmä sestra môžu pacienta a rodinu usmerniť k psychológovi, duchovnému a v depresívnom stave ohrozenia i k psychiatrovi. Nezabúdajme i na sociálnych pracovníkov, ktorí sú skolení a schopní pomôcť riešiť sociálne problémy chorého a jeho rodiny.

Ale nejde len o stanovanie diagnózy, ide o ďalšie opakované, zaťažujúce vyšetrenia, o konzervatívnu a často i chirurgickú liečbu, spojená s bolesťou, utrpením a mnohými ťažkosťami v tým spojenými. Dnes verejnosť vie, čo znamená chemoterapia a jej sprievodné následky. Úspešnosť liečby je potom komplexnou spoluúčasťou nie len samotných zdravotníkov, ale viacerých pomáhajúcich profesií, najmä však rodiny a spoluprácou samotného pacienta. Spolupráca predpokladá už aj prevenciu onkologických ochorení a to nie len v životospráve, ale i v pravidelných preventívnych vyšetreniach vzhľadom k veku a pohlaviu, ako i profesionálnym a geografickým rizikám a pod.

Záver

Záverom dovoľte mi otázku. Potrebujeme stále hovoriť o onkologických ochoreniach v ošetrovatelstve? Iste áno a to nie len všeobecne pre ich nárast, ale najmä orientované na niektoré obzvlášť rizikové skupiny mnohých onkologických ochorení, kde je prevencia dokázaná, ale i včasná liečba podmienkou a predpokladom vyvracať mýtus celospoločenskej úzkosti pred onkologickými chorobami. S chorobou sa pacient a jeho rodina skôr neskôr musí vyrovnáť, avšak psychologické a najmä sociálne dopady budú dlho pretrvávajúť.

Literatúra

u autorky.

Kontaktná adresa:

PhDr. Nataša Bujdová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Námestie 1. mája č. 1

810 00 Bratislava

Slovenská republika

NIEKTORÉ SOCIÁLNE PROBLÉMY ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Nataša Bujdová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Súhrn:

Náš príspevok je stručný a chápe ho skôr ako zamyslenie, ako podnet či výzvu k jeho interpretácii v pomáhajúcich profesiách, ku ktorým zdravotnícka starostlivosť a ošetrovatelstvo patria.

Kľúčové slová: *Etika; Filozofia; Relativizmus; Ošetrovatelstvo*

Úvod

Relativizmus je filozofická teória zameraná na relativitu chápania situácií, vedomostí i postojov. Vo vede je relativita spojovaná s Einsteinovou teóriou relativity času a vzdialenosti v priestore. Táto teória relativity v ďalšom vytvorila platný systém vo všetkých prírodných vedách a zákonoch gravitácie. Teória zmenila naše predstavy o vzdialenosti svetov a hviezd ako aj o mikrosvete tak atomu ako aj živej bunky. Zatiaľ čo vo fyzike je teória relativity zatiaľ nespochybniteľná, objavujú sa názory o jej spochybňovaní v iných oblastiach života. Preto i relativizmus vo filozofii a jej disciplíne ako je etika či už teoretická alebo aplikovaná, zostáva problémom a možným úskalím.

Vlastný text

Relativizmus v etike poukazuje na to, že čo je dobré a zlé závisí na osobitostiach danej kultúry, na jej tradíciách a konečne často i na požiadavkách vládnucej moci, ktorá sama definuje a určuje čo je dobré a čo zlé tak mediálnou politikou ako aj právnym systémom.

Čo je dobré pre jednu spoločnosť, môže byť zlé a neprijateľné pre inú. 40 rokov totalitného komunizmu u nás a iných krajinách názorne previedli v teórii i praxi relativitu etiky v celom živote spoločnosti. Ukázalo sa to najmä na definícii slobody a demokracie pri súčasnom odsudzovaní chápania slobody a demokracie západného typu. Bojovníkov za reálnu slobodu režim tvrdo odsudzoval a kruto trestal.

Nie je našim cieľom analyzovať pojem a obsah slova sloboda, ale azda bude vhodné pripomenúť kresťanskú interpretáciu slova sloboda, ktoré formovalo európsku civilizáciu, že Boh stvoril človeka slobodného a rešpektuje jeho slobodu konať dobro alebo zlo. Ale ho robí súčasne zodpovedným za svoje rozhodnutia. Teda je to zodpovednosť, ktorá predstavuje druhú nezastupiteľnú stránku slobody.

