

**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE,
2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY**



**CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XIII.
RECENZOVANÝ SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ Z ODBORNÉ KONFERENCE
S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ**

Daniel Jirkovský, Šárka Tomová (Ed.)



**Fakultní nemocnice v Motole
15.09. – 16.09. 2011**

Recenzovali:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.
PhDr. Šárka Tomová
PhDr. Marie Hlaváčová
Mgr. Hana Nikodemová

Vydala:

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

jako svou 6. publikaci

Editoři:	PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA PhDr. Šárka Tomová
Počet stran:	258
Vydání:	první, Praha, 2011
Náklad:	200 výtisků
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: 978-80-87347-05-8

OBSAH:

	str.
Nováková, J., Jirkovský, D. Úvodní slovo	7
Nováková, J., Vlachová, M. Pilotní projekt - Komunikační dovednosti sester	8
Garnekova, Z., Lajdová, A. Edukácia v prevencii rakoviny prsníka	12
Ozogányová, M., Kubicová, L., Tereková, V. Edukačný proces u pacienta s tracheostómiou	15
Raudenská, J. Komunikace jako součást klinických dovedností sestry v péči o umírajícího pacienta	20
Bramušková, J., Balogová, E., Boroňová, J. Špecifiká komunikácie u pacientov na OAIM	27
Šimovcová, D., Jurdíková, K. Špecifiká komunikácie u pacientov s poruchami duševného zdravia	32
Tomová, Š., Hlaváčová, M., Charyparová, M. Lékařská komunikace očima rodičů	38
Martinková, J., Botíková, A. Vybrané nefarmakologické přístupy využívané v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou	44
Jarošová, D., Sikorová, L., Marečková, J., Pajorová, H. Využití ošetrovateľských intervencí NIC v elektronické dokumentaci	49
Fertařová T., Ondriová, I., Majerníková, L. Kompetencie sestry při posudzovaní kognitívnych funkcií u seniorov	50
Archalousová, A., Andraščíková, Š., Žultáková, S. Standardní plány péče u vybraných stavů v péči o matku a dítě - péče o ženu při abrupci placenty	56
Balogová, E., Bramušková, J., Boroňová, J. Význam výživy při hojení akutních a chronických rán	63
Archalousová, A., Kohoutová, I., Jirkovský, D., Andraščíková, Š., Žultáková, S., Rybářová, L. Koncepční modely a teorie ve výuce ošetrovateľství v aplikaci na psychiatrické ošetrovateľství	68

Karabová, Z., Ilievová, L. Multidisciplinárna spolupráca detskej domácej hospicovej starostlivosti na Slovensku	71
Kyselová, A., Marková, I. Mezioborová spolupráce při nácviku autokatetrizace u klientů po spinálním traumatu	75
Čadková - Svejková, M. Centra Amelie a systém práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými	78
Slavíková, Š. Sociální práce na onkologické klinice a v Amelii, o.s.	81
Bunešová, M. Kooperace laboratoře a kliniky	83
Králíčková, J., Tomová, Š. Zapojení informačních systémů a zdravotnických technologií do ošetrovatelské péče	85
Stejskalová, M. Muzikoterapie	93
Morcinková, J., Panáková, Š., Magnusková, L. E-learningová forma výuky s využitím systému Moodle ve vzdělávání zdravotnických pracovníků	98
Klímová, L. Distanční vzdělávání a e-learning	101
Novotná, J. Postoje studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra ke stáří a k seniorům	104
Hubová, V., Michálková, H. Historie vzdělávání všeobecných sester	107
Hlaváčová, M., Tomová, Š. Kurikulární tematika výchovy ke zdraví	114
Caletka, P. Komparace systému specializačního vzdělávání a kompetencí sester v oboru anesteziologie a intenzivní péče v ČR, SR a ve SRN	117
Bratová, A., Frčová, B. Vzdělávanie v katastrofickom ošetrovatel'stve	121
Haroková, S., Gurková, E. Pracovní spokojenost sester - význam jejího sledování	126

Heplová, M., Michálková, H. Aspekty sesterského povolání - demotivační prvky v práci sestry	132
Winklerová, J., Jarošová, D. Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	139
Poliaková, N., Červeňanová, E., Litvínová, A. Ošetrovateľská prax ako zdroj stresu u študentov ošetrovateľstva	140
Švarcová, E. Vybrané etické otázky pohledem studentů Ošetrovateľství	147
Haluzíková, J. Životní styl u středoškolských studentů	154
Červeňanová, E., Poliaková, N. Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodnictve - teória a prax v štúdiom odbore Ošetrovateľstvo	157
Gerlichová, K., Matišáková, I. Interpersonálna komunikácia medzi sestrami a študentmi zdravotníckych škôl	163
Jirkovský, D., Nikodemová, H. Moderní didaktické prostředky ve výuce ošetrovatelských postupů	167
Jirkovský, D. Informační podpora celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků	170
Hosáková, J. Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s psychózou	173
Krejčová, J., Habrmanová, A., Baudyšová, L., Kopečná, J., Šimonek, J., Březovský, P., Špatenka, J. Program transplantace plic - porovnání objemu práce koordinátora s mimorenálními transplantačními programy	176
Luksová, V. Život s celiakií	181
Lisová, K., Paulínová, V. Ošetrovateľské postupy a prevence katéetrové infekce	189
Kostřížová, P., Roškaňuková, A. Péče o dítě po požití baterie	193
Dvořáková, H., Karmazín, P. Dlouhodobá intenzivní ošetrovateľská péče a bazální stimulace v praxi	196

Králíčková, J., Miketová, J. Preferential looking - metoda testování visu u dětí v preverbálním období	198
Zezulková, E., Liptáková, K., Botíková, A. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nádorom hlavy a krku	201
Michálková, H., Psychosociální potřeby stomiků	204
Hrenáková, E. Závislosť na umelej pľúcnej ventilácii - a čo ďalej?	214
Jirmanová, T., Gombala, T., Hlaváčová, M. Základní druhy doteku jako součást terapeutického kontaktu	223
Vyhnánková, P., Tomášková, J. Plicní onkologie v ambulantní péči	226
Madejová, A. Perkutánní endoskopická gastrostomie a úloha sestry při ošetřování dětí	227
Deriánová, V., Hoppeová, J. Morbus Legg-Calvé-Perthes	231
Balvínová, H., Michálková, H. Vliv implantace trvalého kardiostimulátoru na život klienta	239
Vlachová, E. Eliminační metody u dětí	247
Čierná, O., Vlachová, E., Laubová, A. Chronická peritoneální dialýza u dětí	252
Neugeborenová, J., Čierná, O., Vlachová, E., Laubová, A. Imunoadsorbcce u dětí	256

ÚVODNÍ SLOVO

*Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,*

tak jako každý rok, tak i letos, dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetřovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila ve dnech 15.09. až 16.09. 2011.

Také letošní konference, v pořadí již třináctá, se těšila velkému zájmu nejen všeobecných sester a porodních asistentek, ale také dalších odborníků ve zdravotnictví, sociální péči a školství z České republiky i ze zahraničí.

Na konferenci, v několika blocích a sekcích, zaznělo více jak 60 příspěvků věnovaných profesi sestry, komunikaci, edukaci, kvalifikačnímu a postkvalifikačnímu vzdělávání v nelékařských zdravotnických oborech, etickým a právním aspektům výkonu ošetřovatelské profese, multidisciplinární spolupráci apod. Zazněla také celá řada zajímavých a inspirujících příspěvků věnovaných dobré ošetřovatelské praxi.

Záměrem konference Cesta k modernímu ošetřovatelství XIII. bylo soustředit odborníky z ošetřovatelské teorie a praxe a vytvořit předpoklady pro předávání nových poznatků a zkušeností mezi nimi a lépe tak propojit ošetřovatelskou teorii s ošetřovatelskou praxí. S radostí lze konstatovat, že se nám tento záměr daří naplňovat, o čemž svědčí značný zájem jak aktivních tak i pasivních účastníků o naší akci.

Závěrem nám dovoluňte poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky a všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě této konference podíleli.

Těšíme se na Vás v roce 2012!

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

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

PILOTNÍ PROJEKT – KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI SESTER

Jana Nováková, Marie Vlachová
Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají zkušenosti z pilotního projektu „Šetření komunikačních dovedností sester“ s využitím neuronové sítě a následné vzdělávání sester.

Klíčová slova: *Komunikace; Neuronová síť; Šetření; Vzdělávání*

Úvod

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků, tj. ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi. Vzájemná komunikace mezi lidmi je jednou z našich základních potřeb a její zvládnutí je pro člověka velmi důležité. Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka, ať již jde o lékaře, sestry, fyzioterapeuty, psychology, ošetřovatele, atd. Zdravotníci ve vztahu s pacientem by měli umět naslouchat, ptát se, odpovídat, domlouvat se a rozhodovat. Respektování určitých zákonitostí a principů v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem nepochybně přispívá k úspěšnosti léčby a uzdravování. Ne vždy tomu tak je. S chybami v komunikaci se v praxi často setkáváme. Ve Fakultní nemocnici v Motole si to uvědomujeme a hledáme cesty, jak zlepšovat komunikační schopnosti. Jedna z nich je modelový projekt, který FN v Motole realizovala ve spolupráci s firmou Metia.

Cíl

Problematika komunikačních dovedností inspirovala v roce 2001 tým českých vědců k vývoji umělé neuronové sítě, která se následně stala základním kamenem unikátní webové služby Metia. Produkt si klade za cíl poznávat a současně zvyšovat komunikační schopnosti a dovednosti jednotlivých osob.

Umělá neuronová síť funguje na stejném principu jako biologická neuronová síť lidského mozku. Je schopna učit se, vyvozovat zákonitosti a zobecňovat informace v procesu učení ze vzorových příkladů, což je typickou vlastností lidské inteligence. V rámci pracovního pohovoru, například na pozici zdravotnického pracovníka, se kandidát prostřednictvím webové služby stává součástí dialogu, v němž se setkává s virtuálním pacientem. Neuronová síť si komunikaci pamatuje, průběžně ji vyhodnocuje a samostatně na základě odpovědí šetřené osoby určuje směr, jakým se konverzace ubírá. Během několikaminutového rozhovoru, kdy je účastník uveden do stresové, časově limitované situace, je tak přirozeně nucen odpovídat spontánně. Kromě schopnosti racionálního rozhodování účastníka je odhalen také jeho komunikačně-emoční model.

Metodika

Ve Fakultní nemocnici v Motole proběhlo prostřednictvím f. Metia šetření komunikačních dovedností u ambulantních sester. Součástí bylo zjišťování konkrétních problematických komunikačních interakcí a posléze školení, jehož cílem bylo odstranit zjištěné nedostatky.

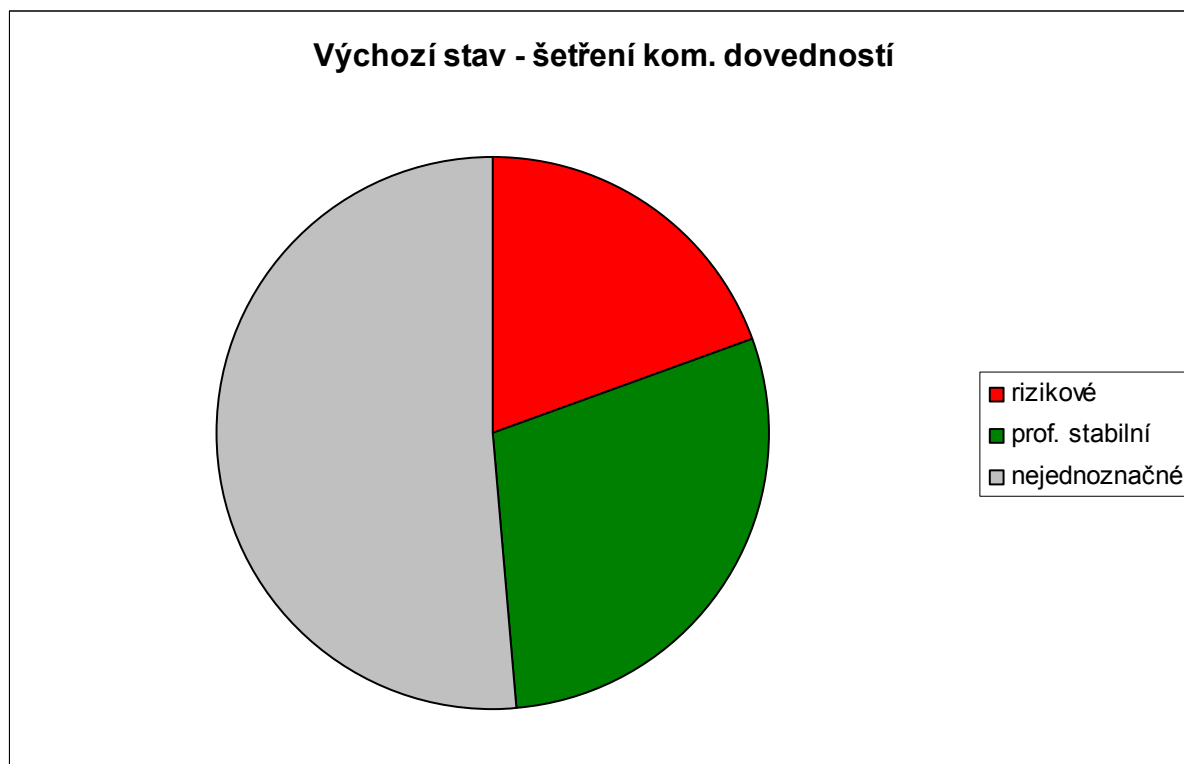
Šetření probíhalo od října 2010 do května 2011. V pilotním projektu bylo šetřeno celkem 50 sester. Šetření probíhalo s použitím dvou dialogových sekvencí, z nichž každá zahrnovala

vyhodnocení ve třech základních kvalitativních úrovních. Tato vyhodnocení byla zaměřena na komplexní hodnoty profesionální empatie a komunikaci s pacienty.

Výsledky

Na závěr proběhlo finální ověření osvojení nových poznatků. Padesát všeobecných sester z dětské a dospělé části nemocnice, které se projektu zúčastnily přímo v prostorách nemocnice, bylo úvodním screeningem rozděleno do tří klasifikovaných skupin: rizikové, profesně stabilní a nejednoznačné. Šetření bylo zaměřeno na komplexní hodnoty profesionální empatie a na komunikaci s pacientem. Ve dvou okrajových hodnotách METIA jednak prioritně zachytávala riziko emocionálního vyhoření a na druhé straně riziko vyššího stupně neprofesionální odtažitosti při komunikaci s pacientem.

n = 50



Prof. stabilní – udržují profesionální odstup, v případě, že se pacient dozvěděl závažnou zprávu, reagují zvýšenou empatií, jsou vysoce integritní osobnosti s velmi kvalitní profesní identitou.

Rizikové – komunikaci s pacientem zvládají, modelují jako velmi empatickou, může jim hrozit syndrom vyhoření, popřípadě v tlaku ztrácejí citlivost.

Nejednoznačné – v komunikaci projevuje kolísavost, často se emocionálně neprojevují, mohou být vyhořelí.

Z celkového počtu 50 sester má stabilní profesní identitu téměř 30% sester, podíl téměř 20% má identifikovaná skupina rizikových sester a mírně přesahující 50% má skupina nejednoznačných sester.

Z úvodního screeningu vyloučena skupina „nejednoznačných“, tj. 26 všeobecných sester.

U těchto sester bylo následně zjišťováno komunikačním dotazníkem METIA subjektivně vnímání komunikačních problémů. Během této fáze, které předcházelo školení, se vyprofilovaly tři problematické oblasti. Jedna část šetřeného personálu vykazovala problémy v komunikaci s úzkostnými manipulátory, druhá s úzkostnými pacienty, u nichž nevhodné reakce zaměstnanců vyvolávaly agresi, a třetí skupina nevládala komunikaci s pacienty agresivními.

Na základě výsledků f. Metia připravila na míru ušité dva typy školicích kurzů, které byly následně vedeny renomovaným odborníkem a specialistou k jednotlivým příkladům za podpory webové služby METIA. Po jejich absolvování, po více než týdenním odstupu, kdy už v takové míře nepůsobí krátkodobá paměť, byly účastnice znovu šetřeny za použití odlišných příkladů. Výsledný diagram výrazně posunul zjištění stavu komunikačních dovedností proškoleného zdravotnického personálu. Z analýzy vyplynulo, že skutečný stav potenciálu zdravotních sester ve FN Motol je velmi vysoký. Nemalou zásluhu na výsledku má kvalita a profesionalita školení.

n=26



Z výše uvedeného grafu je patrný posun po absolvovaném školení. Ze skupiny nejednoznačných je nyní 48% rizikových a 24% profesně stabilních, nejednoznačných 28%.

Závěr

V současné době na trhu existuje široká nabídka vzdělávacích akcí pro zdravotnický personál zabývající se komunikací, ale nabídka šetření komunikačních dovedností na základě umělé neuronové sítě je ojedinělá. Zdá se, že pilotní projekt ukázal jednu z cest, jak monitorovat komunikační dovednosti zdravotníků a následným cíleným proškolením zlepšovat jejich komunikaci s pacientem.

Literatura

HONZÁK, R. (1997) *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997. 153 s. ISBN 80-85824-60-4.

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha
E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

EDUKÁCIA V PREVENCII RAKOVINY PRSNÍKA

¹Zuzana Garneková, ²Andrea Lajdová

¹Fakultná nemocnica Kráľovské Vinohrady Praha, Gynekologicko – porodnická klinika,

²Trnavská Univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Autorky príspevku informujú o edukácii a jej druhoch v prevencii rakoviny prsníka a predkladajú základný prehľad edukačných intervencií na gynekologicko - porodnickej klinike, Fakultnej nemocnice Kráľovské Vinohrady.

KLúčové slová: Edukácia; Druhy edukácie; Metódy edukácie; Prevencia rakoviny prsníka; Rakovina prsníka;

Úvod

Karcinóm prsníka je najčastejším zhubným nádorovým ochorením žien na Slovensku i v Čechách. Podľa štatistických údajov incidencia a mortalita rakoviny prsníka neustále stúpa. Karcinóm prsníka je ochorenie so starovekou históriou, ktoré doprevádza ľudstvo od začiatku jeho dejín. V dnešnej dobe sa rakovina prsníka pokladá za civilizačné ochorenie, ktoré má multifaktoriálnu etiológiu. V boji proti rakovine prsníka je stále prioritná edukácia a prevencia, ktorá sa uplatňuje pri včasnej detekcii, efektívite liečby a udržaní kvalite života po terapii.

Cieľ príspevku

Cieľom príspevku je poskytnúť informácie o druhoch a metódach edukácie porodných asistentiek a edukačných činnostiach zameraných na prevenciu vzniku rakoviny prsníka, realizovaných na gynekologicko porodnickej klinike Fakultnej nemocnice Kráľovské Vinohrady.

Edukácia a edukačný proces

Edukácia predstavuje jednu zo štyroch funkcií ošetrovateľstva a jednu zo siedmich rolí sestry. Sestra edukátorka by mala disponovať odbornými vedomosťami, zručnosťami a kladnými osobnými charakteristikami ako je kongruencia, akceptácia, empatia a trpezlivosť. Edukačná rola sestry je mnohostranne zameraná na utváranie a formovanie uvedomelého a zodpovedného správania, konania jedinca či skupiny, v záujme podpory, ochrany a uchovania zdravia (Farkašová, 2005, s. 188). Edukácia je proces výchovy a vzdelávania, predstavuje celoživotné rozvíjanie osobnosti pôsobením formálnych inštitúcií, profesionálov a neformálneho prostredia. Edukácia je kontinuálny proces, ktorý vytvára priestor pre osvojenie si nových poznatkov, nadobudnutie zručností, vytváranie si hodnotových postojových, emocionálnych vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie pozitívnej zmeny správania (Závodná, 2005, s. 85). Edukačný proces je forma odovzdávania konkrétnych informácií, ktorý sa uskutočňuje v špecifickom prostredí v rámci interakcie sestra a pacient. Edukačný proces je zámerný, dynamický, výchovný a vzdelávací proces, ktorý je súčasťou diagnostického, liečebného a ošetrovateľského procesu (Závodná, 2005, s. 84). Edukačný proces má päť krokov (zber údajov, stanovenie edukačnej diagnózy a určenie edukačných cieľov, príprava edukačného plánu, realizácia edukácie, analýza a zhodnotenie efektívnosti edukácie). Komponenty edukačného procesu sú edukátor (sestra), edukant

(klientka), edukačné prostredie (miesto realizácie edukácie). Sestra môže viesť edukáciu skupinovú alebo individuálnou formou (Závodná, 2005, s. 85). V edukácii je vhodné využívať slovné metódy dialogické (diskusia) alebo monologické (rozhovor), demonštračné (demonštrácia – ukážka) metódy a metódy precvičovania (cvičenie a precvičovanie). Edukácia v zdravotnej starostlivosti sa delí na základnú (ak jedinec, či skupina neboli ešte o problematike informovaný), komplexnú (realizovanú v edukačných kurzoch) alebo reedukačnú (nadväzujúcu na predchádzajúce vedomosti, opakovanie, aktualizácia základných informácií a poskytuje ďalšie informácie vzhľadom na meniace sa podmienky). Edukácia v oblasti zdravia sa uskutočňuje v edukačnom procese (Závodná, 2005, s. 84). Edukácia sa realizuje v primárnej sekundárnej a terciárnej zdravotnej starostlivosti. Edukačná činnosť sestry má svoje opodstatnenie, pretože zdravotný stav obyvateľstva nie je uspokojivý (Závodná, 2005, s. 85).

Druhy edukácie

Primárna edukácia jej cieľom je predchádzať zdravotným problémom. Zaoberá sa, nielen prevenciou vzniku ochorení, ale aj zlepšením zdravotného stavu, ktorý vedie k zvyšovaniu kvality života (Vrublová, 2002, s. 369).

Sekundárna edukácia sa uplatňuje pri ochorení, môže zabrániť prechodu ochorenia do chronického stavu alebo ireverzibilného štádia a obnoviť zdravie.

Terciárna edukácia sa orientuje na pacientky a príbuzných ako vyžívať možnosti zdravého života, ako sa vyhnúť zbytočným problémom a komplikáciám (Jarošová, 2000, s. 22).

Charakteristika edukácie

Na gynekologicko - porodnickej klinike sa realizuje základná i reedukačná edukácia zameraná na prevenciu rakoviny prsníka v oblasti primárnej i sekundárnej zdravotnej starostlivosti. Edukátormi sú porodné asistentky i lekári, ktorí edukujú v neformálnom prostredí nemocnice. V edukácii sa využíva kombinácia slovných i demonštrčných prostriedkov.

Druhy edukácie a edukačné intervencie v oblasti prevencie rakoviny prsníka porodných asistentiek gynekologicko porodnickej kliniky vo Fakultnej nemocnici Kráľovské Vinohrady.

Edukačné činnosti sestry v **primárnej zdravotnej starostlivosti** v gynekologickej ambulancii kliniky sú zamerané na zdravé klientky a orientuje sa na prevenciu onkologických ochorení prsníkov - samovyšetovanie prsníkov, antikoncepcia jej prínos a riziká, životospráva, telesná aktivita, stres, psychohygiena, relaxácia, odber biologického materiálu, pravidelné preventívne gynekologické prehliadky a vyšetovanie prsníkov lekárom, skríningové vyšetovacie metódy – ultrasonografia, mamografia.