Americký historik Fared Zacharia v svojej knihe Budúcnosť slobody upozorňuje na úskalia západných demokracií, kde síce demokracia kvitne ale sloboda nie. I keď používa slovo sloboda, fakticky tým myslí zodpovednosť. Ani slobodné voľby nie sú ešte synonymom skutočnej demokracie. Útočný a lživý populizmus prijal lož politikov ako pracovnú metódu. Ktorú obratne predkladá verejnosti.

Lož je však najotvorenejšou urážkou pravdy. Teda lhať znamená hovoriť alebo jednať proti pravde, aby bol niekto uvedený do omylu.

Na ospravedlnenie lži sa používa relativizácia pravdy asi v takom chápaní, že každý má svoju pravdu. Spomeňme si len na niektoré úskalia v zdravotníctve o hodnote ľudského života bez ohľadu na jeho kvalitu a spoločenský prínos či užitočnosť, polemiky relativizujúce začiatok ľudského života a tým i právneho a etického postavenia ľudského zárodka, umelého ukončenia gravidity / nie prerušenia ale ukončenia /, trestu smrti a mnohé iné diskutované problémy.

V týchto súvislostiach spomeňme subjektivismus a objektívnosť v etike. Subjektivismus tvrdí, že všetky morálne štandardy sú záležitosťou a odrazom subjektívnych názorov, kdežto objektivismus predpokladá objektívne štandardy, ktoré môže poznať každý človek a potom uplatňovať v svojom správaní tak ako ho pozná ľudstvo z prirodzeného mravného zákona.

V súčasnej pluralitnej spoločnosti je relativizmus akceptovaný, lebo dáva možnosť relativizáciou uniknúť zodpovednosti. Uvažovať o relativizme i v ošetrovatelstve znamená snažiť sa rozumieť dnešnému ľudstvu a svetu.

Záver

Naše úvahy mali za cieľ skôr podnietiť uvažovanie o relativizme a jeho aplikáciu v každodennej ošetrovateľskej praxi. Nedávame hotové postoje, tie si vytvára každý sám a berie za ne i zodpovednosť. Chceli sme skôr upozorniť na určité úskalia a nebezpečie relativizmu.

Literatúra

u autorky.

Kontaktná adresa:

PhDr. Nataša Bujdová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Námestie 1. mája č. 1
810 00 Bratislava
Slovenská republika

JAK ZŮSTAT ŽENOU, MATKOU, PROFESIONÁLKOU A NEVYHOŘET

Ján Pavlov Praško

Klinika psychiatrie LF UP v Olomouci a FN Olomouc

Příspěvek do sborníku nedodán. Se svolením autora přikládáme kopii jeho prezentace.




Jak zůstat ženou, matkou i profesionálkou a nevyhořet

Ján Praško
Klinika psychiatrie
Universita Palackého v Olomouci
Fakultní nemocnice Olomouc



NEVÍM

- Každá z těchto rolí je náročná a vyžaduje celého člověka



Role ženy

- Model rodiny minulost X současnost
- Žena jako - **matka**
 - dcera
 - manželka (milénka)
 - zaměstnanec
 - studentka

Prožití x výkon



Role matky

- Životní poslání
- Vlastní očekávání
- Vlastní instinkt
- Nápodoba a zkušenosti z vlastní rodiny
- Informovanost
 - zdravotní výchova
 - zkušenosti z okolí
 - média
- Podpora rodiny



Syndrom ideální matky

- Nedostizný ideál
- Ženy orientované na výkon
- Zdroj napětí konfliktu a stresu
- Ochranitelský přístup
- Přehnaná péče o dítě
- Srovnávání se a soutěžení s ostatními matkami
- Neschopnost udržet si kvalitní partnerský vztah

• **Neschopnost sladit rodinný a pracovní život**



Role zdravotní sestry

- **Sestra** jako - pečovatel
 - edukátor
 - obhájce
 - koordinátor
 - asistent
- Empatie
- Opravdovost
- Specifičnost
- Zájem / úcta



Image sestry

- duševní vyrovnanost a sebeovládání
- schopnost se rychle rozhodnout
- čestné jednání a pravdomluvnost
- smysl pro čistotu a pořádek
- umění jednat s lidmi

Versus služka „utírající zadky“

Nevyjádřená potřeba pacienta – ideální matka

Nároky kladené na profesi sestry

- vysoká míra odpovědnosti
- technická náročnost nových postupů
- práce pod tlakem a ve stresu, krizové situace
- psychosociální zátěž v kontaktu s nemocnými a s jejich rodinnými příslušníky
- fyzická únava z práce při manipulaci s imobilními nemocnými
- práce s biologickým materiálem, velké riziko infekce a nákazy
- výkon práce, která nevyžaduje kvalifikaci
- nedostatek pomocného personálu
- kritické incidenty v pracovních vztazích
- práce ve směnách, o víkendech a svátcích, přesčasová práce
- rozvrácený životní rytmus
- povinnost neustále se vzdělávat

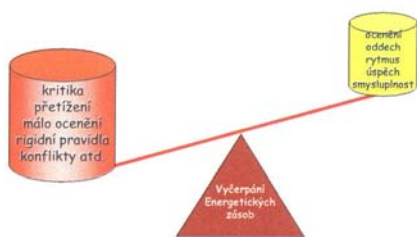
Jak sladit péči o rodinu s prací

- oddělit práci od osobního života
- stanovit si žebříček důležitosti tak, jak to vyhovuje vlastní představě péče o děti
- neobviňovat se, že na 100% nestihám péči o děti i domácnost
- nedělat všechno sama, hrdá na svoji samostatnost, ale k smrti vyčerpaná
- nestydět se říci si o pomoc
- naučit se pečovat o vlastní zdraví a tak i efektivněji pečovat o druhé
- udělat radost sama sobě, umět se pochválit
- pěstovat pozitivní lidské vztahy
- pozitivní emoce i motivace
- pěstovat kvalitní a fungující partnerský vztah
- naučit se odpočívat - zájmy, koníčky, relaxace

DEFINICE VYHOŘENÍ

- Vyhoření je stav vyplenění všech energetických zdrojů, původně velmi intenzivně pracujícího člověka
- Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se emocionálně něčím zabývají ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci

Freudenberger a Nort 1992



VYHOŘENÍ – KOMPLEXNÍ SYNDROM

- **CITOVÁ ÚNAVA** - ztráta smyslu nebo potěšení ze zážitku schopnosti pomáhat druhým
- **TĚLESNÉ PŘÍZNAKY:** vyčerpanost, únava, bolest hlavy, podrážděnost, trávicí potíže, nespavost, úzkost, cynismus

Canton 1984, Novalis a spol. 1999

PROJEVY VYHOŘENÍ

- ztráta schopnosti radovat se a těšit ze života, ztráta vůle angažovat se, ztráta empatie a pocitů zodpovědnosti
- negativní postoje k vlastní osobě, práci, instituci, společnosti a životu vůbec
- emocionální problémy mezi které patří rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita
- únava, vyčerpání, abusus alkoholu, drog, ztráta zájmu až po vývoj deprese, chronického únavového syndromu, poruch spánku či jiné psychické poruchy
- zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním

FÁZE VYHOŘENÍ

1. **NADŠENÍ** – ideály na počátku; pomáhání druhým, kvalita, plné nasazení, ochota pracovat nad rámec
2. **STAGNACE** – otupení nadšení, slepování ze svých ideálů, požadavky nemocných začnou unavovat, obtěžovat, vyhýbání se kontaktu s nimi, přesouvání viny za problémy na ně
3. **FRUSTRACE** – velká deziluze a zklamání v povolání
4. **APATIE** – dělá jen nejnutnější práce, vyhýbání se komunikaci s pacienty, vyhýbá se dalšími vzdělávání
5. **VYHOŘENÍ** – stav plné neangažovanosti a vyhýbání se profesním požadavkům

Bartlová a Jobánková 2001

Důvody vyhoření

zpravidla problémy ve všech třech rolích (matka, partnerka, sestra) zevní a vnitřní vlivy