Edukácia v **sekundárnej zdravotnej starostlivosti** sa uskutočňuje v špecializovaných ambulanciách – (mamárne, prsníkové) a na lôžkových oddeleniach kliniky (oddelenie pooperečnej starostlivosti, oddelenie konzervatívnej starostlivosti). Edukačná činnosť sestry v **mamárnej ambulancii zahŕňa** - užívanie liekov, úpravu životosprávy, diétny režim pri obezite, používanie kompenzačných pomôcok, ošetrovanie rán, sledovanie rany, pravidelné kontroly v odbornej ambulancii, prípravu na ďalšie vyšetrenia a odporúčenia v závislosti od vývoja ochorenia. **Ložkové gynekologické oddelenie** sa zameriava na edukáciu v predoperačnom období - poučenie o diagnostických a terapeutických metódach, o životospráve, rehabilitácii, o nemocničnom režime a pooperačnom období - dietoterapia, dýchacia a cievná rehabilitácia, pohybový režim, liečebný režim, farmakoterapia, ošetrovanie pooperačnej rany, zmena životného štýlu, samovyšetovanie prsníkov, skríningové metódy, následné kontroly a terapia.

Edukácia v **terciárnej zdravotnej starostlivosti** je realizovaná u pacientky samotnej, ako aj u jeho rodinných príslušníkov v rámci domácej starostlivosti prostredníctvom agentúry

domácej ošetrovateľskej starostlivosti, v liečebňach pre dlhodobu chorých a v hospicioch. V terciárnej starostlivosti sa edukácia sestry sústreďuje na úpravu životosprávy, domáceho prostredia, úpravu režimu dňa, užívanie liekov, úpravu spôsobu stravovania a pitného režimu, osobnú hygienu, používanie kompenzačných pomôcok, podporu nezávislosti, ošetrovanie rán (Magerčiaková, 2005, s. 16 - 17).

Základné metódy edukačnej činnosti gynekologicko porodnickej kliniky

Metóda hovoreného slova: pozorovanie, rozhovor, vysvetľovanie, presvedčanie.

Metóda tlačeného slova: edukačný materiál - letáky, brožúrky, nástenky, časopisy.

Záver

Edukačné intervencie porodných asistentiek gynekologicko - porodnickej kliniky poskytujú klientkám a pacientkám potrebné informácie na primárnej i sekundárnej úrovni zdravotnej starostlivosti. Vhodnou edukáciou dochádza k vzájomnej spokojenosti a spolupráci, ktoré zvyšujú kvalitu poskytovanej starostlivosti. Pôrodné asistentky v praxi využívajú najčastejšie metódu rozhovoru, vysvetľovania a edukačných materiálov. Významnú, pozitívnu spätnú väzbu, v oblasti edukácie, sme zaznamenali v sekundárnej ošetrovateľskej starostlivosti v predoperačnom a pooperačnom období.

Literatúra

FARKAŠOVÁ, D. a kol. (2005) *Ošetrovatel'stvo*, 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

JAROŠOVÁ, D.(2000) *Teorie moderního ošetřovatel'ství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

MAGERČIAKOVÁ, M. (2005) *Využitie internetu v edukácii pacienta*. In *Sestra*, 2005, roč.5, č. 7-8, s. 16 – 17. ISSN 1335- 9444.

VRUBLOVÁ, Y. (2002) Edukace a její význam v ošetrovatelském procesy v gynekologicko – porodnickej oblasti. In *Multioborová, interdisciplinárni a mezinárodní kooperace v ošetřovatel'ství*, s. 369-371, 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2002, ISBN 80 -247-0536-2.

ZÁVODNÁ, V. (2005) *Pedagogika v ošetrovatel'stve*, 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

Kontaktná adresa:

Mgr. Zuzana Garneková
Gynekologicko porodnická klinika UK 3. LF a FNKV
Šrobárova 50
100 34 Praha 10
Email: garnekova.z@zoznam.sk

EDUKAČNÝ PROCES U PACIENTA S TRACHEOSTÓMIOU

Magda Ozogányová, Lýdia Kubicová, Viera Tereková
Klinika hrudníkové chirurgie Univerzitnej nemocnice Bratislava a
Slovenskej zdravotníckej univerzity

Súhrn:

Práca prezentuje problematiku ošetrovania pacienta s tracheostómiou, stanovuje edukačnú diagnózu „deficit vedomostí v súvislosti s ošetrovaním tracheostomickej kanyly, prejavujúci sa kladením otázok“ predkladá edukačný proces ako podstatnú súčasť kvalifikovanej starostlivosti, ktorá pomáha realizovať ciele ošetrovateľstva. Edukačný proces v našom prípade vyjadruje dynamický vzájomný vzťah medzi sestrou a pacientom.

KLúčové slová: tracheostómia, tracheostomická kanyla, edukácia, edukačný proces

Úvod

Tracheostómia spôsobuje u pacientov celý rad problémov, nepriaznivo pôsobí na ich psychiku aj ich rodinných príslušníkov. Tracheostómia znamená nový spôsob života. Starostlivosť o pacientov si vyžaduje veľkú dávku empatie, poznatkov, trpezlivosti a schopnosti realizácie edukačného procesu. Zdravotnícky tím sa musí vedieť postarať o takto handicapovaného pacienta a poskytnúť mu starostlivosť s úctou k ľudskej osobnosti s dobrým efektom. Edukácia v ošetrovateľstve má významné miesto, pretože vedie k podporovaniu a upevňovaniu zdravia a zdôrazňuje nevyhnutnosť komplexného pohľadu na poskytovanie zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Tracheostómia je chirurgický výkon alebo stav po chirurgickom výkone, kedy je priedušnica umelo vyústená na kožu povrchu tela. Cieľom je zaistenie priechodnosti dýchacích ciest, umožnenie ventilácie (spontánnej alebo za pomoci prístrojov).

Z praktického hľadiska rozlišujeme :

- Trvalú (permanentnú) tracheostómiu
- Dočasnú tracheostómiu

Indikácie tracheostómie :

- obštrukcia horných dýchacích ciest (zápalová, traumatická, nádorová, cudzie telesá, obojstranná paralýza hlasiviek). Ide však o relatívnu indikáciu, lebo v mnohých prípadoch je možná oveľa výhodnejšia orotracheálna intubácia
- sťažená toaleta dýchacích ciest, zvýšená sekrécia v dýchacích cestách (chronická bronchopulmonálna choroba, cystická fibróza, bronchiektázie, absces pľúc)
- dlhodobá riadená ventilácia (viac ako 7 – 8 dní), bez prognózy ľahkého odpojenia od ventilátora

Tracheostomická kanyla

Je pomôcka určená k udržaniu priechodnosti tracheostómie. Cieľom tejto pomôcky je zaistiť vstup do dýchacích ciest alebo umožniť realizáciu umelej pľúcnej ventilácie. Tracheostomické kanyly sa delia na dve veľké skupiny : kanyly z plastických materiálov a kovové (rigídne) kanyly.

Edukačný proces je forma odovzdávania konkrétnych informácií, teda sa uskutočňuje v špecifickom prostredí v rámci interakcie sestra – pacient. Edukačný proces je vytvorený zámerne na to, aby sa niekto učil, je to dynamicky vzájomný vzťah medzi sestrou a

pacientom. Je to výchovný a vzdelávací proces a tak ho treba chápať. Je súčasťou ošetrovateľského procesu. Edukácia pacienta s tracheostómiou je osobitne dôležitá. Od nej záleží do akej miery a v akom časovom horizonte sa podarí stomikovi zaradiť sa do bežného života.

Edukácia pacienta s tracheostómiou sleduje predovšetkým :

- akceptáciu vývodu
- zmenu a racionálnu úpravu životného štýlu
- získanie istoty a samostatnosti v ošetrovaní tracheostómie a jej okolia

Pacient s tracheostómiou má poznať :

- svoje ochorenie
- obmedzenia súvisiace s tracheostómiou
- rizikové faktory možných komplikácií
- pomôcky k správne mu ošetrovaniu tracheostómie

Edukáciu treba vopred naplánovať. Výuka má byť jednotná. Zainteresovaný zdravotnícky personál musí vedieť, čo sa stomik učí, čo už vie, a čo ešte potrebuje vedieť.

Zber informácií pred edukáciou: Cieľom je zistiť informovanosť pacienta o ochorení, tracheostómii, zhodnotiť potrebu edukácie. Dôležité je posúdiť schopnosť pacienta spolupracovať, porovnať, čo očakáva od seba a čo od zdravotníckeho personálu. Zhodnotiť mieru využitia predchádzajúcich vedomostí a zistiť motiváciu pacienta ovládať postup pri ošetrovaní tracheostómie. Nevyhnutné je vysvetliť výhody zvládnutia nových zručností. Ak zistíme prípadný strach, snažíme sa zistiť jeho predmet, pacienta vhodným spôsobom motivovať a využívať psychologické postupy na jeho zmiernenie. Požiadame aj rodinných príslušníkov o participáciu na edukačnom procese.

Diagnostika

Stanovenie edukačnej diagnózy:

Deficit vedomostí v súvislosti s ošetrovaním tracheostomickej kanyly, prejavujúci sa kladením otázok.

Plánovanie

Ciele :

Afektívne :

- pacient prejavuje záujem o ošetrovanie tracheostómie
- pacient sa zapája do edukačného procesu
- pacient verbalizuje spokojnosť s nadobudnutými vedomosťami a zručnosťami

Kognitívne :

- pacient dokáže vymenovať potrebné pomôcky k ošetrovaniu tracheostómie
- pacient objasní význam čistenia tracheostomickej kanyly
- pacient opíše komplikácie, ktoré môžu nastať pri nedodržiavaní hygieny tracheostomickej kanyly

Psychomotorické :

- pacient demonštruje správny spôsob ošetrovania tracheostómie
- pacient si okolie tracheostómie ošetruje sám
- pacient uplatňuje hygienické zásady

Realizácia

1. Edukačný blok (14,30 – 15,00 hod.), dňa :

Cieľ: Pacient dokáže vymenovať pomôcky na ošetrovanie tracheostómie

Sestra:

- vymenuje pomôcky aj ich názorne ukáže:
 - jednorázové rukavice
 - špeciálna kefka
 - zrkadlo
 - voda izbovej teploty
 - štvorce mulu,
 - emitná miska,
- poučí pacienta o správnom postupe a použití pomôcok.

Pacient:

- vymenuje pomôcky,
- sleduje, ako sestra ošetruje tracheostómiu a jej okolie

Vyhodnotenie:

Stanovený cieľ bol splnený. Pacient dokáže vymenovať pomôcky na ošetrovanie tracheostómie.. Aktívne sa zapájal do procesu edukácie, poskytnutým informáciám porozumel a správne ich interpretuje.

Podpis sestry:

Podpis pacienta:

2. Edukačný blok (14,30 – 15,00 hod.), dňa :

Cieľ: Pacient sa oboznámi s pracovným postupom pri ošetrovaní tracheostómie

Sestra:

- zabezpečí intimitu prostredia (paraván),
- pred výkonom si umyje ruky,
- pripraví pomôcky na ošetrovanie tracheostómie,
- usadí pacienta do správnej polohy (Fowlerova),
- natiahne si jednorázové rukavice
- vyberie vnútornú časť kanyly
- pod tečúcou vodou vyčistí kanylu špeciálnou kefkou
- vnútornú časť kanyly zavádza pacientovi späť pred zrkadlom, aby videl postup
- správne uloží použité pomôcky,
- po výkone si znova dôkladne umyje ruky.

Vyhodnotenie:

Stanovený cieľ bol splnený. Pacient sa oboznámil s pracovným postupom pri ošetrovaní tracheostómie. Aktívne sa zapájal do procesu edukácie, poskytnutým informáciám porozumel a správne ich interpretuje.

Podpis sestry:

Podpis pacienta:

3. Edukačný blok (14,30 – 15,00 hod.), dňa :

Cieľ: Pacient zvláda ošetrovanie tracheostómie pod odborným dohľadom sestry

Pacient:

- vymenuje všetky potrebné pomôcky,
- umyje si ruky,

- připraví si pomôcky na ošetrovanie tracheostómie,
- správnym postupom si pripraví pomôcky,
- natiahne si jednorázové rukavice
- usadí sa do Fowlerovej polohy pred zrkadlo
- pod dohľadom sestry realizuje vybratie vnútornej časti kanyly
- pod tečúcou vodou vyčistí kanylu špeciálnou kefkou
- zavedie kanylu späť
- po výkone si znova umyje ruky.

Sestra :

- zhodnotí výkon pacienta

Vyhodnotenie:

Stanovený cieľ bol splnený. Pacient ovláda ošetrovanie tracheostómie pod dohľadom sestry.

Podpis sestry:

Podpis pacienta:

Vyhodnotenie edukačného procesu:

- v priebehu ošetrovania tracheostómie sa u pacienta nevyskytli žiadne komplikácie súvisiace s nesprávnym postupom pri ošetrovaní tracheostómie,
- pacient pozná dôvody, pre ktoré má realizovanú tracheostómiu,
- pacient pozná príznaky komplikácií
- pacient pozná symptómy, kedy sa má skontaktovať so svojim ošetrujúcim lekárom

Podpis sestry:

Podpis pacienta :

Záver

Na poskytnutie adekvátnej starostlivosti o pacienta s tracheostómiou musí mať pacient dostatok informácií nielen o chorobe, jej prejavoch, priebehu alebo liečbe, ale aj o postupe ošetrovania tracheostómie v celodennej starostlivosti. Preto autori príspevku sa rozhodli vypracovať edukačný proces u pacienta s tracheostómiou. Účinná a efektívna edukácia zvyšuje samostatnosť pacienta pri zvládaní ošetrovania tracheostómie a jej okolia, znižuje výskyt komplikácií ochorenia, zvyšuje zodpovednosť za seba a svoje zdravie, zlepšuje kvalitu života. Výsledkom edukácie je zvýšenie a nadobudnutie nových vedomostí, zručností a postojov.

Literatúra

CHROBOK, V., ASTL, J., KOMÍNEK, P. a kol. Tracheostomie a koniotomie. Praha: Maxdorf, 2004, s. 17-21 s. ISBN 80-7345-031-3

MARKOVÁ, M., FENDRYCHOVÁ, J. Ošetrovaní pacientu s tracheostomií. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 69 s. ISBN 80-7013-445-3

GULÁŠOVÁ, I. Edukácia pacienta s tracheostomickou kanylou. In : Sestra, č. 7-8, 2004, 30-31 s.

LUKÁŠ, J., a kol. Tracheostomie v intenzívni péči. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005, s. 84-85, ISBN 80-247-0673-3

ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovatel'stve. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, spol.s.r.o., 2005, s. 93-104, ISBN 80-8063-193-X

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, spol. s.r.o. 2009, s. 82-101, ISBN 978-80-8063-326-4

Kontaktná adresa:

PhDr. Magda Ozogányová, PhD.
Klinika hrudníkovej chirurgie SZU a UNB
Univerzitná nemocnica Bratislava - nemocnica Ružinov
Ružinovská 6
82506 Bratislava 29
Email: ozoganyova@ruzinov.fnsdba.sk

KOMUNIKACE JAKO SOUČÁST KLINICKÝCH DOVEDNOSTÍ SESTRY V PÉČI O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA

Jaroslava Raudenská

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

Souhrn:

Protože je umírání problémem biopsychosociálněspirituálním, právním, filozofickým, ekonomickým i humánním, je na veškerý zdravotnický personál, včetně zdravotní sestry, kladen velký nárok profesní, osobní i mezilidský. Je důležité, aby sestra rozuměla i psychologickým problémům spojeným se smrtí a umíráním a proto článek v úvodu popisuje proces umírání, definici smrti a terminální stádium onemocnění. V péči u umírající může sestra narážet na vlastní bezmocnost, na fakt vlastní konečnosti, na tabuizaci smrti, což umocňuje pocity profesionálního vyhoření a zhoršuje komunikaci s pacientem. Proto článek jako základ komunikace popisuje vztah mezi sestrou a pacientem: ukazuje se jako vhodné, aby sestra rozuměla přenosu a protipřenosu. Na sestru jsou tak kladeny vysoké nároky na pochopení sama sebe a vlastního porozumění smrti, strachu z ní a jejímu významu. K zlepšení tohoto pochopení mohou sloužit popsána thanatologická cvičení. Pokud sestra zažije sebezkušenost s vlastní smrtí, může potom lépe pomoci s těmito zážitky pacientům. V závěru článku zdůrazňuje, že se komunikace mezi sestrou a pacientem nikdy nevyskytuje izolovaně, ale vždy je součástí klinických ošetřovatelských dovedností, což by také měla reflektovat pregraduální i postgraduální výuka ošetřovatelství.

Klíčová slova: Sestra; Komunikace; Smrt; Umírající pacient.

Úvod

Věda, zabývající se umíráním a smrtí, se nazývá thanatologie. Pojem smrt se v *přeneseném a širším významu* užívá pro zánik kultury, politického systému, živočišného druhu apod. Smrt v *užším smyslu* je možné definovat z mnoha pohledů jednotlivých disciplín: biologie, medicíny, psychologie, práva, filozofie a dalších. Slovo smrt je ale možné nahradit různými synonymy, například osud, bilancování, krok do neznáma, odevzdanost, odcházení, proměna, atd. Ty ukazují, že smrt je komplexní zážitek a že si s definicemi podle jednotlivých vědeckých disciplín zcela jednoduše nevystačíme (Kuře, 2004). Některá synonyma jsou spojená s pozitivními a příjemnými zážitky, jako je spánek, odpočinek, pokoj, smíření; další s nepříjemnými (nebo pro někoho dokonce negativními) prožitky, jako je například ztráta, bolest, utrpení, trápení, strach, smutek, opuštění a další. Smrt je ale i určitou hranicí mezi životem, který jedinec žije a něčím, co je za ním, tedy něčím neznámým („neexistování“), něčím, co je již za hranicí naší zkušenosti. Smrt také život ukončuje.

Smrt jedince se může dělit *podle různých příčin*: je to podlehnutí nějaké nemoci, nebo smrt stářím (přirozená smrt), smrt způsobená vlastní vinou (sebevražda, sebezabití), smrt v důsledku podmínek neslučitelných se životem (hladem nebo žizní, nebo smrtelný úraz), smrt způsobená jiným člověkem (zabití, vražda, poprava) či smrt způsobená zvířetem či rostlinou (otrava). Pokud člověk zemře bez předchozích příznaků a příčin, označuje se, že zemřel náhle (náhlá smrt). Stává se, že organismus umírá na kombinaci více příčin (Rozsypal, 2003). Z hlediska medicíny můžeme smrt (lat. exitus) nejčastěji definovat jako psychickou, sociální, fyzickou, klinickou, definitivní, nebo mozkovou. *Psychická smrt* je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznadějí a zoufalstvím, usnadňuje smrt fyzickou. *Sociální smrt* je stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázan z důležitých sociálních a interpersonálních vztahů. Fyzické smrti často předchází smrt psychická a sociální.

Definitivní klinickou smrtí se v praxi chápe neobnovení spontánní činnosti srdce a takový člověk i nedýchá. S moderními technologiemi v medicíně je ale nyní možné oživit i lidi, jejichž srdce i dech se zastavil. *Smrt fyzická* je úplná, trvalá a nezvratná ztráta vědomí, tedy *mozková smrt* (Baštecká et al., 2003). U člověka dochází k nevratným změnám mozku, nastane selhání funkce a zánik center řídicích krevní oběh a dýchání.

Můžeme také rozlišit i například *dobrou* a *zlou smrt* (Weisman, 1972). K *dobré smrti* dochází v přirozeném prostředí: člověk odchází proto, že je starý, nemocný a protože již dokončil všechny důležité věci. Má sice přiměřený strach ze ztráty kontroly, ale zachovaný pocit identity, důležité vztahy i dosažení smysluplných cílů. *Zlá smrt* znamená pocity utrpení, bolesti, psychické nouze, stresu, sociální izolace a nezájmu o potřeby pacienta.

Specifika terminálního stadia

Samotný proces umírání můžeme rozdělit do tří fází (fáze 1. a 2. se mohou prolínat): *1. fáze před umíráním* znamená postupné stárnutí organismu, vyhasínání energie a sil, které je způsobené věkem, onemocněním či stavem spojeným s absencí psychosociálních podnětů. Nemocný může (ale nutně nemusí) trpět vytržením ze sociálního prostředí, již většinou delší dobu nepracuje (je v invalidním či starobním důchodu), sociální síť nemusí být pevná, postupně ztrácí, nebo již ztratil, sociální role a rozvíjí se obavy z opuštěnosti, strach z dalšího průběhu nemoci, strach z léčebných procedur, strach ze zvládnutí inkontinence, strach ze smrti, strach ze ztráty sebeovládání. Uvědomění si blížící smrti je výzvou k prožívání smyslu života, kvality a také smrtelnosti každé lidské bytosti. *2. Ve fázi umírání* bezprostředně hrozí fyzická smrt. Převládá trvalý či dočasný pobyt v nemocnici, nebo je kombinovaný s pečovatelskou službou či jinými zařízeními (hospic, LDN). Nevyléčitelně nemocný žije pod hrozbou smrti, ke které nakonec dojde. Terminální stádium je vlastně spěním ke smrti, která zasahuje jedince v celé existenci. Terminální fáze onemocnění je často popisována jako „konec, naplnění, dokončená kniha, prázdno, nicota“ atd. V této fázi dochází k zásadní proměně života: dřívější stádium v sobě zahrnovalo určité naděje, v terminálním stádiu životní možnosti jedince klesají, času je málo, budoucnost je pro jedince ztracená a mizející, orientuje se na minulost. *3. Fáze po smrti* je období, které začíná smrtí člověka a nese s sebou péči o tělesnou schránku umírajícího a psychické strádání pozůstalých.

V období terminálním (paliativním) jde tedy o konečné stadium nemoci, kurativní léčba již byla ukončena. Je konečnou fází lidského života a má existencionální dopad na nemocného i jeho okolí. Paliativní tým (lékař, sestra, klinický psycholog, sociální pracovník, spirituální pracovník atd.) se zabývá lékařskou i nelékařskou péčí o nevyléčitelně nemocné. Onemocnění ohrožující život znamená pro jedince i okolí konfrontace s pocitem vlastní smrtelnosti, což znamená psychický stres. Pacienti se v této fázi nachází ve fázi smutku, musí čelit masivnímu strachu a akutní reaktivní depresi. Důležité v této době je zajištění kvality poslední fáze života nemocného: tlumení příznaků, mírnění utrpení a bolesti (Kozák, 2002; Raudenská a Javůrková, 2002), zvládnutí etických dilemat (Raudenská, 2011; Raudenská a Javůrková, 2010a), poskytnutí pacientovi (pokud si ji žádá) psychosociální a spirituální pomoci (Knight, 2004). K paliativní péči musí být sestra vyškolená nejen medicínsky a ošetrovatelsky, ale také i v oblasti sebepochopení, komunikace a týmové spolupráce (Raudenská a Javůrková, 2010b). Pacient často v komunikaci se sestrou řeší v souvislosti se smrtí a umíráním existenciální dilemata a obsahem může být i přehodnocování víry nebo duchovního přesvědčení (Raudenská a Javůrková, 2011). Sestra se tak dostává do pozice, kdy by měla být sama připravena o smrti a duchovnu s nemocným a jeho rodinou hovořit, jako předpoklad k zachování již zmiňované „dobré“ smrti.