VYHOŘENÍ – ZEVNÍ PŘÍČINY

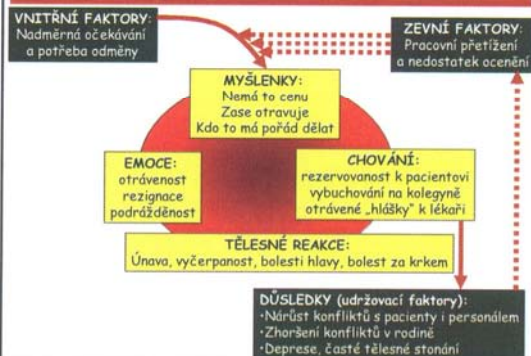
Dvě hlavní zevní příčiny:

- **systém:**
 - nedostatek ocenění – hmotného i lidského; sestra více dává než dostává
 - přetížení úkoly pro nedostatek personálu
 - málo svobody k rozhodování
 - práce v rigidním kolektivu, který nechrání, jen nutí
 - nedostatečná nebo nadměrná struktura a byrokracie
 - příliš moc pacientů na málo personálu
 - konflikt rolí – požadavky, kterým nelze vyhovět nebo jen za cenu vypuštění jiných
 - přepracovanost díky nadměrné horlivosti a zanedbávání osobního růstu
- **náplň práce:**
 - péče o pacienty, kde je zlepšení málo pravděpodobné
 - chroničtí pacienti, depresivní pacienti
 - léčba závislosti
 - gerontopsychiatrická péče
 - krizová centra a traumatizující pacienti včetně PTSD
 - psychologická oddělení

VYHOŘENÍ – INDIVIDUÁLNÍ PŘÍČINY

- vysoké nároky na sebe, kdy nesplnění cílů je prožíváno jako porážka
- závislost na odměně okolí a na úspěchu
- neschopnost požádat druhého o pomoc
- nadměrná zátěž, stres a konfliktní napětí i v soukromí
- nedostatek asertivity (požádat o oprávněné požadavky, říci „ne“, uzavírat kompromisy)

MODEL VYHOŘENÍ A JEHO UDRŽOVÁNÍ



JAK VYHOŘENÍ „LÉČIT“

- naučit se něco nového
- investovat čas a pozornost do vztahů v práci i doma
- supervize nad prací
- dostatek pohybu
- dostatek příjemných aktivit
- dostatek odpočinku
- dostatek kontaktu s přáteli

ZVLÁDÁNÍ POCITŮ VYHOŘENÍ

- 1) Buď sama k sobě mírná, vlídná a laskavá.
- 2) Tvým úkolem je pomáhat změnám, nikoliv měnit druhé lidi. Můžeš k nim změnit vztah, nikoliv je.
- 3) Najdi si své „útočiště“ – místo, kam můžeš do klidu a samoty, když potřebuješ.
- 4) Kolegyním, podřízeným i vedení buď oporou, povzbuď je a pochval, když to zaslouží. Stejně se nauč přijímat od nich.

ZVLÁDÁNÍ POCITŮ VYHOŘENÍ

- 5) V tváři tvář utrpení, kterého jsi svědkem, je úplně přirozené, že se někdy cítíš bezbranná a bezmocná. Někdy však stačí být jen nablízku.
- 6) Zkus to, co děláš, dělat jinak, obměňovat, vylepšovat.
- 7) Rozpoznej mezi dvěma typy naříkání - tím, co situaci zhoršuje a tím, co situaci tiší a hojí.
- 8) Když jdeš z práce, myslí na něco, co se ti povedlo.

ZVLÁDÁNÍ POCITŮ VYHOŘENÍ

- 9) Povzbuzuj a posiluj se sama. Tvoř místo stereotypu, načerpáš energii jako umělec.
- 10) Čerpej z přátelství v kolektivu co nejvíce a podporuj ho. Těš se z radosti druhých.
- 11) O přestávkách nemluv o práci, „vypni“, problémy nech stranou.
- 12) Plánuj. Co můžeš udělat hned, neodkládej. Naplánuj si však předem i „chvilu klidu“ nebo „pohody“ a opravdu si je užij.
- 13) Říkej raději „chci, nechci, rozhodla jsem se...“ než „měla bych, musím, nemohu ...“

..v bouři jsi mě potkal...a zanechal..