Vztah jako základ komunikace

Základem komunikace je vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem. Znamená vzájemnou, pozitivní a emoční vazbu. Předpokladem pro jeho vytvoření je podpůrný postoj sestry k pacientovi, vzájemná koalice při řešení potíží a chápání pacienta jako partnera. Pokud je vztah založen na vzájemné důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, může pacient najít odvahu k vyjádření i emocí a obavných myšlenek spojených se smrtí a umíráním. Vztah je ovlivňován následujícími proměnnými: podobnost mezi pacientem a sestrou, přitažlivostí sestry pro pacienta, vzájemnými sympatiemi a antipatiemi, očekáváním ve vztahu k rolím, zajišťování empatie, vřelosti a opravdovosti, přenosem, protipřenosem a „terapeutickým spojenectvím“ (Kratochvíl, 2006). Vztah k sestře (stejně jako k jiným zdravotníkům, kteří o něho pečují) si pacient vytváří na základě zkušeností z dětství a s předešlými vztahy, ale v sobě nese příměs minulých vztahů obou, tedy i sestry. Z psychoanalýzy znamená *přenos* zvláštní, afektivně zabarvený vztah pacienta k terapeutovi, který můžeme modifikovat na vztah pacienta ke zdravotní sestře. Pacient se k ní obrací s takovými očekáváním, přáními, pocity, která měl, nebo má k významným osobám ze svého dětství, nebo jiným významným osobám v pozdějším životě (rodiče, partneři, nadřízení a jiné authority). Rozvoji přenosu se nelze vyhnout. Při přenosu pacient nereaguje na skutečnou osobu sestry, nebo její skutečné chování, ale na to, co si do osoby sestry promítá ze svých vztahů a zážitků z minulosti. *Pozitivní přenos* k sestře většinou znamená sympatie, projevování citů, ochotnější podrobení se léčení, může mít i sexuální zabarvení. Přílišný rozvoj přenosu by mohl vést u pacienta k nesamostatnosti a závislosti a u sestře k udržování „odstupu“. Příliš neutrální vystupování sestry může vést k projekci fantazií přenosového charakteru, proto by sestra měla vystupovat vždy jako autenticky reálná osoba (Beran, 2000). V *negativním přenosu* k sestře se objevuje skryté nepřátelství a rezervovanost. Vědomá práce s přenosem dává jasné hranice: sestře se vyjadřuje přímo, povzbuzuje pacienta, ale nevyvolává závislost, pracuje s jasnými pravidly. *Protipřenos* původně v psychoanalýze znamenal psychoanalytické pocity, představy a prožitky při terapii a byl možným zdrojem poznatků o tom, co se odehrává ve vnitřním světě pacienta. Současná psychoanalytická teorie pokládá reakce terapeuta na pacienta za cestu do pacientova nevědomí: může být překážkou, ale i prostředkem porozumění. Protipřenos aplikovaný na vztah sestra a pacient znamená prožitky a reakce sestry směrem k pacientovi s příměsí jejích minulých vztahů. Přenos a protipřenos je možné využít ve vztahu sestry a pacienta tak, aby se jejich dynamika transformovala do zdravého a adaptivního jednání. Pro zlepšení vztahu si může sestra najít pravidelný způsob, jak lépe porozumět sama sobě: uvědomit si, jaké city prožívá, zkoumat své pocity vůči pacientům se svými kolegy v supervizi a dokázat tak rozlišovat mezi zdravým a nezdravým protipřenosem.

Sebezkušenost se smrtí

Jsme schopni zažít smrt druhého a můžeme si tak uvědomit to, co jsme si předtím neuvědomovali, tj. vlastní smrtelnost. Tím získáváme nové komplexní poznání, které se může stát předpokladem efektivnější komunikace s umírajícím. Sebezkušenost konfrontace ze smrtí umožní sestře uvědomit si vlastní konečnost. Thanatologická cvičení jsou určena pro práci ve skupině deseti až patnácti účastníků (Haškovcová, 2000). Vedoucí skupiny by měl být psychoterapeut. První cvičení je například *nárys životní linie*. Účastníci cvičení se pohodlně posadí, aby mohli psát. Nakreslí přímkou a označí křížkem svoje narození a současnost. Mezi tyto dva body jsou vyzváni zakreslit významné životní události. Ve druhé části cvičení zanesou na stejnou přímkou svoji hypotetickou smrt, mezi ní a současností události, kterých by chtěli dosáhnout. Smyslem cvičení je zamyslet se nad konečností života, úspěchy, neúspěchy, perspektivou a zvládáním životních cílů. V *technice konfrontace se smrtí* sedí účastníci pohodlně v kruhu a po úvodní relaxaci je vedoucí skupiny postupně vyzve, aby místnost

postupně opustili. Na důkaz svého „definitivního“ odchodu každý otočí svou židli směrem z kruhu. Postupně odchází až do doby, kdy na jedné neotočené židli zbyde jen jeden. Cvičení učí, že v průběhu života každý prožije celou řadu bolestných ztrát a nakonec zůstane sám. Ve vyšší fázi se po relaxaci vyzve k vnitřní představě prožití ztráty blízkého člověka (pět minut), nejbližších lidí (deset minut) a vlastní smrti (třicet až čtyřicet minut). Úkolem je zamyslet se nad tím, jak by se to mohlo stát, že jedinec zemře a prožít smrt i vlastní pohřeb. Podstatné je, že po skončení hodiny se pocity verbalizují a je nutné dbát na vrácení se do přítomnosti. Technika není vhodná pro začátečníky. V *metodě nekrolog* si má každý představit člověka, který o něm napíše nekrolog na pohřeb. Poté každý napíše nekrolog místo zvoleného člověka. Smyslem cvičení je uvědomit si vlastní konečnost a cenu. Napsaný nekrolog se neodevzdává, účastník si ho nechá, cvičení se může ukončit tak, že ho zničí. Konfrontace s vlastní smrtí tak může vyvolat u sestry pozitivní osobní změny: vyzrálost, vnímavost, empatii, moudrost (Yalom, 2005).

Typy komunikace

V interakci s umírajícím můžeme vyčlenit čtyři typy komunikace: běžná komunikace, hierarchické výměny, psychoterapie a thanatologické výměny. V *běžné komunikaci* lidé hovoří o aktuálních tématech (počasí, sport, noviny) na úrovni, kde si jsou rovni. *Hierarchické výměny* zahrnují konverzaci mezi osobami, které si rovny nejsou: jedna z nich je vnímána jako nadřazená (vztah šéf a podřízený, důstojník a voják v armádě, lékař a pacient, sestra a pacient atd.). Role nemohou být změněny: například pacient obvykle nemůže vyšetřovat lékaře, nebo ošetřovat sestru. To může negativně ovlivnit empatickou komunikaci sestry s umírajícím.

Sestra užívá typy komunikace v různých typech rozhovorů. V *anamnestickém rozhovoru* sestra informace získává. Během komunikace formuluje sama pro sebe otázky, které pacientovy položí, snaží se předpokládat, jaké budou mít účinek na pacienta. Skládá dohromady údaje od pacienta a zároveň přemýšlí, jak by měla s pacientem hovořit tak, aby ho získala ke spolupráci na léčbě. V rozhovoru se zaměřuje na interpretaci slov pacienta (úroveň verbální), ale také chování a vzhledu (úroveň neverbální, sdělování činy, nebo to, co se neřeklo), kognitivní úrovně (co si o tom, co se s ním děje, myslí pacient; ale i na kognitivní deterioraci) a emocí (Javůrková, 2001). Již při snímání anamnézy sestra monitoruje, zda jsou pro pacienta důležité i otázky duchovna. Duchovno je univerzální koncept užitečný ke komunikaci s pacienty pobožnými, bez vyznání, nebo nevěřícími. Sestra ale potřebuje především rozumět nejdříve svému duchovnímu pohledu na svět a potom subjektivnímu pohledu pacienta na život, smrt a umírání. U nevěřících (kterých je v České republice odhadem více jak dvě třetiny) může sestra opatrně nabízet možnosti nových pohledů na vlastní existenci následovně: poskytuje pacientovi prostor, kde může svobodně ventilovat negativní pocity zmaru, zklamání a strachu. Pouze v *thanatologických výměnách*, kde jsou oba účastníci (sestra i pacient) chápáni jako sobě rovni, může být komunikace opravdová (Corr, Nabe, Corr, 2009). Zahrnuje citlivé vyzvání ke komunikaci o smrti a umírání, naslouchání a oční kontakt. Dále sestra citlivě podporuje rozvíjení tématu smyslu a významu života a smrti v naší existenci. Nabízí nedogmaticky a laskavě uchopení konečnosti života a zároveň poskytuje svou osobu jako člověka, který problematice umírání rozumí, neobává se hovořit o jakýchkoliv aspektech blízké smrti, je v tomto smyslu vybaven profesionální odvahou a osobní emoční stabilitou. V *edukaci, rozhovoru při překladau či propuštění* a v *rozhovoru s příbuznými pacienta* sestra informace dává.

Komunikace a klinické dovednosti

Zdravotní sestra hovoří během ošetrovatelského procesu s pacienty celý den, mluví ale i s kolegyněmi, s lékaři a dalšími zdravotníky při vizitách i při zdravotnických výkonech, také hovoří s rodinnými příslušníky, nebo přednáší na konferencích a seminářích. Měla by být tedy komunikačně velmi zdatná. Komunikace mezi sestrou a pacientem ale není oddělený proces, doprovází vždy prováděné ošetrovatelské dovednosti a tak ovlivňuje efekt diagnostických i léčebných výkonů (Curtis et al., 2001). Dále konkrétně rozepíšeme jednotlivé dovednosti v paliativní péči ve dvanácti bodech.

Sestra komunikuje s pacientem - naslouchá a povzbuzuje pacienta otázkami; čestně a přímo pacientovi na otázky odpovídá, citlivě podává špatné zprávy pokud je to v její kompetenci; je ochotná mluvit s pacientem o umírání, pokud je pacient připraven o smrti mluvit. Sestra by si měla také přiměřeně věřit a vidět sebe pozitivně, být flexibilní ke změnám, přiměřeně empatická, autentická, komunikaci řídit, ale také se „nechat se řídit“, umět pracovat s kritikou své osoby a umět ji vyjadřovat směrem k pacientovi a umožnit reciprocitu komunikace. *Emoční podpora* - sestra projevuje přiměřený soucit a lítost, podporuje zdravou naději a pozitivní postoj; poskytuje podporu a útěchu, citlivě reaguje na pacientovy emoční potřeby. *Dostupnost a návaznost péče* - dává pacientovi takový časový prostor, který potřebuje; během ošetrovatelského procesu se zaměřuje na pacienta a jeho potřeby; umožňuje pacientovi setkávat se s rodinou; ujistí pacienta, že nebude při umírání sám a opuštěný; pokud je to možné je po smrti pacienta v kontaktu s rodinou. *Kompetence* – sestra disponuje dobrými ošetrovatelskými dovednostmi, které pacient během procesu umírání potřebuje; je připravena se s pacientem pravidelně setkávat; konzultuje s ošetřujícím lékařem pokud pacient potřebuje konzultaci jiného specialisty, zná etická dilemata týkající se léčby bolesti. *Úcta a pokora* - chová se k pacientovi (i k jeho rodině) jako k sobě rovným; cítí se v kontaktu s umírajícími dobře a poskytuje jim přiměřenou útěchu; nechápe smrt jako medicínské, ošetrovatelské nebo osobní selhání. *Komunikace v týmu a týmová koordinace* – sestra poskytuje pacientovi i jeho rodině informace o zdravotním týmu; pacient je obeznámen, kdo z týmu řeší určité konkrétní problémy (lékař, sestra, psycholog, sociální pracovník atd); pokud není dostupný lékař, pacient je informován, na koho se má obrátit; tým pracuje v léčbě multidisciplinárně, komunikuje mezi sebou. *Edukace pacienta* - sestra podává dle svých kompetencí dostatek informací o nemoci, její léčbě a mírnění příznaků a bolesti; pokud si to pacient přeje, mluví s ním o smrti, jejích formách a co pro něho smrt může znamenat. *Personalizace* - umožňuje pacientovi, aby se cítil příjemně jako člověk. *Zvládání bolesti* – sestra pravidelně monitoruje intenzitu bolesti a její mírnění; edukuje pacienta i rodinu jakými způsoby je možné bolest mírnit; chápe, že emoční reakce na bolest (deprese a úzkost) často bolest doprovázejí, spolupracuje při jejich léčbě s psychiatrem a klinickým psychologem. *Začlenění rodiny* - s rodinou pacienta komunikuje sestra otevřeně a ochotně dle svých kompetencí, začleňuje ji do ošetrovatelského procesu pokud je to možné; pomáhá rodině pochopit, co znamená smrt a umírání a jaké formy může proces umírání mít. *Zaměření na pacientovy hodnoty* – sestra vždy respektuje osobní názory pacienta a jeho rozhodnutí o způsobech léčby nebo mírnění bolesti; respektuje pacientovy kulturní, duchovní, náboženské názory a životní styl. *Podpora rozhodnutí pacienta* - poskytuje pacientovi rady týkající se ošetrovatelského procesu; na druhou stranu vždy akceptuje přání pacienta týkající se péče na jeho sklonku života.

Závěr

K zlepšení ošetrovatelské péče o pacienty na konci života může přispět výuka komunikace a vzdělání směřující k porozumění sama sebe a vlastního vztahu k celému světu. Takové vzdělání by ale nemělo být vyučováno izolovaně ve speciálním předmětu, ale jako součást klinických dovedností. To se velmi dobře daří například na německých lékařských fakultách s použitím standardizovaných pacientů (Raudenská, 2008), nebo zavedením modernizovaných klinických dovedností v ošetrovatelství (e-learningové studijní opory s videozáznamem) a zavedením logbooků výkonů (Jirkovský, 2010). Takové celostní pregraduální i postgraduální vzdělání sestry založené na klinických dovednostech, kterých je komunikace bazální součástí, může reflektovat i formování společnosti a kultury. Ta potom může produkovat ochotu, přízeň, důvěru, pochopení a respekt v péči o umírajícího člověka.

Literatura

- BAŠTECKÁ, J. et al. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-735-3
- BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-932-2
- CORR, CH. NABE, C. CORR, D. *Death and Dying: Life and Living*. Belmont: Wadsworth, 2009. ISBN: 13-978-0-495-50646-1
- CURTIS, JR. WENRICH, MD. CARLINE, JD. SHANNON, SE. AMBROZY, DM. RAMSEY, PG. *Understanding Physicians' Skills at Providing End-of-Life Care*. *Journal of General Internal Medicine*. 2001, roč. 16, č. 1, s. 41–49. ISSN: 0884-8734
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice: České ošetrovatelství*. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-310-4
- JAVŮRKOVÁ, A. *Neuropsychologické vyšetření u pacientů s roztroušenou sklerózou*. *Československá psychologie*, 2001, roč. 45, č. 3, s. 208-215.
- JIRKOVSKÝ, D. *Inovace praktické výuky ošetrovatelství*. In.: JIRKOVSKÝ, D. (Ed) *Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. Recenzovaný sborník z konference*. Praha: FNM, 2010, s. 80-82. ISBN 978-80-87347-03-4
- KNIGHT, SJ. *Oncology and Hematology*. In: CAMIC, P. KNIGHT, SJ. (EDs) *Clinical handbook of health psychology*. Cambridge: Hogrefe & Huber, 2004, s. 233-261. ISBN 0889372608
- KOZÁK, J. *Léčba bolesti v ČR – chronická bolest a trendy v invazivních postupech*, *Remedia*, 2002, č. 6, s. 364-369. ISSN 0862-8947
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7169-121-6
- KUŘE, J. *Filozofické poznámky k legislativě paliativní péče*. *Zdravotnické právo v praxi*, 2004, č. 4, s. 80-82. ISSN 1213-0508
- RAUDENSKÁ J. *Zpráva ze Symposia KIS (Kölner Interprofessionelles Skills Lab) v Kolíně nad Rýnem, Německo 3.-4.4. 2008*. *Bolest*, 2008, roč. 11, č. 2, s. 122-5. ISSN 1212-6861
- RAUDENSKÁ, J. *Osobní etická dilemata pacienta s chronickou bolestí*. *Bolest*, 2011, roč. 14, č. 1, s. 14-20. ISSN 1212-6861
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Možnosti kognitivně-behaviorální terapie v léčbě somatických onemocnění (model chronické bolesti u pacientů s kognitivními poruchami)*. *Bolest*, 2002, roč. 5, č. 3, s. 164-167. ISSN 1212-0634
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Některé etické úvahy, dilemata a podněty algeziologické péče o pacienta s chronickou nenádorovou bolestí*. *Bolest*, 2010a, roč. 13, č. 4, s.172-180. ISSN 1212-6861
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Multidisciplinární léčba chronické nenádorové bolesti*. *Bolest*, 2010b, roč. 13, č. 3, s. 80-86. ISSN 1212-6861
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Diagnostika a zvládání deprese v terminálním stádiu nádorového onemocnění*. *Paliativna medicína a liečba bolesti*, 2011, roč. 4, č. 1, s. 12-15. ISSN - 1337-6896

ROZSYPAL, S. Nový přehled biologie. Praha: Scientia, 2003, s. 458. ISBN 80-7183-268-5
WEISMAN, AD. On Dying and Denying. New York: Behavioral Publications, 1972. ISBN 0877050686
YALOM, I. Existenciální psychoterapie. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-147-6

Kontaktní adresa:

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

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE U PACIENTOV NA OAaIM

¹Jarmila Bramušková, ²Eva Balogová, ³Jana Boroňová

¹Nemocnica Zvolen, a.s., člen skupiny AGEL - OAaIM

²Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity

³Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Autorky príspevku predkladajú problematiku komunikácie s pacientmi na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny, ktorá je neodmysliteľnou a neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti. Na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny bývajú hospitalizovaní pacienti s rôznymi chorobami, ale najmä tí, u ktorých hrozí zlyhanie základných životných funkcií. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti týmto pacientom je komunikácia základným predpokladom jej kvality a môžeme povedať, že nie je možné poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť bez komunikácie. Komunikácia zároveň zabezpečuje vzájomnú interakciu nielen medzi personálom, ale aj medzi sestrou a pacientom.

Kľúčové slová: *Verbálna komunikácia; Neverbálna komunikácia; Paralingvistická komunikácia; Efektívnosť komunikácie; Bazálna stimulácia.*

Úvod

Komunikácia je univerzálnym javom ľudskej spoločnosti a priamo reguluje úroveň medziľudských vzťahov. Nemôže bez nej existovať žiadna sociálna skupina. Uspokojuje potreby sociálneho styku a je prostriedkom sociálnej integrácie jednotlivca do spoločnosti (Kristová, 2004). Úspešnosť poskytovanej zdravotníckej starostlivosti, ktorej súčasťou je ošetrovateľská starostlivosť, je podmienená okrem iných faktorov aj efektívnou komunikáciou na úrovni sestra – pacient. Sestra tvorí dôležitý medzičlánok v oblasti komunikácie medzi pacientom a lekárom, pretože v porovnaní s lekárom trávi viac času s chorými.

Komunikácia je zložitý proces závislý na individuálnej psychike, vzdelaní, inteligencii a na individuálnych a sociálnych skúsenostiach. Patrí k základnej výbave človeka, ale líši sa dedičnými dispozíciami, rozvojom komunikačných zručností, výchovou v rodine a spôsobom, ktorým je realizovaná (Linhartová, 2007). Komunikácia s pacientom predstavuje veľké umenie. Je dôležitým aspektom ošetrovateľskej činnosti. Pri komunikácii s pacientom je potrebné, aby sestra navodila ovzdušie dôvery, ktoré by ho zbavilo pocitu strachu a obáv. Ošetrovateľstvo sa zameriava na starostlivosť o celý ľudský organizmus, o jeho momentálne alebo potenciálne zdravotné problémy. Človeka chápe holisticky s jeho biologickými, psychickými a duchovnými potrebami (Gulášová, 2006). Na pacienta je potrebné pozeráť ako na plnohodnotnú bytosť, ktorú si vážime, svoj rešpekt a úctu jej dávať najavo. Prijímať ho takého, aký je. Akceptácia a úcta sú základným predpokladom a vytvárajú prostredie, v ktorom prebieha sociálna interakcia. Staráme sa nielen o chorobu, ale o celého človeka (Boledovičová, Drienovská, 2003).

Komunikácia – rozhovor, je prvým predpokladom fungovania medziľudských vzťahov. Prejavom sociálnej komunikácie, ktorá prebieha vo vzájomnej interakcii je komunikácia v ošetrovateľstve (Kapounová, 2007). Komunikujúci si navzájom vymieňajú rôzne informácie, či už slovné, prostredníctvom reči tela alebo vedome regulovaného správania. Rozlišujeme tri formy sociálnej komunikácie: verbálna, neverbálna a paralingvistická komunikácia (Morovicsová et al., 2004).

Efektivna komunikácia

Predpokladom efektívnej komunikácie vo vzťahu sestra – pacient je aktívne využívanie informácií z jednotlivých foriem sociálnej komunikácie, ale aj vytváranie vhodných podmienok pre ich prácu, dodržiavanie zásad mentálnej hygieny a celoživotné vzdelávanie. V komunikácii medzi sestrou a pacientom je napokon nutné dodržiavať tieto zásady:

- Komunikácia musí byť jasná, informácia pravdivá.
- Informácie musia byť podané presne, stručne a zrozumiteľne.
- Obsah informácie musí byť prispôsobený veku, intelektuálnej úrovni a aktuálnemu stavu pacienta.
- Musí byť súlad medzi obsahovou a formálnou stránkou verbálnej komunikácie a súlad v oblasti verbálnej a neverbálnej komunikácie.
- Je dôležité venovať pozornosť spätnej väzbe, kvôli doplneniu, spresneniu alebo korigovaniu informácie.
- Treba využívať čo najširšiu paletu komunikačných zručností (Morovicsová, 2007).

Morovicsová (2004) uvádza, že skúsenosti z praxe ukazujú, že pacienti sa pri hodnotení sestier viac zameriavajú na ich komunikačné zručnosti, ako na technickú profesionalitu.

Verbálna komunikácia

Slová majú nesmiernu hodnotu. Vo verbálnej komunikácii treba zvoliť vhodný význam použitých slov a viet. Prijemca informácií – pacient, si môže totiž vyložiť význam slov podľa svojho. Preto je dôležité ubezpečiť sa, či bolo podávanie informácií správne pochopené a akceptované (Janáčková, Weiss, 2008). Nezvládnutá verbálna komunikácia môže byť zdrojom „poškodenia“ pacienta sestrou alebo iným zdravotníckym pracovníkom. Slovo vtedy nepôsobí „ako liek, ale ako jed“ (Špatenková, Králová, 2009).

Podmienky pre správny priebeh verbálnej komunikácie

Kapounová (2007) uvádza, že základným predpokladom pre začatie a priebeh vzájomnej výmeny informácií musia sestra a pacient:

- *chcieť komunikovať*: v skutočnosti je málo pacientov, ktorí odmietajú komunikovať. Väčšina pacientov čaká na príležitosť komunikovať so zdravotníckym personálom. Ak sa nájde pacient, ktorý nechce komunikovať, s najväčšou pravdepodobnosťou je prekážka na strane sestry.
- *vedieť komunikovať*: každá sestra by sa mala naučiť správne komunikovať s pacientom, pretože iba tak môže naviazať s pacientom kontakt a získať si jeho dôveru. Vedieť správne komunikovať môže sestra využiť u všetkých pacientov, ale najmä u agresívnych, odmietavých alebo zmätených pacientov.
- *mať možnosť komunikovať*: možnosť komunikovať závisí u pacienta a u sestry od mnohých faktorov. Vo väčšine prípadov pochádza viac prekážok od pacienta, pretože na to, aby dokázal správne prijať a spracovať vysielané informácie od sestry, musí mať schopnosť uchovávanía informácií v pamäti. Najčastejšou prekážkou je v intenzívnej starostlivosti zabezpečenie dýchacích ciest endotracheálnou alebo tracheostomickou kanylou, ktorá zhoršuje komunikáciu najmä preto, že znemožňuje verbálnu komunikáciu.

Neverbálna komunikácia

V práci sestry je nesmierne významná. Ak vie sestra správne identifikovať signály neverbálnej komunikácie, veľa sa o pacientovi dozvie aj bez použitia slov. Spozorovanie a správna interpretácia neverbálnych prejavov pacienta patrí medzi najnáročnejšie a pritom najdôležitejšie zručnosti každej sestry. Je známe, že prevažuje nad verbálnou komunikáciou, pretože lepšie sprostredkuje momentálne emócie. Neverbálne výrazy si človek uvedomuje

menej ako verbálne, sú väčšinou spontánne a vyjadrujú aktuálne prežívanie (Kristová,2004). Pomocou nej vyjadrujeme emócie, pocity, nálady, záujem o zblíženie alebo aj snahu ovplyvniť pacienta (Pokorná, 2008).

Do neverbálnej komunikácie zaraďujeme:

- *Mimiku*: reč svalov tváre. Zrakový kontakt je dôležitý faktor ovplyvňujúci komunikáciu, preto je potrebné, aby mal pacient počas komunikácie so sestrou možnosť vidieť do tváre sestry, ale platí to aj naopak. Veľmi dôležité je zabezpečiť zrakový kontakt u imobilného pacienta, pretože je u neho veľmi obmedzený a mnohokrát je jediným dorozumievacím prostriedkom.
- *Gestiku*: pohyby častí tela počas komunikácie, najmä gestá, ktoré zvyrazňujú hovorené slovo.
- *Haptiku*: dotyky by mali byť bežným prejavom komunikácie, ktorý zvyšuje dôveru pacienta voči sestre, s ktorou komunikuje. Dotyky by mala sestra využívať najmä pri bolestivých výkonoch, u depresívnych pacientov na vyjadrenie spolupatričnosti, ale aj pri bežnom pohľadení pacienta.
- *Proxemiku*: vzdialenosť medzi pacientom a sestrou je možné rozdeliť na štyri zóny. Intímna, osobná, sociálna a verejná zóna vo veľkej miere ovplyvňujú priebeh komunikácie. Sestra by mala zväziť narušenie intímnej zóny pacienta v priebehu komunikácie, pretože to môže byť dôvod odmietania komunikovať zo strany pacienta. Na druhej strane, u imobilných pacientov je obmedzený zrakový kontakt, preto je dôležité, aby sestra využila počas komunikácie intímnu zónu s použitím dotykov.
- *Posturiku*: postoje, poloha a držanie tela a končatín. Počas komunikácie s pacientom by si sestra mala všímať polohu pacienta, ktorú zaujíma, ale dôležitá je aj poloha, ktorú zaujíma sama sestra. Mala by byť k pacientovi otočená celou prednou plochou svojho tela.
- *Vzhl'ad*: ovplyvňuje komunikujúcich pri získavaní si dôvery počas komunikácie (Kapounová, 2007).

Paralingvistická komunikácia

Jedná sa o komunikáciu prostredníctvom akustických prejavov reči. Medzi ne zaraďujeme hlasitosť reči, výšku tónu, jej rýchlosť, objem, plynulosť, intonáciu, rečové chyby a správnu výslovnosť. Pacient, ktorý komunikuje pomaly má pravdepodobne strach, ten, ktorý sa počas komunikácie so sestrou nepozera do očí, s najväčšou pravdepodobnosťou vedome klame (Kapounová, 2007).

Komunikačné zručnosti sestry

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je nemysliteľná bez vzájomnej komunikácie medzi sestrou a pacientom. Sestra si nevystačí s bežným spôsobom komunikácie. Je potrebné, aby si osvojila nasledujúce špecifické komunikačné zručnosti a praktiky (Kristová,2004).

Aktívne načúvanie – je najzákladnejšou komunikačnou zručnosťou a veľmi dôležitou pre praktické využívanie ďalších zručností. Načúvať znamená niekoho aktívne počúvať – aktívne vnímať, čo a akým spôsobom pacient hovorí, ďalej sledovať jeho neverbálne prejavy. Sestra môže načúvať tromi spôsobmi:

- **načúvať ušami** – sledovať prvky verbálnej komunikácie
- **načúvať očami** – popri verbálnej, sledovať prvky neverbálnej komunikácie
- **načúvať srdcom** – vyjadriť osobnú zainteresovanosť a spoluúčasť k danej problematike (Morovicsová, 2007).

Rešpekt – predstavuje konkrétny postoj sestry k pacientovi viditeľný na jej správaní a konaní. Je určitým znakom spoluúčasti sestry na jeho situácii, problémoch alebo starostiach (Kristová, 2004).

Empatia – znamená, že sme schopní pochopiť vnútorný svet toho druhého a dívať sa na vonkajší svet jeho očami. Empatia znamená vedieť rozoznať, v akom duševnom stave je druhý človek, akú má náladu, čo prežíva. Empatiu niekedy možno rozpoznať podľa toho, že sme schopní dokončiť pacientovu začatú vetu (Kutnohorská, 2007).

Prejav porozumenia – je pochopenie vzťahu medzi príčinou určitého problému chorého a výsledkom – teda jeho konkrétnym správaním, ktorým môže byť cit pacienta, jeho myšlienka, názor, postoj alebo psychický stav. Táto komunikačná zručnosť predstavuje pre chorého uistenie sa, že bol pochopený. V prejavoch porozumenia by sme sa nemali ponáhľať a zamieňať si ho so súhlasom. Porozumenie neznamená bezvýhradne schválenie pacientovho konania, či správania. Prijímame iba názor chorého, môžeme porozumieť a nesúhlasiť (Morovicsová, 2004).

Výklad – objasnenie súvislostí a vzťahov, ktorých si dosiaľ pacient nebol vedomý. Týka sa vzťahov medzi obrazom ochorenia a vnútorným svetom pacienta. Vychádza z kontextu celého pacientovho života a z jeho aktuálnej situácie. Pri výklade je dôležitá formulácia oznámenia a vystihnutie vhodného okamihu alebo miesta. Pacient spoznáva svoju situáciu a vyjadruje svoj súhlas alebo nesúhlas na daný výklad (Morovicsová, 2004).

Prejav záujmu – môže byť sestrou naznačovaný verbálne a neverbálne – pohľadom, prikyvovaním, približovaním alebo naopak oddáľovaním.

Podpora – je veľmi dôležitá v krízových situáciách a u ľudí ťažko chorých. Najvýstižnejšie ju môžeme prejavovať pomocou vety sestry: „Som tu pre Vás.“

Mlčanie – často sprevádza interpersonálne konanie. Môže patriť medzi známky podpory alebo charakterizovať neporozumenie a nedôveru.

Nadväznosť každej jednej zručnosti, ich vzájomné podmieňovanie a prelínanie je nesporné. Na prvom mieste by sme mohli však umiestniť pozorné načúvanie s rešpektovaním pacienta. Na základe rešpektu sme ďalej schopní empatie a porozumenia. Až potom sme schopní chorému interpretovať príčinné vzťahy a prejavovať náš záujem, podporu (Morovicsová, 2004).

Bazálna stimulácia

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti sa v súčasnosti neustále zvyšuje a je zameraná na uspokojovanie potrieb človeka. Bazálna stimulácia je konceptom, ktorý napomáha zvyšovať poskytovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Celý koncept bazálnej stimulácie je založený na poznaní, že u pacienta došlo k narušeniu komunikácie z rôznych príčin. Často ide o také narušenie komunikácie, kedy človek nie je schopný verbálne komunikovať. A tu zohráva bazálna stimulácia dôležitú úlohu, pretože nám dáva možnosť spoznať pocity a potreby pacienta a môžeme komunikovať aj s pacientom s rôznymi poruchami vedomia. Patrí sem napríklad: somatická, vestibulárna, vibračná, optická, auditívna, orálna, olfaktorická a haptická stimulácia. Martinková (2010) uvádza, že podstatou bazálnej stimulácie je dosiahnutie čo najväčšieho uspokojenia potrieb u pacienta, pri využití predchádzajúcich zážitkov a skúseností pacienta. Začlenenie bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej praxe znamená pre mnohých pacientov novú nádej.

Záver

Na OAİM sú hospitalizovaní pacienti, u ktorých neprebíeha komunikácia bežným spôsobom, pretože sa jedná o pacientov, ktorí sú v kritickom stave, veľakrát sú v stave navodeného farmakologického útlmu alebo v bezvedomí. Treba si však uvedomiť, že pacient aj v takejto život ohrozujúcej situácii je stále človek, pre ktorého je komunikácia možno dôležitejšia ako kedykoľvek predtým (Špatenková, Králová, 2009). Preto by sa každá sestra mala snažiť komunikovať správne a efektívne, čo je základným predpokladom kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej pacientovi.

Literatúra

- BOLEDOVIČOVÁ, M. – DRIENOVSKÁ, M. (2003). Osobitosti terapeutického vzťahu. In: *Sestra*, 2, 2003, č. 3, s. 12-13. ISSN 1335-9444.
- GULÁŠOVÁ, I. (2006). Etické aspekty komunikácie vo vzťahu pacient – sestra. In: *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, 12, 2006, č. 3, s. 123-127. ISSN 1335-5090.
- JANÁČKOVÁ, L. – WEISS, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- KAPOUNOVÁ, G. (2007). *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KRISTOVÁ, J. (2004). *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
- KUTNOHORSKÁ, J. (2007). *Etika v ošetrovateľství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LINHARTOVÁ, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MARTINKOVÁ, J. (2010). Možnosti bazálnej stimulácie. In: *Sestra a lekár v praxi*. 2010. Roč. IX, č. 11-12. s. 43. ISSN 1335-9444
- MOROVICSOVÁ, E. (2007). Prekážky efektívnej komunikácie vo vzťahu sestra - pacient. In: *Diagnóza v ošetrovateľství*, 3, 2007, č. 3, s. 103-104. ISSN 1801-1349.
- MOROVICSOVÁ, E. et al. (2004). *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Bratislava: UK, 2004. 140 s. ISBN 80-223-1940-6.
- POKORNÁ, A. (2008). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovateľství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických odborů, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

Kontaktná adresa:

PhDr. Jarmila Bramušková
OAİM, Zvolen
Kuzmányho nábrežie 28
960 01 Zvolen
Email: bramuskova@dakrazv.sk

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE U PACIENTOV S PORUCHAMI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

Darina Šimovcová, Kamila Jurdíková

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne
Fakulta zdravotníctva

Súhrn:

U ľudí s duševnou poruchou musíme prijať chorobu so všetkými jej prejavmi. Prvým krokom je potrebné mať čo najviac základných informácií o duševných chorobách. Aby sme však pacienti mohli čo najlepšie porozumieť, je potrebné brať do úvahy jeho jedinečnosť. Duševné ochorenie môže mať biologické (genetické, vrodené) príčiny, ale môže vzniknúť i na základe psychogénnych a sociálnych vplyvov. U chorých sa objavujú pridružené poruchy správania najrôznejšieho charakteru. Môže sa prechodne vyskytnúť agresivita, poruchy spánku a iné. Chorý ťažšie vníma viac vecí naraz, nezvláda napr. komunikáciu s viacerými osobami. Choroba má za následok zhoršenie pacientových komunikačných schopností. Veľkú úlohu u pacientov s poruchami duševného zdravia zohráva sestra, ktorá ovláda špecifiká komunikácie s takýmito pacientmi.

Kľúčové slová: *Komunikácia. Psychiatrické ošetrovatel'stvo. Rešpekt. Empatia. Autentickosť. Špecifická komunikácia.*

Úvod

Komunikácia je proces, ktorý prebieha medzi všetkými ľudskými bytosťami bez ohľadu na vek, cieľ či okolnosti. Kdekoľvek sa uskutoční stretnutie alebo transakcia medzi dvoma alebo viacerými osobami, odohráva sa určitý druh komunikácie. Verbálna komunikácia je veľmi dôležitá, ale predstavuje iba jeden spôsob výmeny informácií. V skutočnosti vyjadrujú ľudia väčšinu pocitov skôr prostredníctvom správania než prostredníctvom jazyka (Janosiková et al., 1999). Sestra zaujíma popredné miesto v komunikácii s chorým. Komunikácia so psychiatrickým pacientom musí mať vždy charakter terapeutickkej komunikácie - to znamená, že je zameraná na potreby, pohodu a individualitu pacienta (Kopecká et al., 2003).

Komunikácia v psychiatrickom ošetrovatel'stve

V podmienkach ošetrovatel'skej starostlivosti o duševné zdravie prebieha komunikácia rôznymi spôsobmi.

1. Sociálna komunikácia – ide o bežný rozhovor, kontakt s chorým. Je to vzťah chorého k osobám, ktoré mu poskytujú starostlivosť. Nadviazanie vzťahu sestry s chorým uľahčí ďalšiu komunikáciu v rámci ošetrovatel'skej praxe.

2. Špecifická komunikácia – ide o oblasť komunikácie, keď podávame dôležité fakty, motivujeme chorého k ďalšej liečbe, pôsobíme edukačne. Zvýšené sú nároky na zrozumiteľnosť problému prijateľnou formou, vzhľadom na aktuálny stav chorého. Na záver je potrebné overiť, či chorý problému porozumel a akceptuje ho.

3. Terapeutická komunikácia – často sa odohráva formou rozhovoru s chorým. Pri dennom kontakte s chorým človekom poskytujeme oporu a pomoc v ťažkých chvíľach rozhodovania, prijímaní nepríjemných alebo veľmi závažných skutočností, pomoc pri adaptácii na zmenu.

Podporný terapeutický rozhovor s chorým má za úlohu zvýšit účinnost iných liečebných prístupov u somaticky a psychosomaticky chorých (Venglářová et al., 2006).

4. Písomná komunikácia – zaznamenáva ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú môže sestra využívať na lepšie pochopenie ťažkostí pacienta alebo na poskytnutie záznamov interdisciplinárnemu tímu. Ide o doslovné zaznamenávanie toho, čo povedal každý účastník interakcie.

Komunikácia sestry s pacientom je pre proces zaznamenávania mimoriadne dôležitý. Záznam procesu stretnutia sa používa preto, aby pomohol sestram pochopiť podstatný význam tohto stretnutia. Vzťah k pacientovi sa musí zakladať na dôvere.

V podmienkach starostlivosti v psychiatrickom ošetrovateľstve sa sestry stretávajú s nekonečnou rozmanitosťou správ a problémov, ktoré vyplývajú z duševného ochorenia pacientov.

Pacienti s duševnými ochoreniami častokrát komunikujú a reagujú úplne odlišne:

- niektorí sú smutní, deprimovaní alebo nahnevaní,
- veľa pacientov nereaguje ani na príkaz, ani na zákaz, či prosbu, prípadne reagujú úplne opačne, vždy si musíme uvedomiť, ako sa pacient cíti, čo sa s ním deje,
- vo väčšine prípadov pacient nie je prístupný logickej komunikácii (Prašková et al., 2000).

Ak má byť komunikácia v psychiatrickom ošetrovateľstve účinná, každého pacienta treba vnímať holisticky a chápať ako živý systém. Základnými prvkami budovania efektívnej komunikácie v psychiatrickom ošetrovateľstve sú: empatia, rešpekt a akceptácia, autenticnosť, sebaodkrytie a dôvernosť (Janosiková et al., 1999).

Empatia

Najsilnejším prameňom citov je činnosť človeka. S ňou sú spojené city napätia a uvoľnenia. Ľudia rovnako prežívajú úspech, ale aj neúspech, ťažkosti a bolesť (Greisinger, J., 1990). Myšlienky, konanie a emócie sa navzájom ovplyvňujú. Ľudia sa učia určitým spôsobom myslieť, cítiť a konať. Teórie sociálneho učenia predstavujú určitú možnosť, ako vysvetliť, prečo sa ľudia cítia tak, ako sa cítia, myslia tak, ako myslia a správajú sa tak, ako sa správajú. Keď sa naučíme poznávať, ktoré myšlienky a konania ovplyvňujú naše emócie, tak môžeme získať väčšiu kontrolu nad našimi emóciami (Kühner et al., 2003).

„Empatia vcítenie je schopnosť načúvať druhému bez hodnotenia, rozumieť mu, prijímať ho“ (Herman et al., 2007).

Empatia a účasť je postoj k odpovediam, ktorý uznáva pocity pacienta bez toho, aby ho nejakým spôsobom kritizoval (Froelich et al., 1993).

Terapeutický vzťah sa môže rozvíjať pri rešpektovaní týchto zásad:

- zameriavať sa na všetky aspekty pacientovej výpovede a to ako verbálne (slovne vo forme a obsahu výpovede), tak aj neverbálne (vo výraze tváre, v postoji, držaní tela, gestách) (Herman et al., 2007).
- nepodceňovať ani nepreceňovať pacientovu výpoveď, a ak je nejasná, overovať si skutočnosť,
- používať zrozumiteľný jazyk (Janosiková et al., 1999).

Dôležité je uvedomiť si, že empatia nie je súciť (Herman et al., 2007).

Rešpekt a akceptácia

Podobne ako empatia aj rešpekt je vnútorný postoj, ktorý sestra prejavuje vo vzťahu k pacientovi. Rešpekt je blízky k akceptácii. „Akceptácia znamená uznanie pacientovej jedinečnosti, rešpekt znamená uznanie jeho nepopierateľného práva byť odlišný“ (Janosiková et al., 1999, s. 26).

Dôkazom rešpektovania pacienta je snaha pochopiť situáciu pacienta, vyhýbať sa negatívnym alebo kritickým úsudkom, preukazovať pacientovi záujem o jeho potreby, vyhýbať sa prenáhlenému, chladnému či ľahostajnému konaniu. Sestry by mali akceptovať pacientov na momentálnej úrovni ich fungovania. Niektorí pacienti môžu mať obmedzené komunikačné a sociálne interakčné zručnosti, iní sa môžu správať útočne. V sociálnych vzťahoch napríklad fňukanie, plač, prešľapovanie, hnev, kričanie, nadmerné dotýkanie, či vyhýbanie sa dotykov, je pokladané za nežiaduce. V podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva sú tieto prejavy pacientov akceptovateľné (Janosiková et al., 1999).

Podpora a uspokojenie

Podpora je postoj k odpovediam, ktorý ukáže pacientovi záujem, účasť a porozumenie pre jeho osobu. Uspokojenie je postoj k odpovediam, ktorý má v pacientovi vyvolať pocit vlastnej hodnoty, spokojnosti alebo sebauvedomenia (Froelich et al., 1993)

Ak neodhalíme niektoré špecifické situácie na začiatku alebo v priebehu komunikácie, mohli by sme dospieť k nesprávnym záverom. Napríklad u pacienta, ktorý odpovedá neadekvátne, môžeme predpokladať nižšiu úroveň intelektových schopností a tak sa k nemu i správať. Pritom môže ísť o človeka nedoslýchavého, s vysokou úrovňou anxiety (Hanzlíková, 2004).

Autentickosť/Pravdivosť

V autentickom správaní sa odrážajú postoje, presvedčenia a hodnoty jednotlivca (Janosiková et al., 1999).

S pacientom je potrebné hovoriť tak, aby sme od neho získali informácie pre zhodnotenie jeho fyzického a psychického stavu. Chorý sa má cítiť bezpečne, preto sa od sestry okrem dobrej vôle, citu a taktu vyžadujú dobré komunikačné zručnosti.

Sestra počas komunikácie s pacientom:

- zachováva dôstojnosť pacienta,
- vytvára bezpečnú a dôvernú atmosféru,
- necháva pacienta vyjadriť svoj názor,
- hovorí zrozumiteľne, dbá na to, aby jej pacient dobre rozumel (vyhýba sa cudzím slovám, volí kratšie vety, ponecháva dost priestoru pacientovi na vyjadrenie),

Medzi najdôležitejšiu komunikačnú schopnosť sestry patrí rozhovor (Herman et al., 2007). „Človek potrebuje ľudí nielen ako spoločnosť, ale aj kvôli vzájomnej podpore, porozumeniu a poučeniu“ (Hašto, 1992, s. 58).

Komunikačné schopnosti sestry v špecifických situáciách

Komunikácia s depresívnym pacientom

Depresia sa pokladá za najčastejšie psychiatrické ochorenie. Výrazné afektívne poruchy postihujú všetky vekové skupiny, ale osobitne sú zraniteľní starí ľudia.

„Depresia je komplexná reakcia podmienená vplyvmi minulosti, ako aj súčasnosti a budúcnosti“ (Janošiková et al., 1999, s.138). Príčiny depresie majú biologickú aj psychologickú podstatu, preto sa prejavuje biologicky, psychologicky a behaviorálne (Janosiková et al., 1999). Depresívna nálada môže byť reakciou na telesné ochorenie, ale i na okolnosti liečby, pocity bezmocnosti do budúcnosti, izolácie a podobne. Vo vyššom veku

může být spojená s poruchami sústredenia, čo sa niekedy môže prejavovať ako začínajúca demencia (Herman, Praško, et al., 2007).

Charakteristické znaky depresívneho syndrómu:

- depresívna nálada (smutná nálada počas dňa),
- strata záujmu a radosti,
- znížená energia alebo zvýšená unaviteľnosť,
- strata sebadôvery a sebadôvery,
- neodôvodnené robenie si výčitiek, neprimerané pocity viny,
- suicidálne myšlienky alebo suicidálne správanie,
- znížená schopnosť myslieť a sústrediť sa,
- agitovanosť alebo psychomotorická inhibícia,
- poruchy spánku,
- strata chuti do jedla a pokles na váhe (viac ako 5%),
- neschopnosť potešiť sa, sklon k plačlivosti, beznádej alebo zúfalstvo,
- neschopnosť plniť bežné požiadavky všedného dňa,
- pesimistické perspektívy do budúcnosti, menšia zhovorčivosť,
- bludy, halucinácie (Hašto, 1997).

Mnohí depresívni pacienti neochotne vstupujú do sociálnych reakcií, čo je dôsledkom apatie a slabej motivácie. Nedostatok istoty a pocit bezmocnosti spôsobujú, že pochybujú o svojej schopnosti komunikovať alebo vyvolávať u niekoho pozitívne reakcie. Depresívni pacienti často neúmyselne zapríčiňujú, že členovia ošetrovateľského tímu sa im vyhýbajú, samozrejme, pokiaľ sa personál zámerne nesnaží zabrániť obojstrannému stiahnutiu.

Úlohou sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti s depresívnym pacientom je dôležité, aby sa s pacientmi rozprávali, počúvali ich, aby pacienti cítili záujem, akceptovanie a snahu im pomôcť (Janosiková et al., 1999).