Problémové postoje v partnerském vztahu

- Problémové postoje v partnerském vztahu se mohou týkat:
 - vlastní role a chování v partnerském vztahu
 - role a chování partnera, které ve vztahu očekáváme
 - představy o tom, jak takový ideální vztah má vypadat.

Nadměrná očekávání od sebe i od partnera v partnerském vztahu

- očekávání od partnerského vztahu jsou ovlivněna tím, **co jsme zažili se svými rodiči v dětství**.
- Vztah mezi rodiči zpravidla nejvýznamnější vztah mezi mužem a ženou, který jsme měli možnost velmi intenzivně studovat.
- Ve svých dětských hrách jsme rodiče napodobovali.
- Vědomě nebo nevědomě jsme převzali **celé vzorce partnerských postojů a chování**, které považujeme za normu.
- Ovlivňují nás významně dokonce i postoje a způsob chování rodičů k sobě, které se nám velmi nelíbily.

Očekávání od partnera

- Do vztahu vstupujeme s představami o tom, **co nám partner přinese**, méně už o tom, co my přineseme partnerovi.
- Část našich očekávání může být **reálná a naplněná**, například že se budeme rádi spolu milovat, že budeme společně hospodařit s penězi nebo že budeme mít spolu děti.
- Řada mladých lidí však také automaticky očekává, že budou s partnerem **navždy šťastní**, nikdy nebudou mít spolu spory, o všem budou společně a jednomyslně rozhodovat, partner je bude věčně milovat apod.
 - Tyto představy pocházejí jak z představ rodičů, kteří po tom toužili ale zpravidla se jim to nepodařilo naplnit, tak z pohádek, červené knihovny a televizních seriálů. Jsou to **naivní očekávání**, která se mohou naplnit jen přechodně a krátkodobě, pokud vůbec.
- Skrytě navíc řada lidí doufá, že **partnerský vztah jim dodá** sebevědomí, osobní harmonii a smysl života. To jsou bohužel cíle, kterých se musíme dopracovat každý sám.

Mýty o partnerství

- mýty o lásce mocné čarodějce
- mýty zdůrazňující, co je třeba, aby vztah vydržel
- mýty o vině v případě konfliktů
- mýty o absolutnosti věcí

Krise v partnerském vztahu

- Prakticky všechny páry musí projít v průběhu vztahu několika **krizemi**, které jim poskytují šanci vidět vztah reálněji.
- Znamená to ustoupit z mnoha požadavků, hledat kompromisy, naučit se vnímat jak svoje tak partnerovy potřeby a obojí brát vážně. Je to kus práce - nebo se rozejít a hledat idealizovaný „vysněný“ vztah znovu a znovu.

ZVLÁDÁNÍ POCITŮ VYHOŘENÍ

- 14) Nauč se říkat jasně „ano“ ale také „ne“ – buď svoje.
- 15) Netečnost, lhostejnost a ironie ve vztazích je daleko nebezpečnější, než připuštění si, že více se dělat nedá.
- 16) Raduj se a směj – často a ráda – a hraj si!
- 17) Dodržuj správnou životosprávu, věnuj pozornost tomu, jak jíš a jak spíš!
- 18) Každý den hýbni kostrou - cvič, tančí nebo se projdi

Kontaktní adresa:

Doc. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.
Klinika psychiatrie LF UP a FN v Olomouci
I.P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
Email: prasko@fnol.cz

DOBROVOLNÍCI V MOTOLSKÉ NEMOCNICI

Renata Dohnalová, Renata Vejdělková
Dobrovolnické centrum Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Příspěvek obsahuje přehled o základních pravidlech dobrovolnictví ve zdravotnických zařízeních. Zabývá se vysvětlením, v čem spočívá činnost dobrovolníka, jak může pomoci, uvádí jeho přednosti a co všechno je potřeba pro úspěšné fungování programu.