Zásady komunikácie s depresívnym pacientom

Depresívni pacienti sú mimoriadne citliví na svoje zdravie a akúkoľvek negatívnu poznámku o svojom zdraví. Správanie depresívnych ľudí si vyžaduje od ošetrovateľského personálu veľa porozumenia a trpezlivosti (Linhartová, 2007).

Neverbálne zásady:

- chápať, ale povzbudivý pohľad, voľné tempo reči s jasnou artikuláciou, pokoj,
- dať pacientovi priestor na vypočutie, neponáhľať.

Verbálne zásady:

- trpezlivé vypočutie, prejavy akceptácie, úcty, záujmu, pochopenie a vcítenie,
- dávať najavo pochopenie pre stav a situáciu chorého, empatizovať s pocitmi do budúcnosti,
- vyjadrovať nádej na zlepšenie do budúcnosti,
- pomôcť mu orientovať sa v situácii, vysvetliť mu, čo sa s ním deje,
- pomôcť pri prijatí depresie ako choroby, ktorá sa dá liečiť,
- znížiť pocity viny a zabrániť „nálepkovaniu duševnej choroby“,
- vytvoriť nádej na vyliečenie a stále ho podporovať,
- stanoviť krátkodobé ciele primerané pacientovým možnostiam, často dosiahnuteľné malými krokmi,
- podávať primerané informácie o liečbe v spolupráci s lekárom,

- úlohy zjednodušiť a aktivitu zmierniť na možnosti, ktoré pri nedostatku energie depresívny pacient má,
- pomoc pri vyjadrení eventuálnych suicidálnych myšlienok (Herman, Praško et al., 2007).

Chyby sestry v prístupe k chorému s depresiou:

- bagatelizácia, zľahčovanie ťažkostí (depresívny človek prepadá pocitu, že jeho situácii nikto nerozumie),
- doporučovanie nových aktivít – pôsobí zvýšené nároky na adaptáciu a preťažuje chorého,
- moralizovanie, obviňovanie,
- prejavy ironie, zosmiešňovanie, netrpezlivosť,
- brániť plaču a plnému vyjadrovaniu záporných emócií, ako je zlosť, smútok, úzkosť, bezmocnosť (Venglářová et al., 2006, Herman, Praško et al., 2007).

Záver

Verbálna komunikácia je dôležitým prostriedkom ako si získať dôveru pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s poruchami duševného zdravia. Pacienti sú vďační za čas, ktorý im sestra venuje už tým, že vypočuje ich pocity, s ktorými sa nedokážu zveriť lekárovi (Malá et al., 2002). Poznanie významu prejavov pacienta zo strany sestry môže ovplyvniť komunikáciu želaným smerom, kontrolovať a usmerňovať vlastné správanie a konanie, lepšie prežívanie, náladu, citové stavy a potreby pacienta (Kristová, 2009). Ako uvádza Styx (2003), sestra si musí uvedomiť, že chorý sa vyjadruje spôsobom, o ktorom predpokladá, že zodpovedá jeho sociálnemu statusu. Jeho verbálna a neverbálna expresia je charakterizovaná symptómami, o ktorých predpokladá, že im sestry porozumejú. Komunikácia s pacientom, verbálna i neverbálna vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu vzájomne utváraného vzťahu.

Literatúra

- FROELICH, R.E., F.M.BISHOP. (1993) *Lekársky rozhovor v praxi: Študijný materiál* PO Trenčín, 1993 220 s.
- GREISINGER, J., JOBÁNKOVÁ, M. (1990) *Zásady psychológie*. Martin: Osveta, 1990. 74 s. ISBN 80-217-0123-4
- HANZLÍKOVÁ, A. et al. (2006) *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- HAŠTO J. (1997) *Diagnostické a diferenciálne diagnostické moduly* Podľa WHO-ICD-10 /Viacosová diagnostika v psychiatrii/. Trenčín: v Edícii Tetralóg. Interga/Betlehem, 1997 143 s. 3. zväzok, P. Nawka, P. Černák, J. Hašto.
- HAŠTO, J. (1992) *Skupinové psychoterapeutické metódy, terapeutická komunita a ergoterapia v psychiatrii*. Študijný text pre vnútornú potrebu PO Trenčín, 1992. 102 s.
- HERMAN, E., PRAŠKO, J., DOUBEK, P., HOVORKA, J. (2007) *Bipolárni porucha a její léčba*. (příručka pro pacienty a jejich rodiny). Praha: Maxdorf s.r.o., 2007. 96 s. ISBN 978-80-7345-135-6.
- HERMAN ERIK, PRAŠKO JÁN, SEIFERTOVÁ DAGMAR. (2007) *Konziliární psychiatrie*. Praha: Vydal MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o., ve spolupráci s nakladatelstvem Galén, spol.s.r.o. (2007) 604 s. ISBN 978-80-903708-9-0 (MEDICAL TRIBUNE CZ). ISBN 978-80-7262-498-0

- JANOSIKOVÁ, E. DAVIESOVÁ, L. (1999) *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 1999. 544 s. ISBN 80-8063-017-8.
- KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P. (2003) *Zdravie a klinika chorôb*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2003. 695 s. ISBN 80-8063-117-4.
- KRISTOVÁ, J. (2009) *Komunikácia v ošetrovateľstve*. 3. upravené a doplnené vydanie. Osveta. Martin. 2009. 183 s. ISBN 80-8063-160-3.
- KÚHNER CHRISTINA A IRIS WEBER (Spolupráca Marita Reichenbacher, Dorothea Blomeyer). 2003. *Predchádzanie depresiám /skupinový program podľa R. F. Muňoza/*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2003. 206 s. ISBN 80-88952-09-3.
- LINHARTOVÁ V. (2007) *Praktická komunikace v medicíne /Pro mediky, lékaře a ošetrující personál/* Praha: Grada Publishing, a.s., 2007 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. (2002): *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-70-00.
- PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO, J. (2000) *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén, 2000. 20 s. ISBN 80-7262-039-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. (2006) *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Kontaktná adresa:

PhDr. Darina Šimovcová
PhDr. Kamila Jurdíková
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Fakulta zdravotníctva
Študentská 2
911 50 Trenčín, Slovenská republika
Email: darina.simovcova@tnuni.sk, kamila.jurdikova@tnuni.sk

LÉKAŘSKÁ KOMUNIKACE OČIMA RODIČŮ

Šárka Tomová¹, Marie Hlaváčová², Michaela Charyparová³

^{1,2} Ústav ošetřovatelství UK 2.LF a FN Motol, Praha

³ Katedra pedagogiky FF UK, Praha

Souhrn:

Autoři příspěvku se zabývají tematikou rodičovských priorit v komunikaci s lékařem, nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují tuto vzájemnou interakci. Na základě průzkumného šetření uskutečněného mezi rodiči dětí s Rettovým syndromem stanovili základní faktory, které vyplynuly z odpovědí respondentů a staly se prioritními ve vzájemném kontaktu. Součástí sledování kvality ošetřovatelské péče není jen komunikace v rovině lékař x pacient, ale nepostradatelnou součástí je zvláště u dětí komunikace lékař x rodič. V rámci tohoto kontaktu vznikají vazby, jež dále mohou pozitivně ovlivnit další vývoj spolupráce, která je v dnešní době charakterizována jako partnerská. Ojediněle vyskytující se paternalismus ustupuje do pozadí a rodič je vnímán jako spolurozhodovací součást při volbě terapie.

Klíčová slova: Empatie; Komunikace; Odbornost; Rodič; Srozumitelnost; Vstřícnost

Úvod

Komunikace ve zdravotnické péči je téma, které je stále v popředí zájmu laické i odborné veřejnosti. Úroveň komunikace je součástí zjišťování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Ne nadarmo je několik otázek v průzkumech spokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí v tom daném zařízení věnováno právě pohledu pacienta na komunikaci mezi členy ošetřovatelského týmu, na informovanost pacienta o průběhu léčby, srozumitelnost podávaných informací, adekvátně volený jazyk apod. Tento zájem v posledních desetiletích souvisí v neposlední řadě se změnou role lékaře a jeho přístupu k nemocnému. Paternalistický přístup, jehož hlavním rysem byla absolutní moc nad pacientem, se mění v přístup partnerský. Ten je aplikován nejen ve vztahu k pacientovi, ale také k rodičům nemocného dítěte. Dokladem je bod 3 §3 Etického kodexu lékaře, který říká, že se lékař má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi jeho občanskými právy a povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví. (Věstník ČLK, 2006)

Možnosti samostatného rozhodování jsou u dětského pacienta mnohem menší než u dospělého, většinou se podvoluje zdravotníkům a rodičům, dítě ve školním věku je často ovlivněno i názory vrstevníků. Vhodný přístup zdravotníků k rodičům dítěte má často zásadní význam pro dodržování léčebného režimu a chápání nemoci dítětem (Mareš, Vachková, 2010).

„Vstupem pacienta (rodiče) do ordinace a osobním setkáním s lékařem se vytváří určitá sociálně-psychologická atmosféra, určitá kvalita vztahu.“ (Zacharová, 2007, s. 82) Rodič vstupující do kontaktu a interakce s lékařem, nežádá jen vyslechnutí a pochopení, ale žádá o určitou sociální oporu. Křivohlavý (2002) uvádí dvě roviny interakce mezi pacientem a lékařem.

- Rovina profesionální – v této rovině je především uplatňováno hledisko somatické medicíny

- Rovina sociální, psychosociální – někdy také nazývána humanitní. Jde zde o poznání toho, že mezi pacientem a lékařem se odehrává mnohem víc, než uvádějí tradiční učebnice medicíny.

Tento model lze uplatnit také v interakci lékař x rodič. Přesto můžeme v přístupu lékařů k rodičům rozlišit dva základní styly. První skupinou jsou lékaři orientovaní na pacienta, druhou skupinu zastupují lékaři orientovaní na vyšetření a terapii. Lékař, který se soustřeďuje na získávání informací z anamnestických údajů, jejich analýzu, upřesňování, interpretování a plánování dalšího postupu, je způsob, který vede k medicínské pečlivosti, ale nezbývá již mnoho prostoru pro „lidské“ porozumění pacientovi. Tento styl není překvapující, jelikož je to způsob, jakým je lékař veden již v době pregraduální přípravy. Druhou skupinu zastupuje lékař, který se více zajímá o pacientovy obavy, strasti, pocity, naděje a očekávání a až v druhé řadě se soustřeďuje na konkrétní obtíže. Takový přístup se jeví z pohledu pacienta (rodiče) zpočátku příjemnější. V praxi se setkáváme s lékaři, jejichž styl leží někde mezi těmito dvěma rovinami, v ideálním případě se kloní k jedné nebo druhé straně, podle momentálních potřeb pacienta a podle momentální situace. (Tate, 2005)

Profesor J. Křivohlavý ve své knize Psychologie nemoci hodnotí vztah mezi lékařem a pacientem z pohledu stupně závislosti pacienta na lékaři. V tomto vztahu užívá rozdělení role lékaře na mentora, tutora, monitora a učitele. Tento přístup lze v přeneseném významu uplatnit také v kontaktu s rodiči nemocného dítěte. Roli učitele vysvětluje jako přístup lékaře, v němž učí pacienta předcházet zdravotním obtížím, pacient (rodič) by měl příkazy respektovat a dodržovat. Role mentora je popisována jako role, kdy lékař je přítelem, zároveň učí a vychovává. Role tutora znamená přísnější přístup k pacientovi, spočívá v „třénování“ pacienta ke správným návykům. Role monitora je chápána jako role, kdy lékař upozorňuje pacienta na chyby, je mu rádcem, sleduje svého svěřence a je mu vždy k dispozici. (Křivohlavý, 2002)

„Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Stejně jako jiná povolání, má každá z těchto profesí svou odbornost...Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři...“ (Kopřiva, 2006, s.14)

Podle způsobu jak zdravotníci jednají s rodiči malých pacientů, rozlišuje K. Kopřiva čtyři typy intervence zdravotníků – instrukce, komentář, kladení otázek a rezonance. Instrukce je chápána jako direktivní způsob intervence. Má formu doporučení, rady, příkazu nebo zákazu. Vždy však zdravotník dává návod, jak jednat v určité situaci. Rada musí být cílená a osobní, aby pacientovi v obtížné situaci vždy pomohla. Komentář je méně direktivní. Na problém pacienta odpovídá zdravotník vlastním stanoviskem, poukazuje na nově vzniklé souvislosti s daným problémem. Tento přístup dává například rodičům ujasnit si nebo upřesnit některé informace. Komentář neobsahuje návody k jednání, pouze popisuje situaci. Kladení otázek představuje další intervenci, jejímž úkolem je umožnit pacientovi jiný pohled na situaci, vyvolat nové myšlenky, nápady. Náročné v této intervenci je efektivní kladení otázek, kterému je nutné se naučit, má-li splňovat podmínku efektivity. Posledním typem intervence je rezonance, jejíž princip vychází z humanistické psychologie. V této situaci zdravotník zrcadlí“ to, co mu pacient říká. Toto zrcadlení, jehož principem je občasné opakování významu řečeného (ozvěna), je komunikační dovedností, která vyžaduje rovněž systematickou přípravu. Zdravotník tím dává najevo, že slyší a rozumí proneseným pocitům a informacím. (Kopřiva, 2006)

Výše uvedené informace tvoří základní osnovu v přístupu lékaře k rodičům nemocného dítěte. Z dostupných zdrojů zabývajících se touto problematikou vyplývá, že sdělování informací lékařem je pro rodiče zásadní. Způsob, jakým se informace rodičům sdělují, je někdy dokonce důležitější než obsah vlastního sdělení. Existuje několik návodných doporučení, která by se ve sdělování informací rodinným příslušníkům měla dodržovat.

Zásady komunikace s rodiči

- Volba vhodného místa
- Dostatečný časový prostor
- Přítomnost dalšího člena rodiny
- Citlivý, empatický přístup
- Srozumitelnost, stručnost, jasnost
- Informace opakovat, dávkovat
- Trpělivost
- Vyvarovat se sympatií nebo antipatií
- Vyvarovat se „haló efektu“, „efektu zakotvení“, analogizování
- Přiznat, pokud neznáme odpověď
- Plán následné péče

Cíl průzkumného šetření

V našem průzkumném šetření jsme vycházeli z předpokladu, že tyto obecné zásady v komunikačním procesu mezi lékařem a rodičem jsou dodržovány. Zajímalo nás jak rodiče hodnotí vzájemnou komunikaci s lékařem a co je z jejich pohledu nejdůležitější v této probíhající interakci. Cílem bylo zjistit, co je pro rodiče nejpodstatnější při vzájemné interakci s lékařem.

Výzkumný soubor a metodika

Průzkum jsme prováděli mezi rodiči, jejichž děti trpí Rettovým syndromem (syndrom charakterizovaný pomalým a abnormálním vývojem zdánlivě zdravě narozených děvčat; v 6. až 18. měsíci života se zastavuje vývoj a dochází k regresi, obvod lebky roste pomalu, snižuje se svalový tonus a schopnost účelných pohybů, dívky nechodí a nerozvíjí se řeč, bývají rysy artismu (Vokurka, 2009). Průzkumného šetření se zúčastnilo 72 respondentů. Před zahájením výzkumného šetření byla plánovitě zařazena přednáška, týkající se komunikace lékaře s rodiči, na níž byly vysvětleny všechny termíny související s komunikací, které mohly být při vyplňování dotazníku překážkou z důvodu neznalosti jejich obsahu. Šetření proběhlo formou vyplnění 6 ti stupňové pyramidy, jejíž vrchol byl označen jako nejdůležitější faktor v komunikaci s lékařem, základnu tvořil nejméně důležitý faktor.

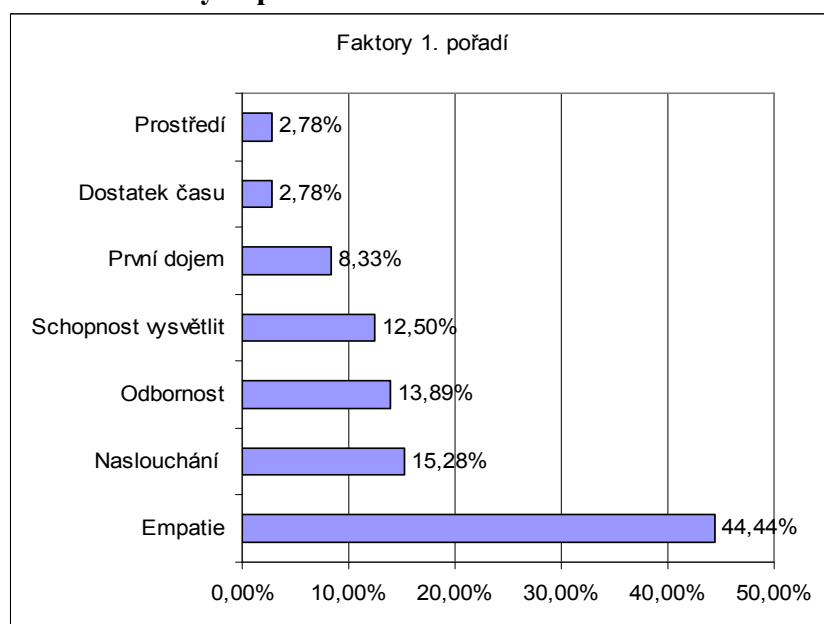
Výsledky průzkumného šetření

Výsledná šetření uvádíme v tabulce níže. Pro přehlednost uvádíme jen pořadí faktorů na prvních dvou místech. Ostatní faktory nejsou z hlediska výskytu relevantní.

Tab. 1 Faktory 1. pořadí

Pořadí vlastností	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost (%) f_i
Empatie	32	44,44
Naslouchání	11	15,28
Odbornost	10	13,89
Schopnost vysvětlit	9	12,50
První dojem	6	8,33
Dostatek času	2	2,78
Prostředí	2	2,78
Celkem	72	100,00

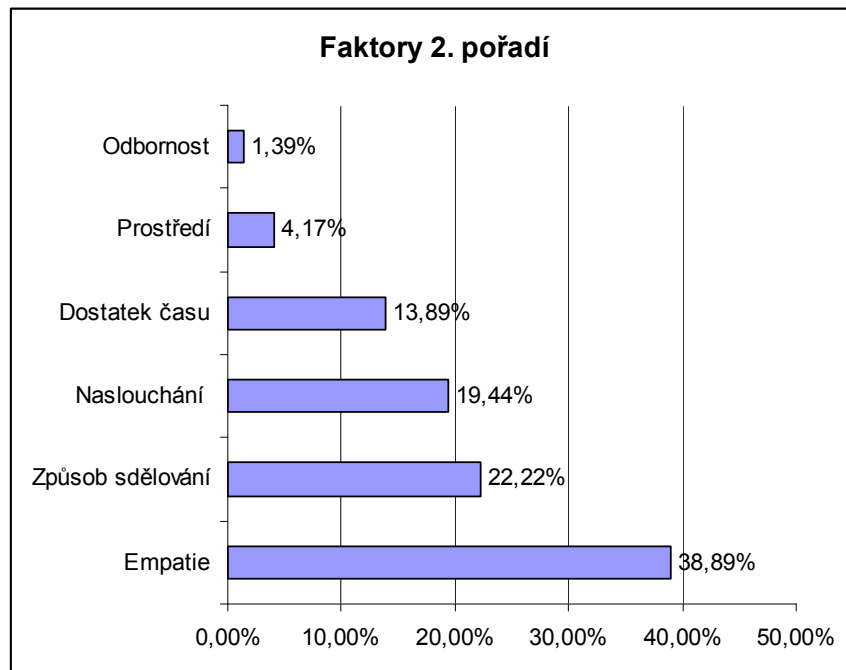
Obr. 1 Faktory 1. pořadí



Tab. 2 Faktory 2. pořadí

Pořadí vlastností	Absolutní četnost n_i	Relativní četnost (%) f_i
Empatie	28	38,89
Způsob sdělování	16	22,22
Naslouchání	14	19,44
Dostatek času	10	13,89
Prostředí	3	4,17
Odbornost	1	1,39
Celkem	72	100,00

Obr. 2 Faktory 2. pořadí



Diskuse

Z uvedených výsledných šetření vyplývá naprosto jednoznačně, že rodiče nejvíce oceňují empatii lékaře jako nejdůležitější faktor při vzájemné interakci. Empatie je základním požadavkem nejen pro pomáhající profese, ale má své místo i v osobním životě každého jedince. 44,44% rodičů ji uvedlo tento požadavek jako první v pořadí. Jako druhý, nejčastěji uváděný faktor, který hraje významnou roli ve vzájemném porozumění je umění naslouchat (15,28%). Schopnost vysvětlovat, dostatek času, adekvátní prostředí jsou požadavky, které odpovídají obecným zásadám komunikace v ošetrovatelské péči. K zamyšlení vede rovněž faktor „Odbornost lékaře“ (13,89%), který rodiče uváděli v 10 případech na prvním místě. Je pravděpodobné, že je výrazem naprosté důvěry v počínání lékaře, jeho odborné znalosti, jež tvoří základ partnerského přístupu v dalším léčebném postupu. S překvapením jsme zjistili, že u 45% respondentů nebyly vyplněny všechny nabízené stupně pyramidy a respondenti vyplnili pouze první dva stupně určené pro nejdůležitější faktory a stupeň pro nejméně důležité. Střední část byla patrně nejobtížnější pro zamyšlení a definování dalších faktorů, umístěných ve středu pyramidy. Z psychologického hlediska je nejsnazší pro jedince určit krajní hodnoty pozorovaného jevu, nejobtížnější je definovat hodnoty středové.

Závěr

Ochota zdravotníků zapojit se do problémů rodiny s nemocným dítětem ještě neznamená, že je to jejich povinností. Povinností zdravotníků ovšem je vhodný, citlivý způsob jednání a chování jak k nemocnému dítěti, tak k jeho rodičům a blízkým. Výsledky našeho šetření potvrzují požadavky, které jsou kladeny na zdravotnického pracovníka v oblasti komunikačních dovedností, jako je naslouchání a schopnost výstižně podat informace. Jak je uvedeno v oddíle 2 §3 Etického kodexu lékaře: „Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.“ (Věstník ČLK, 2006). Za překvapivé můžeme považovat odpovědi týkající se prostředí, ve kterém komunikace s lékařem probíhá a časový prostor, který je komunikaci s rodiči věnován. Není výjimečné, že se v každodenní praxi setkáváme s časovou tísní zdravotnického personálu, nelze však tyto faktory v kontaktu s nemocným nebo jeho rodiči opomíjet. Potvrzuje se tak obecně uznávaný názor, že spolupráce a důvěra se tvoří při

prvním kontaktu a rozhoduje velkou měrou o dalším vzájemném vztahu mezi pacientem (rodičem) a ošetřujícím personálem.

Literatura

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006, 147s. ISBN 80-7367-181-6

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002, 198s. ISBN 80-247-0179-0

MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. a kol. *Pacientovo pojetí nemoci II*. 1.vyd. Brno: MSD, 2010, 103s. ISBN 978-80-7392-150-7

TATE, P. *Komunikace pro lékaře*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005, 164s. ISBN 80-247-0911-2

VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1160s. ISBN 978-7345-202-5

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 229s. ISBN 978-80-247-2068-5

Etický kodex České lékařské komory dostupný na:

http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE_NAME,DATE_AKT&id=81922

Kontaktní adresa:

PhDr. Šárka Tomová

Ústav ošetřovatelství UK 2.LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

VYBRANÉ NEFARMAKOLOGICKÉ PRÍSTUPY VYUŽÍVANÉ V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU

Jana Martinková, Andrea Botíková

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

Súhrn:

Alzheimerova choroba je degeneratívne ochorenie mozgu, ktoré sa prejavuje poruchami kognitívnych funkcií. V súčasnosti nedokážeme ochorenie vyliečiť, ale včasnou diagnostikou a vhodnými farmakologickými a nefarmakologickými postupmi môžeme priebeh ochorenia výrazne spomaliť. Jednou z hlavných úloh ošetrovateľskej starostlivosti je čo najdlhšie zachovať akceptovateľnú úroveň kognitívnych funkcií, zachovanie dostatočnej úrovne komunikácie a podpora pacienta v sebestačnosti. Na podporu kognitívnych funkcií v rámci komplexnej starostlivosti o pacienta môžeme využívať nefarmakologické prístupy, medzi ktoré zaraďujeme reminiscenčnú terapiu, muzikoterapiu, ergoterapiu a mnohé iné. Nefarmakologické prístupy patria k neodmysliteľnej súčasťi ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou.

Kľúčové slová: Alzheimerova choroba, nefarmakologické prístupy, ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Alzheimerovu chorobu nedokážeme v súčasnosti vyliečiť, ale včasným zahájeným terapiie môžeme priebeh ochorenia výrazne spomaliť a tým zlepšiť kvalitu života pacientom a ich rodinám (Hátlová, Suchá, 2005). Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je čo najdlhšie zachovať doterajšiu úroveň kognitívnych funkcií, zachovanie a podpora sebestačnosti v aktivitách denného života, zmiernenie, prípadne odstránenie problémového správania, dostatočné vyplnenie voľného času, pravidelný režim, udržanie kvality života a zachovanie dostatočnej komunikácie (Holmerová, Rokosová, Vaňková, 2006). Pacienti s Alzheimerovou chorobou vyžadujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť a multidisciplinárny prístup. Dôležitou súčasťou starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou chorobou sú nefarmakologické prístupy (Holmerová, Janečková, Vaňková, 2005). Medzi nefarmakologické prístupy môžeme zaradiť reminiscenčnú (spomienkovú) terapiu, validačnú terapiu, orientáciu v realite, ergoterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu, hry na dospelých, kognitívnu rehabilitáciu a cvičenie pamäte, preterapiu, habilitačnú terapiu, bazálnu stimuláciu a iné.

Reminiscenčná (spomienková) terapia je využitie spomienok pri práci s pacientmi s Alzheimerovou chorobou za účelom zlepšenia kvality života. Spomienky začal cielene používať v práci s pacientmi a Alzheimerovou chorobou americký gerontológ Robert Butler (1963). Svoju metódu označil ako „life review“ teda bilancovanie či rekapitulácia života. Je považovaná za špeciálnu formu reminiscencie a definovaná ako preskúmanie, organizovanie a hodnotenie celkového obrazu života človeka. Ide o vybavovanie spomienok v rozhovore medzi terapeutom - sestrou a pacientom, alebo malou skupinou pacientov. Butler tým priniesol úplne nový pohľad na úlohu spomienok v živote pacientov s Alzheimerovou chorobou. Až do tej doby boli spomienky vnímané negatívne, ako prejav zmätenosti a dezorientácie, straty schopnosti orientovať sa v súčasnom svete. Reminiscenčná terapia patrí k validačným technikám a môže dopomôcť vyrovnáť sa s problémovými fázami svojho

života. Používá sa ako terapeutický nástroj hlavne v rámci starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou chorobou. Zatiaľ, čo ochorenie vedie pomaly k strate pamäti a komunikačných schopností, reminiscencia upozorňuje na pôvodné silné stránky človeka (Janečková, 2007). Reminiscencia je definovaná ako rozprávanie o životných skúsenostiach človeka s úmyslom deliť sa o spomienky a znova zobrazovať minulosť. Zameraná je na prácu so pacientmi, u ktorých sa prejavujú poruchy pamäti. Uprednostňujú sa spomienky pozitívne, ktoré majú pre daného človeka hodnotu. Spomienky obnovujú pocit prináležania a spolupatričnosti, čo prispieva k začleneniu pacienta do daného sociálneho prostredia. Rozprávajúca osoba sama rozhoduje o tom, čo o sebe prezradí, o ktoré spomienky sa podelí. Práca so spomienkami dokázateľne zlepšuje zdravotný, psychický aj funkčný stav pacientov s Alzheimerovou chorobou. Práve na reminiscenčných stretnutiach dochádza k tomu, že si pacienti začínajú uvedomovať, že ich život bol plný dôležitých udalostí, ktoré môžu vyrozprávať. Potvrdzujú si svoju vlastnú identitu a zamestnávajú svoju myseľ a pamäť. Cieľom reminiscenčnej terapie je zlepšenie, alebo aspoň udržanie súčasného stavu pacienta Alzheimerovou chorobou, aby bola zachovaná dôstojnosť a hodnota, aby sa cítil spokojný. Reminiscenčná terapia podporuje obrazotvorné procesy, vnímanie seba samého, ako aj vnímanie okolia. U niektorých pacientov, môže reminiscenčná terapia predstavovať bolestivú skúsenosť a tým môže byť stresujúca pre všetkých zúčastnených. Nie všetky spomienky prinášajú radosť (Hrozenská, 2008).

Metódy a formy reminiscenčnej terapie

Reminiscenčná terapia sa dá výborne uplatniť u dezorientovaného pacienta, kedy pri komunikácii s pacientom je potrebné správne pochopiť jeho správanie, aby sme mu mohli následne pomôcť spracovať jednotlivé fázy, ktoré spracované nemal. Práve pri tejto terapii sa dozvedáme podstatné aj menej podstatné informácie, ktoré nám môžu pomôcť pochopiť súvislosti z minulosti. Bez týchto informácií by sme nepochopili pacienti momentálne názory a postoje (Jánošková, 2011).

Verbálne metódy – spomínanie je postavené na používaní slov ústne alebo písomne. K technikám verbálneho prejavu patrí aj spoločný spev známych piesní, recitovanie básní, hlasné predčítavanie, hranie divadla nacvičeného podľa scenára spísaného na základe vyrozprávaných spomienok. Verbálne metódy majú aj písomnú formu. Spomienky môžu byť zapísané rukou a potom prepísané do počítača, alebo ich môže písať pacient sám. Môže si písať denník, zápisky, listy alebo svoj životný príbeh. Zapísané spomienky doplnené fotkami môžu byť usporiadané do kroník, kníh života, pamäti.

Neverbálne metódy – sú to rôzne spôsoby vyjadrenia spomienok pomocou tela, alebo výtvarných prostriedkov. Zaraďujeme sem výtvarnú tvorbu, pantomímu, neverbálne divadlo, tanec, obliekanie starých kostýmov, doplnkov, vychádzky a výlety po stopách spomienok, pracovné činnosti (Janečková, 2007). V reminiscenčnej terapii je dôležité, aby sa určitý jednoduchý námet spracoval viacerými spôsobmi. Každú tému je možné spracovať rôznymi technikami. Od výtvarného spracovania spomienok, cez pracovné činnosti, pohyb, hudbu. Rozprávanie je zdanlivo najľahšie, ale pre pacienta s Alzheimerovou chorobou býva často veľmi ťažké. Ak sa pacient slovne ťažko vyjadruje, pomocou rôznych prístupov je možné dosiahnuť toho istého efektu, ako pri rozprávaní. K týmto prístupom radíme drobné domáce práce, varenie, spievanie, tanec, pohybovú aktivitu, kreslenie, maľovanie, recitovanie, organizovanie osláv. Výsledný efekt nám dáva možnosť diskusie a pomáha k verbálnemu vyjadreniu. Reminiscenčná terapia môže byť individuálna, skupinová a integrovaná. Individuálna terapia je určená tým, ktorí sa stráňajú spoločnosti. Vzhľadom k tomu, že sa jedná o dlhodobú metódu je vhodné, aby bol vždy prítomný rodinný príslušník, ktorý by mohol

pokračovat v terapii dále aj sám. Skupinová terapie je upřednostňovaná pre mnohé pozitívne dôvody: členovia skupiny sa navzájom podporujú, skupinová terapia umožňuje zdravú súťaživosť, zlepšuje sa komunikácia skupiny, spomienky jedných vyvolávajú spomienky druhých, rodinným príslušníkom umožňuje nadviazovanie nových vzťahov a výmenu skúseností. Integrovaná terapia, v ktorej jednotlivé postupy, nápady a aktivity by mali byť súčasťou dobrej praxe oddelení, a to ako vo vybavení jednotlivými pomôckami, tak aj v postojoch a prístupoch personálu. Pekné a vľúdne prostredie, nábytok, predmety z mladosti pacienta tento prístup uľahčujú (Holmerová, Rokosová, Suchá, 2004). Najdôležitejšou metódou reminiscenčnej terapie je pozorovanie a rozhovor s pacientmi. Rozhovor prebieha buď medzi dvoma ľuďmi, alebo v skupine. Môže ísť aj o tiché individuálne spomínanie, knihy života, písané spomienky, autobiografie. Najčastejšie ide o rozprávanie príbehov zo života, pri ktorom sa väčšinou s podporou terapeuta zapájajú všetci zúčastnení. Je to príležitosť k stretnutiu ľudí a odovzdávaniu si skúseností. Téma rozhovoru nie je vopred stanovená, spomienky prichádzajú ako asociácie na vstup predchádzajúceho rečníka, alebo ako reakcia na reminiscenčné podnety, či už sú to historické predmety, fotografie. Dôraz je kladený na príjemné stránky spomínania. Cieľom je pobaviť sa, nastoliť príjemnú atmosféru, zapojiť všetkých prítomných, byť spolu. V priebehu stretnutia nikto príbehy nehodnotí, nikto to od nikoho neočakáva. Naopak, snaha o hodnotenie by mohla viesť k ohrozeniu bezpečia prítomných. Terapeut musí byť schopný stimulovať rozhovor a zároveň mlčať a počúvať, musí vedieť podporovať rozprávanie, vytvárať priestor pre zapojenie všetkých pacientov, kontrolovať skupinový proces, napr. včasným zabránením konfliktu (Janečková, 2007). Jednou z kreatívnych metód uplatňovania spomienok pre pacientov s Alzheimerovou chorobou je tvorba spomienkových kufríkov. Môžu mať rôznu podobu, ako napríklad spomienkové kufríky, spomienkové koláže, knihy života, archív v kufríku. Do kufríka si odkladáme pre nás dôležité veci, nechceme sa rozlúčiť s predmetmi, ktoré majú pre nás hodnotu. Reminiscenčný kufrík si môže pacient vyrábať, či vytvárať sám, alebo spolu so svojou rodinou, osobným asistentom vo svojom domácom prostredí, ale tiež môže byť zmysluplnou aktivitou v zariadeniach pre pacientov s Alzheimerovou chorobou. Spomienkový kufrík slúži predovšetkým pre osobnú potrebu, pre radosť pacienta (Janečková, 2007). Veľmi výraznou metódou v reminiscenčnej terapii je využívanie terapeutických bábik. Nejedná sa o hračku, ale o terapeutickú pomôcku pre pacienta s Alzheimerovou chorobou. Celá terapia je založená na dlhodobých pamäťových dráhach. Mozog je síce poškodený, nervové spojenia miznú a nefungujú, ale nikdy nevymiznú inštinkty a pocity, ktoré sú v človeku zakotvené. Pomocou terapeutických bábik je možné stimulovať mozgovú činnosť, navodiť kladné emócie, príjemné pocity a pocit bezpečia (Jánošková, 2011).

Ergoterapia

Ergoterapia u pacientov s Alzheimerovou chorobou znamená zvyšovanie sebestačnosti a vedenie k sebe obslužným činnostiam. U pacientov s Alzheimerovou chorobou dochádza k výraznému obmedzeniu vykonávania aktivít bežného denného života nielen v oblasti kognitívnej ale i motorickej a senzorickej (Votava, 2003). Cieľom ergoterapie je dosiahnutie maximálnej nožnej sebestačnosti, nezávislosti pacienta a zvýšenie kvality života. Ergoterapeut vykonáva u pacienta ergoterapeutické vyšetrenie a na jeho základe si stanoví krátkodobý a dlhodobý terapeutický plán (Suchá, 2007). Ergoterapeut by mal dostatočne kvalifikovaný a trpezlivý, aby svojim postupom, krokmi, návodom a pomocou, viedol pacienta k tomu, aby vykonával jednotlivé seba obslužné činnosti. Týmto spôsobom je možné udržať sebestačnosť čo najdlhšie. Ergoterapia sa musí aplikovať veľmi citlivo zo zreteľom na pacientove možnosti (Holmerová, Rokosová, Suchá, 2004). Z hľadiska typu používaných činností môžeme ergoterapiu rozdeliť do štyroch oblastí: ergoterapia zameraná na tréning

aktivit denného života, ergoterapia cieleňá na postihnutú oblasť, kondičná ergoterapia a ergoterapia zameraná na predpracovné hodnotenie a tréning (Votava, 2003).

Ergoterapia zameraná na tréning aktivít denného života napomáha pacientovi vykonávať bežné denné činnosti. Patrí sem osobná hygiena, obliekanie, prijímanie potravy a mobilita. Výkon aktivít denného života je u pacienta s Alzheimerovou chorobou ovplyvnený poruchou kognitívnych funkcií (vedomia, koncentrácie, pamäti, orientácie, komunikácie, schopnosti riešiť problémy) a poruchou správania (Votava, 2003).

Cieleňá ergoterapia na postihnutú oblasť sa zameriava podľa požadovaného účinku. U pacienta s Alzheimerovou chorobou sa vykonáva cieleňý tréning kognitívnych funkcií – pozornosti, pamäti, orientácie, myslenia (Votava, 2003).

Kondičná ergoterapia je zmysluplná činnosť, vnímanie vlastnej dôležitosti, vyplnenie voľného času a prevencia proti psychickým príznakom (Hatlová, Suchá, 2005). Cieľom je udržanie, prípadne i rozvíjanie zostávajúcich schopností pacienta. U pacientov s Alzheimerovou chorobou je potrebné brať do úvahy zhoršenie jemnej motoriky, zhoršenie zraku a sluchu. Je vhodné prihliadať na záujmy pacienta, dôležitá je správna motivácia. Pri kondičnej ergoterapii môžeme využiť športové aktivity, spoločenské hry, prácu s papierom a rôzne výtvarné techniky (Hatlová, Suchá, 2005).

Modifikovaná ergoterapia, multisenzorická aktivizácia a špecifické aktivačné programy sa javia účinnejšie u pacientov s Alzheimerovou chorobou ako klasická ergoterapia s ohľadom na kognitívne funkcie, emocionálny a funkčný stav. Muzikoterapia je účinná pri zvládaní problémového správania a redukuje agresivitu u niektorých pacientov (Holmerová, Rokosová, Suchá, 2004). Primeraná asistencia, vedenie a pozitívna motivácia k sebaobslužným činnostiam napomáhajú k zlepšeniu funkčného stavu a sebestačnosti. Sú vhodnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou chorobou. Primerané osvetlenie, hudba a stimulujúce zvuky prirodzeného prostredia môžu byť užitočné v čase podávania stravy, multisenzorická stimulácia a tréning môžu zlepšiť sebestačnosť.

Muzikoterapia je súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou chorobou. Využitie niektorých prvkov muzikoterapie pomáha k psychickej pohode pacienta, umožňuje posilniť jeho sebavedomie, pretože texty piesní a melódie zostávajú ako súčasť dlhodobej pamäte. Technika muzikoterapie môže byť súčasťou celodenného programu, ale môže sa zaradiť aj jednotlivo do terapie, ktorá by nemal presahovať 45 až 60 minút. Sestra (terapeut) môže pri terapii využiť spev alebo počúvanie ľudových piesní, hry na hudobné nástroje, rytmické tanečné prvky, počúvanie klasickej hudby. K využitiu jednotlivých prvkov muzikoterapie pri celodennej starostlivosti sestre poslúži rozdelenie techník na aktivačné, pri ktorých sa pacient aktívne zapája a techniky napomáhajúce k uvoľneniu, relaxácii, vyvolaniu spomienok a emócií pasívnych, kedy je pacient v roli poslucháča. Pri pasívnych činnostiach môže nastať problém so sústredením a udržaním pozornosti pacienta (Jindrová, 2007). Muzikoterapia je metóda širokých možností, v klinickej praxi je účinné ju kombinovať s ďalšími formami terapie napríklad arteterapiou, dramaterapiou, biblioterapiou a terapiou fotografiami (Stejskalová, 2010).

Aj keď je liečba Alzheimerovej choroby neustále predmetom rôznych výskumov, stále ju nedokážeme vyliečiť. Starostlivosť o pacienta s Alzheimerovou chorobou si vyžaduje multidisciplinárny prístup. Na starostlivosti o pacienta sa podieľajú lekári, sestry, fyzioterapeuti, asistenti výživy, zdravotnícki asistenti, ergoterapeuti. Nefarmakologické prístupy majú nezastupiteľné miesto v starostlivosti o pacienta. Zasahujú do kognitívnych

funkcií (orientácie, spomienok, myslenia), do úpravy prostredia (zníženie hluku, poriadok v miestnosti, vybavenie miestnosti, obrazy), do aktivity (zavedenie rutiny, plánované činnosti) a nakoniec ovplyvňuje interpersonálne prístupy (používanie komunikácie, zamerať sa na želania a záujmy pacienta). Výber konkrétnych nefarmakologických prístupov ovplyvňujú záujmy pacienta, schopnosti terapeuta, sestry a dostupnosť prístupov.

Literatúra:

- HÁTLOVÁ, B., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencií*. Praha. Triton. 2005. 1. vyd. s.108. ISBN 80-7254-564-7.
- HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H. *Kvalita péče o pacienty s demencií aneb co potřebují pacienti a jejich rodinní příslušníci*. In: Česká geriatrická revue. Praha. Medica Healthworld a. s. 2006. roč. 4. č. 2. s. 77- 83. ISSN 1801-8661.
- HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené*. In: Interní medicína pro praxi. ročník 7. č. 10. 2005. str. 449–453. ISSN - 1803-5256.
- HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., SUCHÁ, J., VELETA, P. *Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženými demencií a podpora pečujících rodin*. In: Neurologie pro praxi. 2004. roč.4. č.1. s.17-20. ISSN 1803-5280.
- HROZENSKÁ, M. et al. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin. Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- JANEČKOVÁ, H. „*Jsem to pořád já*“ *Využití vzpomínek v práci se seniory – reminiscence a životní příběh*. Praha. Gerontologické centrum. 2007. 53 s. ISBN 80-86541-20-7.
- JÁNOŠKOVÁ, L. *Využitie spomienkovej terapie v sociálnej práci s klientmi s demenciou*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce svätej Alžbety. Bratislava. Bakalárska práca.2011. s 51.
- JINDROVÁ, I. *Musikoterapie*. 2007 In: HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha. Gerontologické centrum. 2007. s. 299. ISBN 978-80-254-0177-4.
- STEJSKALOVÁ, M. *Muzikoterapie v klinické praxi*. In Psychiatrie pro praxi. 2010. roč. 11. č. 1. s 30- 32. ISSN – 1335 – 9584.
- SUCHÁ, J. *Ergoterapie u osob s demencií*. 2007. In: HOLMEROVÁ, I. a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum. 2007. s.299. ISBN 978-80-254-0177-4.
- VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha. Karolinum. 2003. 1. vyd. s.207. ISBN 80-246-0708-5.

Kontaktná adresa:

PhDr. Jana Martinková
Katedra ošetrovatel'stva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
Email: jana.martinkova@truni.sk

VYUŽITÍ OŠETŘOVATELSKÝCH INTERVENČÍ NIC V ELEKTRONICKÉ DOKUMENTACI (abstrakt)

Darja Jarošová¹, Lucie Sikorová¹, Jana Marečková¹, Hana Pajorová²

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

²Agentura domácí ošetřovatelské péče Pajorová, Ostrava

Příspěvek prezentuje průběžné výsledky pokračujícího projektu (IGA MZČR) a zabývá se tvorbou české verze vybraných částí klasifikací NIC navazující na doložitelný základní soubor ošetřovatelských diagnóz. Ošetřovatelské intervence NIC byly vybírány pro 9 ošetřovatelských diagnóz s nejvyšší četností (25 % klientů a více), které byly diagnostikovány při prvním měření u 200 klientů agentury domácí péče v Ostravě. Pro další analýzu bylo vybráno celkem 263 NIC spolu s 6356 příslušnými aktivitami. Odborný panel akademických ošetřovatelských odborníků realizoval podle platné české legislativy a aktuálních kompetencí sester první korekce NIC. Upravený soubor NIC byl následně vyhodnocen expertní skupinami 22 sester vybraných agentur domácí péče a 58 pracujících studentek kombinované formy studia ošetřovatelství. Na základě statistických vyhodnocení byl sestaven definitivní soubor o velikosti 110 NIC a 2150 příslušných aktivit pro implementaci do elektronické dokumentace pro domácí péči. Kritériem sestavení souboru NIC bylo minimálně 70,1% preferencí NIC intervencí obou expertních skupin. Klinické ověřování souboru ošetřovatelských intervencí NIC v elektronické dokumentaci proběhne v letních měsících 2011.

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita
Syllabova 19
703 00 Ostrava - Zábřeh
Email: darja.jarosova@osu.cz

KOMPETENCIE SESTRY PRI POSUDZOVANÍ KOGNITIVNYCH FUNKCIÍ U SENIOROV

Terézia Fertaľová , Iveta Ondriová, Ľudmila Majerníková
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Starnutie je súčasťou života každého človeka. Biologické a psychologické zmeny pri starnutí sa zvyčajne objavujú postupne, v priebehu rokov, či desaťročí.

Významné sú zmeny v kognícii seniora, ktoré ovplyvňujú funkčný stav a odrážajú sa v úrovni sebestačnosti. Pri progredujúcom kognitívnom deficite sa znižuje úroveň sebestačnosti a zvyšuje sa závislosť pri vykonávaní inštrumentálnych aktivít denného života, pri ťažšom deficite aj bazálnych aktivít denného života. Starostlivosť o seniora s kognitívnymi poruchami je veľmi náročná a je potrebné ju prispôbiť ich špecifickým potrebám. Práca sestier si vyžaduje profesionalitu, ochotu, ľudskosť, schopnosť stáleho vládneho a trpezlivého jednania s pacientom.

KLúčové slová: Starnutie; Staroba; Kognitívne poruchy; Posudzovanie, Senior.

Úvod

Starnutie je súčasťou života každého človeka. Biologické a psychologické zmeny pri starnutí sa zvyčajne objavujú postupne, v priebehu rokov, či desaťročí. Výsledkom toho je, že neexistuje jeden určitý vek, o ktorom možno jednoznačne povedať, že človek je starý. Ľudia vo veku 65 a viac rokov majú najmenej jedno chronické telesné ochorenie a mnoho z nich aj viac. Významnú podskupinu tvorí staršia populácia s psychickými poruchami. Zistilo sa, že až 70% obyvateľov zariadení dlhodobej starostlivosti má nejaké psychické ochorenie. K psychickým poruchám u seniorov radíme aj kognitívne poruchy, ktoré sa častejšie vyskytujú u seniorov (Spar a kol., 2003). Zmeny v kognícii seniora ovplyvňujú funkčný stav a odrážajú sa v úrovni sebestačnosti. Pri progredujúcom kognitívnom deficite sa znižuje úroveň sebestačnosti a zvyšuje sa závislosť pri vykonávaní inštrumentálnych aktivít denného života, pri ťažšom deficite aj bazálnych aktivít denného života (Tomagová, 2009).