Klíčová slova: Dobrovolník; Dobrovolník v nemocnici; Pravidelné aktivity; Jednorázové akce; Canisterapie; Zooterapie; Dobrovolnické centrum

Úvod

Fakultní nemocnice v Motole patří k jedné z prvních nemocnic v České republice, kde byl zahájen dobrovolnický program. Dobrovolníci zde pomáhají už 11 let a vystřídal se jich za tu dobu více než 1329. V současné době přesáhl počet aktivních pomocníků tři stovky, což je nejvyšší počet dobrovolníků v nemocničním zařízení v ČR. Odpracovali zde více než 37.000 hodin. Věnují se hospitalizovaným dětem i dospělým a každým dnem sem přinášejí pohodu, zábavu a dobrou náladu. Stali se nepostradatelnou součástí nemocnice. Pozitivní dopad dobrovolnické činnosti vyjádřila za zdravotnický personál ošetřující lékařka Jana Marečková z LDN: „ Pro několik mých pacientů se vaši dobrovolníci stali jediným kontaktem se světem vně nemocnice, což asi málokdo dokáže ocenit.“

Vlastní text

Díky několikaletým zkušenostem s dobrovolníky mohou koordinátorky Dobrovolnického centra Fakultní nemocnice v Motole uvést své poznatky v následujícím shrnutí:

Kdo je vlastně dobrovolník ? V základní definici je dobrovolník charakterizován jako člověk, který věnuje svou energii a čas těm, kteří to potřebují, a nic za to nechce. Dobrovolník, přicházející do nemocnice, se navíc vyznačuje odvahou přijít za hospitalizovaným pacientem a zpříjemnit mu jeho pobyt. Na rozdíl od zdravotnického se nemusí zajímat o nemoc, ale orientuje se na to, co je zdravé a co pacient i přes svou nemoc může. Stará se o člověka, nikoliv o pacienta. Díky svým novým nápadům a nezištnému pomáhání zcela přirozeně mění celkovou atmosféru nemocnice.

Co je důležité vědět: Dobrovolník nenahrazuje práci zdravotnického personálu ale na úrovni svých možností a schopností ji vhodně podporuje a doplňuje. Dobrovolník není ani levnou pracovní silou. Proto musí být předem přesně definována pravidla a stanoveny hranice pro jeho činnost.



Ve Fakultní nemocnici v Motole se věnují dobrovolníci pacientům na 15 klinikách v dětské i dospělé části. Zajišťují aktivity individuální i skupinové: výtvarné, hudební, zájmové a herní nebo individuální jako společníci pacientů. Po speciálním zaškolení vedou také trénování paměti pro seniory na LDN nebo pomáhají ve spolupráci s fyzioterapeutkou na spinální jednotce při základní rehabilitaci pacientů. U jednorázových akcí, k nimž patří koncerty, divadelní, pěvecká nebo taneční vystoupení, přednášky a besedy s promítáním, zajišťují dobrovolníci doprovody pacientů na místo akce.

K oblíbeným aktivitám patří také **canisterapie**. Motolská nemocnice je zcela neodmyslitelně s tímto pojmem spojená. Patří k zakladatelům této terapie za pomoci psa ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o aktivity dobrovolníků se speciálně cvičenými psy pro děti i pro dospělé pacienty. Díky úspěšnosti pejsků a jejich pánů mohl odstartovat v Motole také nový projekt **zooterapie**. Za dětmi i za seniory přicházejí prostřednictvím dobrovolníků „na návštěvu“ drobná zvířata jako ráčci, šneci nebo strašilky. Pacienti si je mohou prohlédnout a taky se o nich dozví spoustu zajímavostí. Tato „zvířátková“ medicína funguje opravdu bezprostředně „po aplikaci“. Někteří pacienti se při ní rozmluví, jiní se začnou usmívat a zlepší se jejich psychický stav.

Co všechno je potřeba pro zajištění dobrovolnického programu

Všichni noví zájemci absolvují nejprve úvodní pohovor s koordinátorkou v dobrovolnickém centru a pak procházejí základním zaškolením. Teprve poté jsou vybráni vhodní dobrovolníci, kteří jsou uvedeni na oddělení a dostávají tričko s visačkou pro snadnou identifikaci. Zároveň jsou prostřednictvím dobrovolnického centra pro svou činnost v nemocnici pojištěni. Teprve pak je dobrovolník připraven pro pravidelné docházení. Péče o něj tím však nekončí, ale naopak začíná. Pro jejich podporu jsou připravovány supervize, organizovány semináře a zajištěna nabídka potřebné odborné literatury. Je potřeba také vybavit kliniky a oddělení, kam dobrovolníci docházejí, kvalitními pomůckami a hrami pro jejich aktivity. Osvědčilo se také připravit pro ně jednou nebo dvakrát za rok společné setkání s oficiálním poděkováním nejen od koordinátorek, ale také od zástupců vedení nemocnice.