Vlastní text

Kognícia je poznávanie. Tento pojem zahŕňa veľké množstvo psychických javov a im odpovedajúcich procesov respektíve funkcií a schopnosti. Pri definícii poznávania (kognícia) môžeme zdôrazniť to, že v popredí prežitku je predmet, ktorý poznávame. Výskumy kognitívnych procesov sa predovšetkým zaoberajú tým, čo môžeme nazvať objektívnym poznávaním predmetov, ich vlastnosti a vzťahov medzi nimi, ako sa orientujeme v priestore, ako riešime problémy s používaním pojmov, ktoré poznáme a ako si v prípade potreby vytvárame nové pojmy, ako používame reč pri myslení a komunikácii atď. (Říčan, 2005).

Kognitívne funkcie sú poznávacie funkcie, ktoré pomáhajú pri zisťovaní a spracovaní informácií o vonkajšom prostredí, za účelom prispôsobenia sa okoliu a prostrediu. Umožňujú jedincovi existovať. Medzi kognitívne funkcie patrí pamäť a učenie, myslenie, receptívne funkcie (pozornosť, vnímanie, triedenie a integrácia informácií, expresívne funkcie (reč, písmo, kreslenie a mimické vyjadrovanie), vizuošpeciálne funkcie (orientácia v priestore a čase), exekutívne funkcie (výkonné funkcie). Do istej miery sa úroveň kognitívnych funkcií kryje s pojmom inteligencia a intelekt (Kalvach a kol., 2008).

Pamäť – je schopnosť prijímať a uchovávať predchádzajúce informácie, teda vnemy, predstavy a myšlienky s možnosťou ich neskoršieho využitia. Umožňuje plynulú súvislosť prítomnosti s minulosťou a budúcnosťou tak, že vplyvy pôsobiace v minulosti vchádzajú do

prítomnosti. Po vneme ostáva v pamäti stopa, ktorú nazývame engram. Je elementárnou jednotkou pamäti. Pamäť teda spočíva v prijatí, spracovaní, kombinácií a vybavovaní engramov. Aktívne ukládanie stôp si vyžaduje jasnosť vedomia, pozornosť myslenie, emotivitu a intelekt (Ondriášová, 2005).

Učenie – učiť sa môžeme v každom veku, súvisí z rozhodnutím či chceme pre seba niečo urobiť, alebo nie. Učenie v širšom slova zmysle je všetko to, čo si jedinec osvojí od svojho narodenia až po smrť a čo zanecháva dokázateľné, trvalejšie stopy v jeho správaní. V užšom slova zmysle sa chápe učenie ako cieľavedomé a systematické nadobúdanie vedomosti, schopnosti a nových foriem správania. Je aktívne, sústavné a úmyselné zapamätávanie si (Kafka a kol., 2004).

Pozornosť – funkcia vedomia. „Je to schopnosť vedomia aktívne sa sústrediť na určitý konkrétny vnímaný alebo myslený obsah“ (Kolibáš a kol., 2007, s.97).

Vnímanie - percepcia. Táto funkcia umožňuje poznávať vonkajší svet a zmeny vo vlastnom tele prostredníctvom zmyslových orgánov (Ondriášová, 2005).

Myslenie – je poznávací psychický proces, ktorý umožňuje poznanie skutočnosti prebiehajúce medzi človekom a prostredím. Je to špecifický ľudský proces, spojený s rečou, vnímaním a vedomím. Pri myšlienkových procesoch sa spracovávajú vnemy a predstavy v priestore a čase, hľadajú sa medzi nimi vzťahy a zákonitosti. Sú závislé na úrovni intelektu a životných skúsenostiach. Myslenie by malo byť spontánne, konkrétne, abstraktné a logické (Malá, Pavlovský, 2002).

Intelekt – je súbor vrodenných a získaných schopností, ktorý umožňuje pohotovo a adekvátne reagovať na zmeny prostredia, riešiť nové situácie a problémy. Patrí sem schopnosť jedinca správne zhodnotiť rôzne situácie, primerane týmto situáciám porozumieť, reagovať a zvládnuť ich čo najkratšom čase, riešiť úlohy a využívať znalosti. Je súbornou zložkou psychiky a jej predpokladom sú zásoba vedomosti a skúsenosti, verbálna zdatnosť, pamäť, schopnosť abstraktného myslenia a usudzovania a štruktúra osobnosti, jej zameranie a motivácie (Kolibáš a kol., 2005).

Inteligencia je vrodenný základ intelektu. Je to schopnosť správne usudzovať, využívať získané znalosti, porozumieť problémom, rôznym situáciám a úspešne ich riešiť. Inteligenciu podľa prejavov jedinca hodnotíme často podvedome v každodennom živote alebo cielene štandardizovanými intelligenčnými testami, ktorých výsledky sa vyjadrujú známym IQ. Ide o pomer mentálneho veku k veku kalendárnemu. Priemerná hodnota IQ je 100 (Marková a kol., 2006).

Reč patrí k expresívnym funkciám. Je to duševná funkcia, ktorá umožňuje komunikovať, myslieť a ovplyvňovať seba aj ostatných (Kristová, 2004). Je schopnosť, pomocou ktorej človek verbálnymi výrazovými prostriedkami vie vyjadriť obsah vedomia. Môžeme ju rozdeliť na reč hovorenú, písomnú, znakovú, vnútornú. Odohráva sa v istom situačnom kontexte a má svoju obsahovú a emocionálnu zložku (Svoboda a kol., 2006).

Kognitívne starnutie podľa nastupujúcich zmien možno rozdeliť do troch skupín: úspešné starnutie, normálne starnutie a patologické starnutie. Úspešné starnutie je zachovanie funkčných schopností, kedy kognitívne funkcie nie sú poškodené a výkonnosť sa zrovnáva so stredným vekom. Nie sú prítomné ani poruchy pamäti, správania a motoriky. Normálne starnutie znamená zachovanie fyziologických zmien v kognitívnych a ďalších psychických schopnostiach, sú prítomné iba drobné abnormality, vyskytujúce sa u väčšiny zdravej populácie. Najčastejšie sa prejavuje poklesom pamäti. Je to benígny stav zábudlivosti pri ktorom nedochádza k progresii. Človek sa sťažuje na drobné poruchy pamäti. Je to vekom podmienený pokles kognitívnych funkcií (Age-Associated Cognitive Decline – AACD), ktorý nie je psychickou poruchou. Pri patologickom starnutí je výrazne narušený metabolizmus a kompenzačné mechanizmy nie sú schopné reagovať, sú vyčerpané. Pri zlyhaní kompenzačných mechanizmov dochádza k patologickým neurobiologickým zmenám, ktoré

mají svoj klinický korelát a vtedy sa prejavujú zjavne chorobné stavy. Ak dôjde k psychickým zmenám, ktoré v bežnom živote starého človeka narušajú jeho výkon v zamestnaní a činnostiach ide o príznaky psychickej poruchy (Pidrman, 2007).

V komplexnom ošetrovateľskom posúdení seniora pre orientačné hodnotenie úrovne kognitívnych funkcií môžeme použiť štandardizované, medzinárodné validné meracie nástroje (Bóriková, 2009). Nenahrádzajú klinické vyšetrenie, ale sú vhodnou doplnkovou metódou. Pre posúdenie kognitívnych funkcií je doporučených niekoľko testov a hodnotiacich škál. Väčšina je však určená pre použitie psychiatrom alebo klinickým psychológom. Medzi meracie nástroje frekventovane uvádzané v zahraničnej ošetrovateľskej literatúre využiteľné sestrou na posúdenie kognitívnych funkcií seniora v oblasti výskumu a klinickej praxe patria: Mental status Examination, Mental Status Questionnaire, Cognitive Capacity Screening Examination, Mini – Mental State Examination, Short Portable Mental Status Questionnaire, Fromage, Brief Cognitive Rating Scale, Global Deterioration Scale, Clock Drawing Test, Neurobehavioral Cognitive status Examination, Mini - cog (Tomagová, 2009). Z uvedených meracích nástrojov najčastejšie je používaný Mini – Mental State Examination (MMSE). Pri posudzovaní úrovne kognitívnych funkcií seniorov sú používané meracie nástroje, ktoré spĺňajú kritéria na reliabilný, validný, senzitívny a spoľahlivý nástroj aplikovateľný v ošetrovateľskej klinickej praxi. Zároveň je akceptovaná využiteľnosť nástroja v súvislosti s limitami zo strany seniora, s diagnostickými komponentmi ošetrovateľských diagnóz, s plánovaním a hodnotením ošetrovateľskej starostlivosti. Pri posudzovaní kognitívnych funkcií musíme brať na vedomie faktory zo strany seniora ovplyvňujúce výsledné skóre meracích nástrojov a nepresnosti, ktoré pri diagnostike môžu nastať. Ich akceptovanie napomôže pri interpretácii výsledného skóre a presnejšej diagnostike kognitívnych zmien seniora. K týmto faktorom patrí telesný stav, depresia, vek a vzdelanie seniora. Sestra musí brať na vedomie možnú unaviteľnosť seniorov pri dlhšie trvajúcom meraní, nedostatočnú spoluprácu a nedôveru, úzkosť, zrakový a sluchový deficit, očakávanie zlého výsledku, pomalší výkon, zhoršenú chápacosť a spracovanie nových informácií (Tomagová, 2009). Posúdenie kognície seniorov je významné pre merateľné a objektívne sledovanie zhoršenia alebo zlepšenia úrovne kognitívnych funkcií. Pri každom posúdení je nevyhnutné zaznamenávať dátum a čas posúdenia, podpis sestry, ktorá posúdenie vykonala. Záznam musí byť kompletný, v zázname sa používajú len bežne akceptované skratky. K opakovanému posúdeniu sa pristupuje zvlášť individuálne, pritom do úvahy sa berie celkový zdravotný stav pacienta, miera zhoršenia alebo zlepšenia zdravia a samotných kognitívnych funkcií, dĺžka hospitalizácie ako aj iniciatíva sestry a ostatných členov zdravotníckeho tímu smerom k podpore kognitívnych funkcií.

Starostlivosť o seniora s kognitívnymi poruchami je veľmi náročná a je potrebné ju prispôbiť ich špecifickým potrebám. Práca sestier si vyžaduje profesionalitu, ochotu, ľudskosť, schopnosť stáleho vládneho a trpezlivého jednania s pacientom. Je potrebné pristupovať k nemu trpezlivo, akceptovať jeho stav, snažiť sa zistiť čo potrebuje, byť pozorný, empatický, verbálne a neverbálne komunikovať, rešpektovať jeho dôstojnosť. Usilujeme sa, aby bol čo najmenej konfrontovaný so svojou nesebestačnosťou a nedostatočnosťou. V rámci uspokojovania bio-psych-sociálnych potrieb vystupujú do popredia uznanie, bezpečnosť, istota, láska, spolunáležitosť a sebarealizácia (Holmerová a kol., 2007).

Sestra stanovuje reálne ciele plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Pri plánovaní sa zameriava na narušené kognitívne funkcie, udržiavanie orientácie v čase, mieste a osobe, správanie pacienta. V spolupráci s pacientom zhrnie do plánu denné aktivity na podporu sebestačnosti a zaistenie najväčšieho možného komfortu pre pacienta. Súčasťou starostlivosti je aj kontakt a spolupráca s rodinou a priateľmi. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, zohľadňuje

individuálne potreby pacienta/klienta, jeho rodiny, berie do úvahy aktuálny klinický obraz kognitívnej poruchy a somatické ochorenie, pokiaľ ich pacient má (Marková a kol., 2006).

Ošetrovateľské intervencie u pacienta/klienta s poruchami kognitívnych funkcií sú zamerané na tieto špecifické oblasti:

- Ocenenie pacienta, aby mal stále pocit vlastnej hodnoty.
- Zdvorilosť – nekritizovať a nepoukazovať na jeho nedostatky, aby sa necítil zahanbene.
- Podporovať dobrú náladu – viesť k aktivitám, ktoré ho tešia a dávať úlohy, kde sa môže kladne prejavíť.
- Podporovať dôstojnosť a úctu k chorému.
- Podporovať fyzické zdravie a psychickú pohodu.
- Vyhýbať sa zbytočným konfliktom.
- Posilňovať kognitívne funkcie – tréning pamäti, používanie pomôcok pre podporu pamäti, pre udržanie tejto schopnosti na určitej úrovni a pre zlepšenie orientácie v realite (Holmerová a kol., 2007).
- Podporovať sebestačnosť chorého (nácvik a udržiavanie). Trénovať všetko čo ešte chorý zvláda – dôraz sa kladie na chôdzu, sebestačnosť a sebaobsluhu.
- Zabezpečiť vyváženú stravu a príjem tekutín.
- Pravidelná toaleta k redukcii inkontinencie alebo nočnej agitácie spojenej s potrebou kúpeľne.
- Sledovať vyprázdňovanie stolice a moču.
- Vhodne stimulovať chorého, dávať mu jednoduché úlohy.
- Zachovanie samostatnosti posilňovaním priestorovej orientácie.
- Bezpečnosť – vytvoriť a prispôbiť prostredie.
- Obmedziť akékoľvek zmeny personálu, miesta, denných činností.
- Vyťažiť z jeho doterajších schopností čo najviac.
- Plánovať vhodné aktivity, ktoré vedú k zmysluplnému naplneniu dňa.
- Udržiavanie verbálnej a neverbálnej komunikácie – jednoduchá reč, opakovanie.
- Verbalizácia subjektívneho prežívania.
- Rozširovanie komunikácie (Marková a kol., 2006).
- Prevencia problematického správania, ak k nemu dôjde vedieť zvládnuť takéto správanie (Holmerová a kol., 2007).

Poruchy správania sú najproblematickejšími prejavmi u pacienta s demenciou. Majú rôzny charakter. Často je to nepokoj, agresivita, úteky, napádanie spolupacientov a ošetrojúceho personálu, vykrikovanie, nadávanie, túlanie alebo často neúčelné, ale pokojné jednanie. Preto je potrebné, aby sestra venovala osobitnú pozornosť prevencii problematického správania. Mnohé situácie problémového správania poukazujú na to, že chorý hľadá bezpečie, domov, identitu, náklonnosť, uspokojenie svojich potrieb. Prevencia je založená na presvedčení, že problematické správanie nie je len dôsledkom narušenej poznávacej schopnosti, ale je výsledkom nedostatočného zladenia potrieb osoby s kognitívnou poruchou a podpory, ktorú jej prostredie poskytuje. Záleží na prístupe ošetrojúcej sestry, aby vedela s chorým primeraným spôsobom komunikovať, analyzovať jeho potreby, vytvoriť dôveru medzi ňou a pacientom, vytvoriť bezpečné prostredie a aktivity na vyplnenie voľného času (Zgola, 2003). Ak už dôjde k problematickému správaniu u chorého, často sa hneď pristupuje k používaniu obmedzovacích prostriedkov, ako sú farmakoterapia, elektronické alarmy, používanie zákazov, príkazov, fyzické obmedzenia, ale najčastejšie sú to mechanické obmedzovacie prostriedky. Potvrdzujú to aj rôzne štúdie, ktoré uvádzajú príliš časté používanie obmedzovacích prostriedkov a to najmä sestrou. Používanie obmedzovacích prostriedkov by malo byť krajným riešením, ktoré sa musí starostlivo zväžiť a pristúpiť

k nemu až vtedy ak sme si istý, že sa vyčerpali všetky možnosti, a to za zvýšeného dohľadu a nepretržitého sledovania pacienta (Holmerová a kol, 2007).

„Každé konanie seniora s demenciou má nejakú príčinu a je sprevádzané emocionalitou v súvislosti s minulosťou“ (Mačkinová, 2009, s. 90). Je dôležité pochopiť vnútorný svet človeka s poruchou pamäti a hľadať súvislosti s jeho konaním a prežitými životnými udalosťami. V súčasnosti sa americká sociálna pracovníčka Noami Failová zaslúžila o rozšírenie validačnej terapie v práci so seniormi s poruchami kognitívnych funkcií, predovšetkým s demenciou. Jej úlohou je preniknúť do vnútorného sveta zážitkov dezorientovanej osoby a získať si jeho dôveru, zobrať na vedomie jeho pocity a prijímať spomienky. Validáčna teória je založená na poznaní minulosti klienta, ktorá je pre seniora dôležitá. V spomienkach sa vracia do čias, kedy ešte niekým bol, keď bol milovaný, potrebný a produktívny. Platí, že dojmy, ktoré sú potlačované, bolestivé z minulosti a sú zdieľané dôveryhodnej osobe strácajú svoju zraňujúcu silu. Z toho vyplýva skutočnosť, že ak klient prežíva svoju minulosť, vráti sa mu pocit vlastnej potreby. Validácia ponúka konkrétne terapeutické techniky a postupy pri komunikácii so starými dementnými ľuďmi (Mačkinová, 2009). Ošetrovateľská starostlivosť závisí od pokročilosti ochorenia u seniora s demenciou, preto hlavnou úlohou sestry je vybrať najvhodnejšie ošetrovateľské intervencie pri jej vykonávaní.

Záver

Ošetrovateľstvo ako integrovaná vedná disciplína je zameraná na pomoc človeku ako holistickej bytosti. Zdôrazňuje potrebu individuálnej a integrovanej starostlivosti o klienta. Rovnako je to aj u seniorov s kognitívnymi poruchami, ktoré sa týkajú ľudí na celom svete. V súčasnosti patria k jedným z najčastejších porúch u seniorov. Výskumy potvrdzujú, že kognitívny pokles nie je normálnou súčasťou starnutia pre väčšinu seniorov. Zmeny v závislosti od poškodenia siahajú od mierneho kognitívneho deficitu až po demenciu. Práve sestra má významnú úlohu v starostlivosti o seniora s kognitívnou poruchou. Posudzovaním kognitívnych porúch ako súčasti komplexného posúdenia a zhodnotenia bio-psycho-sociálnych potrieb a zdravotného stavu, poskytne seniorovi kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá si vyžaduje uspokojenie telesných, duševných a sociálnych potrieb.

Literatura:

- BÓRIKOVÁ, I. 2009. Posudzovanie aktivít denného života u seniorov. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN1335-9444, 2009, č.7- 8, s. 28-29.
- HOLMEROVÁ, I. – JAROLÍMOVÁ, E. – SUCHÁ, J. a kol. 2007. *Péče o pacienty s kognitívni poruchou*. [online]. Praha: EV public relations. 2007. 299 s. [cit. 2009-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.geriatria.cz/dokumenty/péče_o_pacienty.pdf>. ISBN 978-80-254-0177-9.
- KAFKA, J. a kol., 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice: Mercury – Smékal, 2004. 286 s. ISBN 80-89203-01-9.
- KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – HOLMEROVÁ, I. – WEBER, P. a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KOLIBÁŠ, E. a kol., 2007. *Všeobecná psychiatria*. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, Vydavateľstvo UK, 2007. 184 s. ISBN 978-80-223-2388-8.

- KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
- MAČKINOVÁ, M. 2009. Validačná terapia. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. ISSN 1335-5090, 2009, roč. XV, č. 2, s. 90-91.
- MALÁ, E. – PAVLOVSKÝ, P. 2002. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- ONDRIÁŠOVÁ, M. 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.
- PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- ŘÍČAN, P. 2005. *Psychologie – příručka pro studenty*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 288 s. ISBN 80-7178-923-2.
- SVOBODA, M. – ČEŠKOVÁ, E. – KUČEROVÁ, H. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje v diagnostike kognitívnych zmien u seniorov. In *Teória, výskum a vzdelávanie: Zborník v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Martin, 2009. ISBN 978-80-88866-61-9, s. 316 - 331.
- TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. 2008. Využitie MMSE v diagnostike plánovaní starostlivosti u pacienta s demenciou. In *Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech II* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, 2008. s. 61-65, [cit. 2009-12-10]. Dostupné na internete:
<<http://zsf.osu.cz/uon/dokumenty/uon-publikace/VIIIsymfozium-2008.pdf>> ISBN 978-80-7368-499-0.

Kontaktná adresa:

PhDr. Terézia Fertal'ová, PhD.
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove
Katedra ošetrovatel'stva
Partizánska 1
080 01 Prešov
Slovenská republika
Email: tfert@unipo.sk

STANDARDNÍ PLÁNY PÉČE U VYBRANÝCH STAVŮ V PÉČI O MATKU A DÍTĚ PÉČE O ŽENU PŘI ABRUPCI PLACENTY

¹Alexandra Archalousová, ²Štefánia Andraščíková, ²Sylvie Žultáková

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

²Ústav porodní asistence, Fakulta zdravotnických odborov, Prešovská univerzita v Prešově

Souhrn:

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria. Ošetrovatelské standardy u vybraných klinických stavů by měly být tvořeny a schvalovány odborným týmem pro kvalitu práce, dostupné na všech pracovištích a ošetrovatelský personál je povinen standardy dodržovat. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství průběžně hodnotí na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k pacientům/klientům/nemocným, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí. Při hodnocení používají objektivní metody hodnocení. Součástí hodnocení ošetrovatelské péče je průběžné hodnocení probíhající péče a zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetrovatelské dokumentace, včetně jiných písemných dokumentů. Jedním z dokumentů mohou být plány péče u vybraných stavů.

Klíčová slova: *Kvalita; Péče; Standardní plán; Abrupce placenty; Žena; Dítě; Gravidita; Riziko.*

Úvod

Abrupce placenty/abruptio placentae je stav, kdy se normálně lokalizovaná placenta začíná předčasně odlučovat. Předčasné odlučování placenty je částečné nebo úplné, okrajové nebo centrální. Stav může být doprovázen krvácením zjevným či skrytým, bolestmi břicha či zad v bederní a křížové oblasti, hypoxií plodu. Následně se rozvíjí retroplacentární hematoma, může dojít k pronikání krve mezi svalové snopce způsobující trvalé dráždění děložní svaloviny a její hypertonií „prknavité stažení“, hypovolemický šok, DIC s multiorgánovým selháním, poporodní krvácení, imunizace u Rh negativních matek, fetální a novorozenecká anémie. Zhoršuje se výměna krevních plynů a látková výměna mezi matkou a plodem, což vede k hypoxii, anoxii až smrti plodu. Míra ohrožení plodu závisí na rozsahu odloučení placentárního povrchu. Tyto okolnosti tedy vyžadují zvýšenou pozornost zdravotníků a specializovanou ošetrovatelskou péči, která zahrnuje patologické a rizikové stavy.

Vlastní text

V anamnéze jsou nejčastěji ženy s hypertenzí, kuřačky, ženy užívající další návykové látky (drogy, alkohol), starší rodičky, těhotné s dekompresí dělohy po odtoku plodové vody u vícečetné gravidity, polyhydramniem, placentárními abnormalitami (krátký pupečník), po traumatech, úderem po nehodách, obratech plodu, těhotné s preeklampsií.