Důležitým je také fakt, že dobrovolníci v nemocnici nejsou zadarmo a je třeba s nimi v rozpočtu už dopředu počítat. Na druhou stranu – hodnota vynaložených financí se při správném vedení programu několikanásobně vrátí. Ať už v pacientově pozitivním vnímání nemocničního zařízení nebo nepřímým podílem na procesu jeho uzdravování. Rozhodně nelze hodnotu dobrovolníka vyčíslit finančně.



Jaká existují rizika?

Jedním z možných rizik je zneužití dobré vůle dobrovolníka a jeho zapojení do činností, se kterými v nemocnici původně pomáhat nechtěl nebo na ně nebyl upozorněn. Se zdravotnickým personálem je dobré předem dohodnout, jaké existují možnosti pomáhání a co dobrovolník nedělá – např. nekrmí pacienta, nepřevléká apod. Může se stát, že dobrovolníci přestanou chodit, i s tím je potřeba počítat. Zároveň by se měl řešit důvod jejich absence a hledat možné řešení, jak by mohl program fungovat spolehlivěji. Dalším rizikem je nedostatek finanční podpory, který může významně ovlivnit kvalitu dobrovolnického programu.

Kdo to má všechno na starost?

Organizaci programu zajišťuje ve Fakultní nemocnici Motole od roku 2005 Dobrovolnické centrum s koordinátorkami. Připravují a evidují dobrovolníky, vedou s nimi úvodní pohovory a organizují pro ně školení. Zajišťují spolupráci s klinikami a se zdravotnickým personálem, pro pacienty připravují zábavné a kulturní akce. Jejich úkolem je také zajistit veškeré pomůcky pro dobrovolníky, komunikovat se sponzory a dárci, připravovat a zajišťovat nové projekty, které jsou rovněž zdrojem financí.



Dobrovolnický program ve FNM v současné době

Dlouhodobě byl zaznamenán nárůst zájemců o dobrovolnictví v nemocnici. Téměř každý den se obrátí na centrum někdo s nabídkou pomoci. Již několik let evidujeme více než 300 dobrovolníků, z nich přes 100 z nich pomáhá pravidelně jednou týdně a více než 200 se zapojuje při organizování jednorázových akcí. Ty jsou pro pacienty připravovány jednou až dvakrát do týdne.

K originálním programům patří také Barevná nemocnice, kdy děti s dobrovolníky malují na stěny v rekonstruované části nemocnice. Sami malí pacienti tak zcela přirozeně spoluvytvářejí prostředí, ve kterém jsou hospitalizováni. Děti i senioři si také pochvalují motolskou „**Poštu pro radost**“, která prostřednictvím dobrovolnického centra propojuje starší a mladší generaci. Malí a dospělí pacienti si navzájem vyrábějí dárky pro potěšení, které jsou jim pak předány.

Z pozitivních zpětných vazeb jsme vybrali jednu od maminky malé pacientky:

„Měly jsme tu šanci se s mou dvacetiměsíční dcerkou zúčastnit odpoledne s canisterapeutickými pejsky a bylo to skvělé. Poprvé za pobyt v nemocnici jsem viděla dcerku se smát...“

Závěr

Pro nás všechny je existence těchto dobrovolných pomocníků příjemným zjištěním, že navzdory všemu není dnešní doba jen o penězích a honbou za kariérou. Můžeme si jen přát, aby šikovných dobrovolníků ve zdravotnictví neubývalo. Jsou zde potřeba víc, než si kdokoliv z nás umí a může představit.

Literatura:

u autorky.

Kontaktní adresa:

Renata Dohnalová
Dobrovolnické centrum FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: renata.dohnalova@fnmotol.cz
URL: www.dcmotol.cz