Fyzikální vyšetření prokáže možné projevy: *bolest* dělohy, bolest v bederní a křížové oblasti zad, citlivost dělohy, postupný a náhlý začátek bolesti. Bolest je rozlišovacím symptomem při abrupci placenty a placentě praevia. *Krvácení* zjevné, kdy vidíme tmavě zbarvené vaginální krvácení. Krvácení může být skryté uvnitř dělohy, kdy pozorujeme její zvětšování, které svědčí pro hromadění krve v dutině děložní. *Kontrakce* dělohy, děloha je křehká, ale tuhá, až

prknavitá, objeví se krátké, křečovitě kontrakce. Při hodnocení stavu plodu zjistíme normální naléhání, ale možnou hypoxii plodu.

Jsou definovány 3 stupně předčasného odlučování placenty. Za nultý se považuje stav, kdy po porodu zjistíme retroplacentární hematom, během těhotenství a porodu nedošlo ke krvácení. Při prvním stupni je přítomno krvácení z rodidel, děložní hypertonus, nemonitorujeme hypoxii plodu a žena je bez známek hypovolemického šoku. Při druhém stupni je či není přítomno krvácení z rodidel, zjistíme známky hypoxie plodu a žena je s projevy hypovolemického šoku. Při třetím stupni je či není krvácení z rodidel, bolest, hypertonus děložní, křečovitě kontrakce, plod nejeví známky života, u ženy jsou projevy šoku, koagulopatie.

Fyzikálním vyšetřením posoudíme: krvácení, bolest, kontrakce, odtok vody plodové, gestační věk, pohyby plodu, stav plodu, zjistíme poslední informaci o lokalizaci placenty.

Komplikací může být diseminovaná intravaskulární koagulopatie DIC. Velká krevní sraženina, která se vytvoří za placentou spotřebovává srážecí faktory a ostatní části těla jich mají v důsledku toho nedostatek. V těle ženy probíhá současně tvorba trombů a antikoagulace. Žena krvácí z nosu, dásní, v místech vpichu, protože má nedostatek srážecích faktorů. V poporodním období hrozí hypotonie, atonie děložní, vysoká ztráta krve, predispozice k infekci na poškozené tkáni.

Ukázka možného standardního plánu péče o ženu a dítě

Standardní plán péče u ženy s Abrupcí placenty

Ošetřovatelská diagnóza	Očekávaný výsledek (cíl, kritéria)	Intervence
<i>Bolest akutní břicha či zad v souvislosti s podrážděním děložních svalů retroplacentárním krvácením, krvácením do myometria Couvelairově děloze, děložní kontrakcí, hypertonií děložní</i>	<p>Klientka/pacientka</p> <ul style="list-style-type: none">• projevuje zvýšenou potřebu pohodlí - relaxace tváře a končetin• vyslovuje potřebu zvýšeného pohodlí	<ul style="list-style-type: none">• stanovte lokalizaci a charakter bolesti• stanovte průběh kontrakcí, zmírnění tonu svalů, lokalizujte citlivost• zajistěte pohodlnou polohu (ne však zakloněnou)• aplikujte podle ordinace lékaře analgetika popř. anestetika• zajistěte potřebné pohodlí, podložte polštáři

- poučte o relaxačních technikách
 - omezte vnější podněty (podráždění z okolí)
-

ODŮVODNĚNÍ:

Sledujte a mějte pod kontrolou zlepšování či zhoršování bolestí, reagujte na změny stanovením ošetřovatelského plánu. Redukujte fyzické, emotivní a vnější podráždění, která vedou k bolestem dle možností.

Změněné zásobování orgánů tekutinou (mateřských) z důvodu ztráty krve

- projevuje se odpovídající propustností tkáně
 - zvyšující se/stabilizované vitální funkce
 - teplá kůže
 - sledujte příznaky šoku: vitální funkce, bilanci tekutin, zabarvení a teplotu kůže, dobu kapilárního znovunaplnění jak je požadováno
 - sledujte krevní ztrátu
 - zjistěte děložní aktivitu a abdominální citlivost (bolestivost)
 - změřte a vyznačte výšku fundu děložního na břiše
 - revidujte diagnostická vyšetření (hemoglobin, hematokrit, vyšetření srážlivosti)
 - berte na vědomí příznaky DIC
 - podejte O₂ pomocí obličejové masky jak je předepsáno
 - udržujte pacientku v klidu na lůžku
 - zamezte nízkému tlaku (nechte matku vleže na boku nejlépe na levém boku)
 - připravte se na okamžitý zásah s. c. jestliže jsou příznaky
 - nevykazuje žádné příznaky hypoxie
 - žádná pobledlost či cyanóza
 - doba kapilárního znovunaplnění < 3 sec.
 - TK v normě
-

ODŮVODNĚNÍ:

Mějte pod kontrolou zlepšování/zhoršování stavu propustnosti tkáně a reagujte na ni stanovením terapeutického

plánu. Odpovídající propustnost tkáně je závislá na okysličené krvi, přicházející k buňkám.

Porucha výměny plynů u plodu

z důvodu porušení přichycení placenty, snížení proudění krve k plodu a změny uteroplacentárního přenosu kyslíku se pravděpodobně projeví změnami srdeční frekvence plodu i jeho zvýšenými pohyby

- prokazuje adekvátní okysličení plodu
 - normální bazální frekvence (120 – 160 úderů za minutu)
 - oscilace – undulatoční pásmo
 - absence pozdních decelerací
 - sledujte reakce plodu na základě permanentní elektronické kontroly
 - dodejte O₂ matce pomocí obličejové masky dle ordinace lékaře
 - zamezte možnosti vzniku syndromu dolní duté žíly a tím špatnému uteroplacentárnímu prokrvení ponecháním matky na boku (levém)
 - připravte se na případnou resuscitaci novorozence dle standardu pracoviště
 - prokazuje normální aktivity plodu
 - sledujte aktivitu plodu
 - odhadněte gestační stáří
 - neprokuje žádné známky přítomnosti mekonie v plodové vodě
 - sledujte jakost plodové vody
-

ODŮVODNĚNÍ:

Sledujte a mějte pod kontrolou zlepšování či zhoršování okysličování plodu a jeho na terapii. Zvyšte nasycení krve kyslíkem.

Deficit objemu tělesných tekutin (ve smyslu snížení)

z důvodu krvácení mezi placentou a děložní stěnou

- má normální objem krevního objemu
 - žádná bledost nebo cyanóza
 - normální vitální projevy
 - sledujte životní funkce (vědomí, TK, P, TT apod.) v potřebných intervalech
 - kontrolujte vylučování moče
 - stanovte a podporujte objem krevního oběhu
 - podávejte intravenózní tekutiny
 - prokazuje adekvátní hydrataci
 - normální turgor kůže
 - vlhké sliznice
 - kontrolujte turgor kůže a vlhkost sliznic
 - sledujte bilanci tekutin
 - má normální hemoglobin, hematokrit, srážlivé
 - přezkoumejte údaje z diagnostických studií
-

faktory

- stanovte ztrátu krve (děloha: skryté nebo zjevné krvácení)
 - kontrolujte laboratorní hodnoty, pokud je indikováno, hlaste ošetřujícímu lékaři
 - zahajte akutní opatření proti krvácení podle standardu nemocnice
 - pokud lékař ordinuje, podávejte krevní produkty
 - připravte se na možnost operativního vedení porodu
-

ODŮVODNĚNÍ:

Je třeba mít pod kontrolou stav cirkulující tekutiny a na základě terapeutického plánu zamezit škodlivému efektu hypovolémie.

Úzkost

způsobená nejistou prognózou matky a dítěte

- ukazuje zmírněnou úzkost
 - verbalizuje menší úzkosti
 - relaxovaná tvář a prsty (konečky uší, špička brady a nosu)
 - užívá odpovídajících metod zvládnutí
 - posuďte možnosti zvládnutí a podpořte klientku a rodinu
 - identifikujte klientčiny obavy a strach
 - informujte průběžně klientku a rodinu o jejím stavu a stavu dítěte
 - informujte o průběhu a terapeutickém plánu
 - zesilte pozitivní aspekty zdravotní stránky
 - podněcujte otázky a otevřenou komunikaci
 - podporujte klientčina rozhodnutí jak jen je možné
 - podněcujte vyslovení obav a strachu
-

ODŮVODNĚNÍ:

Tyto postupy pomáhají k odhalení současné roviny úzkosti a ukazují vhodná východiska pro zklidňování. Informace jsou příznivé pro řešení problému.

Nedostatek znalostí

z důvodu první zkušenosti s abrupcí placenty

- má adekvátní základní znalosti
 - přesně porozumí situaci
 - zná průběh a terapeutický plán
 - podej praktické informace vztahující se k současnému stavu a terapeutickému plánu
 - umožni otázky ze strany klientky a rodiny
-

ODŮVODNĚNÍ:

Přesné informace napomáhají k vyslovení rozhodnutí a důvěře v ošetřující personál.

Případová studie

Klientka XY ve věku 33 let přijata na porodnicko - gynekologické oddělení fakultní nemocnice s bolestmi břicha a krvácením. Klientka je ve třetím trimestru, v 36. týdnu gravidity, tercigravida, primipara.

Závěr

Další možné ošetřovatelské diagnózy:

předčasný zármutek, vysoké nebezpečí poškození, vysoké nebezpečí infekce, poruchy pohlavní identity (změněné pohlavní vzorce), porucha sebevědomí, nezvládnutí domácího ošetřování

ZÁSADNÍ KRITERIA PRO PROPUŠTĚNÍ:

Klientka/pacientka

- má stabilizované životní projevy
- nevykazuje žádnou bledost či cyanózu
- má normální hodnoty Hb, Ht, srážlivých faktorů
- jsou fyziologické projevy plodu
- zná plán pro další péči

Literatura:

HÁJEK, Z. Krvácení ve druhé polovině těhotenství. In HÁJEK, Z. et all (Eds). *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247- 0418-8
HÁJEK, Z. Krvácení v pozdním těhotenství. In HÁJEK, Z. et all (Eds). *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247- 0418-8

KNUPPEL, A., DRUKKER, J. Bleeding in late pregnancy: antepartum bleeding. In HAYASHI, R. et all. (Eds). *High risk pregnancy*. Philadelphia: Sanders, W. B., 1986
LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatického ošetřovatelství*. 1.vydání, Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství FVP Slezská univerzita v Opavě
Hauerova 4
746 01 Opava
Email: alexandra.archalousova@fvp.slu.cz

VÝZNAM VÝŽIVY PRI HOJENÍ AKÚTNYCH A CHRONICKÝCH RÁN

¹Eva Balogová, ²Jarmila Bramušková, ³Jana Boroňová

¹Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity

²Nemocnica Zvolen a.s., člen skupiny AGEL - OAaIM

³Trnavská univerzita v Trnave

Súhrn:

Autorky príspevku predkladajú dôvody, pre ktoré je nutné venovať pozornosť hodnoteniu nutričného stavu organizmu ako významnej súčasti liečby rôznych ochorení. Včasná diagnostika malnutričie a jej liečba modernými farmakonutričnými postupmi významne prispieva k prevencii vzniku komplikácií, znižuje ekonomické náklady. Platí to aj pre liečbu akútnych a prevenciu a liečbu chronických rán a dekubitov.

KLúčové slová: *Enterálna výživa; Mikronutrienty; Hojenie rán; Akútna rana; Chronická rana.*

Úvod

V poslednej dobe sme zaznamenali obrovský pokrok v sortimente špeciálneho obväzového materiálu určeného na liečbu rán. Jednotlivé druhy obväzov s príslušným hojivým povrchom akceptujú fázu hojenia a typ rany. Z celého radu moderných prípravkov si môžeme vybrať ten, ktorý je podľa fyzikálnych princípov svojho účinku najvhodnejší. Nesmieme zabúdať, že rana ošetrená akýmkoľvek z moderných krytí sa nebude hojiť, ak nevytvoríme pre jej hojenie vhodné podmienky, ku ktorým okrem liečby základného ochorenia nevyhnutne patrí aj dostatočná výživa pacienta. Preto by na manažmente ošetrovania rany mal okrem chirurga participovať aj diabetológ či iný odborník na výživu a, v neposlednom rade, sestra.

Hojenie rán je komplexný proces vyžadujúci dostatok energie, makro- i mikronutrientov potrebných pre tvorbu nových tkanív. Dobrá hydratácia, dostatočné prekrvenie zabezpečujúce prísun kyslíka a živín do miest, kde prebieha hojenie tento proces urýchľujú. Priaznivý priebeh hojenia rany, či už akútnej alebo chronickej, významnou mierou závisí od nutričného stavu pacienta. Podľa Kohouta (2004, s.31) je viac ako 20 - 40 % pacientov prijímaných do nemocničných zariadení malnutričných, pričom najviac ohrození sú starší pacienti a malé deti. Ešte viac ohrozenou skupinou sú kriticky chorí pacienti, ktorí sú už od prvých hodín vzniku svojho ochorenia ohrození katabolizmom. V priebehu hospitalizácie sa stav nutričie môže zhoršiť v súvislosti s primárnym ochorením, ale omnoho častejšou príčinou je oneskorená diagnostika včasných štádií malnutričie, ktorá najčastejšie súvisí s malým záujmom o problematiku výživy pacienta a s ekonomickými možnosťami zdravotníckeho zariadenia. Vzhľadom na to, že malnutričia súvisí s vyšším množstvom komplikácií, predĺžením doby hospitalizácie a zvýšenou mortalitou, je potrebné venovať tejto problematike náležitú pozornosť (Kohout, 2004, s.31). Pre pacienta môže nedostatočná výživa znamenať z hľadiska metabolizmu prechod do katabolizmu, ktorý je spojený s množstvom komplikácií a vo vzájomnej kombinácii vytvára veľmi nepriaznivé podmienky pre hojenie rán. Organizmus má počas katabolizmu iné starosti, snaží sa zachrániť, čo sa dá a na hojenie rán v danom momente „nemá čas ani energiu“ (Grofová, 2007, s. 7). Operačný výkon tiež predstavuje traumu sprevádzanú stresovou reakciou úmernou rozsahu a dĺžke trvania výkonu. Pri stresovej reakcii dochádza k mobilizácii energetických a stavebných látok potrebných na hojenie a celkovú rekonvalescenciu. Stres u malnutričných pacientov vedie k „autokanibalizmu“, znižuje imunitu, zvyšuje výskyt septických komplikácií, zhoršuje ich priebeh, viazne

rekonvalescencia a celkový efekt profesionálne vykonaného operačného výkonu sa znehodnocuje množstvom komplikácií (Voleková, 2004, s.1). Výživa pacienta je teda jedným z pilierov, na ktorých stojí rýchlosť a priebeh hojenia akútnej alebo chronickej rany. Ak chceme pacienta živiť adekvátne k jeho zdravotnému stavu, mali by sme u neho odobrať **tzv. nutričnú anamnézu a stanoviť nutričné riziko**. Časť pacientov môže mať subklinickú, na prvý pohľad neviditeľnú malnutríciu, ktorú odhalí nutričný screening poukazujúci na potenciálne rizikové faktory. U **nehospitalizovaných pacientov** to môže byť: vek, sociálno-ekonomický status, úmyselná alebo neúmyselná strata váhy. U **hospitalizovaných**: základná a vedľajšie diagnózy, časté diagnostické a terapeutické postupy vyžadujúce obmedzenie príjmu potravy, odmietanie stravy, veľké množstvo liekov, pretrvávajúca teplota (Sekerková a kol., 2000, s.25). Predpokladom adekvátnej nutričnej podpory je teda nutričná anamnéza a nutričný screening odobraný nielen pri prijme pacienta, ale monitorovaný počas celej doby hospitalizácie. Potrebná je pritom spolupráca lekára s ostatným zdravotníckym personálom.

Stav nutričie a nutričného rizika hodnotíme na základe: anamnézy, biochemických, hematologických a imunologických parametrov a antropometrických meraní.

Nutričná anamnéza

Údaje sa získavajú podľa závažnosti poruchy vo výžive a klinickej symptomatológie, pričom ide o tieto informácie:

- stravovacie návyky (množstvo a štruktúra jedál), preferované jedlá, konzumácia nevhodných jedál, nevhodná tepelná úprava jedla,
- zmena telesnej hmotnosti, časový interval, vzťah k príjmu potravy,
- zmena stravovacích návykov vyplývajúca z existujúceho ochorenia,
- gastrointestinálne ťažkosti (hnačky, zápchy, zvracanie), iné problémy,
- vplyv ochorenia na príjem a trávenie potravy,
- možné obmedzenia príjmu potravy (ochrnutie, poruchy prehĺtania, slabosť, stav chrupu, zlá protéza),
- potravinové alergie, intolerancia potravín, obmedzujúce diéty,
- vzťah fyzickej aktivity k príjmu potravín,
- užívanie liekov, vitamínov, minerálnych látok, alkoholu,
- psychosociálne problémy.

Pri **akútnych ochoreniach** je nutričná anamnéza krátkodobá, väčšinou získavame informácie o príjme potravy za posledné hodiny, dni, prípadne týždne. Pri **chronických ochoreniach** získavame informácie súvisiace so stravovaním z posledných mesiacov a rokov (Beňo, 2003, s.40). K rýchlemu zhodnoteniu stavu výživy možno použiť vopred vypracovaný test, ktorého vyplnenie trvá 5 - 10 minút.

Antropometrické merania

Ide o vyšetrenia, ktoré hodnotia stav skeletu, svalovej hmoty a tukových rezerv. Zisťuje sa hmotnosť, výška, BMI, kožné riasy, obvod ramena, pásu a bokov. Pacient môže mať BMI v norme, no napriek tomu môže byť podvyživený. Za patologický pokles hmotnosti sa považuje strata hmotnosti nad 5 % v priebehu mesiaca alebo 10 % za posledný polrok.

Somatické vyšetrenie

Ide o komplexné fyzikálne vyšetrenie zamerané na všetky orgánové systémy, ktorým sa zistí rozsah zmien na jednotlivých orgánoch, pričom možno posúdiť, či sú prejavy malnutričie príčinou poškodenia orgánu, alebo či je poškodenie orgánov príčinou malnutričie (Beňo, 2003, s.42).

Laboratorne vyšetrenie

Syntéza a dostatočná koncentrácia bielkovín je z hľadiska výživy pacienta rozhodujúca, preto pri hodnotení nutričie ako prvé informujú o stave látkovej výmeny bielkoviny. Jedným z najdôležitejších parametrov z bielkovín plazmy je množstvo albumínu, ktorý je dlhodobým ukazovateľom stavu výživy. Ďalšími sledovanými parametrami sú hladina transferínu, kreatínu v krvi a moči a sledovanie dusíkovej bilancie. Aby bola diagnostika malnutričie komplexná, je potrebné vyšetriť aj koncentráciu elektrolytov, kalcia a magnézia a tiež stanovenie hemogramu. Vzhľadom na to, že pri malnutričných stavoch sa často vyskytujú poruchy imunity, je dôležité stanoviť množstvo lymfocytov a vyšetriť základné parametre bunkovej imunity alergologickými kožnými testami (Beňo, 200, s.42).

Výživa a akútna rana

Akútna rana vzniká v dôsledku traumatického poškodenia zdravého tkaniva. K akútnym ranám zaraďujeme poranenia mechanické, traumatické, termické a chemické. Tieto rany sa chovajú inak ako rany chronické a zvyčajne sa hoja per primam v priebehu 2 - 3 týždňov. Rozsiahle či devastujúce poranenia s kontúziou okolitých štruktúr alebo hlbšia popálenina sú síce akútne rany, ale ich hojenie neprebíha ideálne. Zvyknú sa infikovať a hoja sa komplikovane per secundam. Z komplikácii sú v popredí bakteriálna kolonizácia, infekcia s celkovými príznakmi a šírením do okolia, pretrvávajúca zápalová aktivita. Hojivé procesy a imunita sú narušené (Grofová, 2007, s. 151). V rámci akútnych rán majú osobitné postavenie popáleniny so špecifickým prístupom k liečbe už od prvých okamihov vzniku, kedy sa vyžaduje hlavne adekvátny prívod tekutín zabraňujúci popáleninovej chorobe. Popáleniny sú známe vysokými stratami bielkovín a tiež zinku, ktorý treba po odznení akútnej fázy suplementovať. K akútnym ranám radíme aj operačné rany. Každý operačný výkon predstavuje traumu, sprevádzanú stresovou reakciou. Reakcia organizmu na tento stres je ovplyvnená aj nutričným a imunitným stavom pacienta. Nedostatok bielkovín zhoršuje priebeh hojenia rany, môže byť príčinou jej dehiscencie a tiež rozpadu anastomóz.

Výživa a chronické rany

Chronická rana vzniká na podklade patofyziologických zmien v organizme alebo pôsobením vonkajších podnetov na patologicky zmenené tkanivo. Defekty vznikajú najčastejšie v dôsledku ischémie a následnej hypoxie najrôznejšej etiológie, pričom poškodená môže byť koža, podkožie, svaly, kosti. Chronické rany sa hoja prevažne sekundárne a dĺžku hojenia môžeme len ťažko predpokladať. Do tejto skupiny rán patria: vred predkolenia, diabetická noha, exulcerovaný tumor (Janáková, 2006, s. 5). Najtypickejším predstaviteľom chronických rán sú preležaniny.

Preležaniny - dekubity patria k závažným komplikáciám vznikajúcim u 10 – 30 % ležiacich pacientov. U pacientov v kritickom stave môžu vzniknúť v priebehu niekoľkých hodín. Nejedná sa pritom o zanedbanie ošetrovateľskej starostlivosti, ale o nepriaznivú súhrnu faktorov podieľajúcich sa na ich vzniku. Dekubity výrazným spôsobom ovplyvňujú kvalitu života pacienta, zvyšujú riziko komplikácii zdravotného stavu s možnými fatálnymi následkami. V konečnom dôsledku predlžujú a predražujú hospitalizáciu. Znížiť výskyt tejto komplikácie svedčiacej o už i tak zlom zdravotnom stave pacienta môžeme len vtedy, ak pochopíme a pri liečbe zohľadníme multifaktorálny charakter etiopatogenetických faktorov. Vznik dekubitu u pacienta závisí od vzájomnej súhry vonkajších a vnútorných faktorov. Cieľom liečby je minimalizácia vplyvu všetkých faktorov vplyvujúcich na vznik dekubitov a teda multidisciplinárny prístup v terapii (Janáková, 2007, s. 7). Zlý nutričný stav pacienta je jedným z faktorov, ktorý môžeme včas odhaliť a adekvátne liečiť a tým zlepšiť odozvu pacienta na lokálnu terapiu dekubitov. Hojenie rán vyžaduje vyšší príjem energie, proteínov

a specifických mikronutrientov, na základe ktorého možno budovať nové tkanivo. Hladovanie funguje ako imunosupresívum a bez energie a stavebného materiálu sa rana nezahojí. V prípade chronických rán musíme rátať s prolongovaným zápalom, zvýšenou produkciou voľných kyslíkových radikálov a zvýšenými stratami bielkovín, ktoré závisia od množstva exudátu a veľkosti defektu. Z mikronutrientov sú pre hojenie rán významné vitamíny A, E, C, zinok, arginin (Grofová, 2007, s. 151).

Vzhľadom na to, že väčšina pacientov s dekubitmi je malnutričná a nutričná podpora je u nich indikovaná neskoro alebo v nedostatočnom rozsahu, vytvorila pracovná skupina európskych klinických odborníkov odporúčenia pre výživu pacientov so zameraním na prevenciu a liečbu dekubitov. Ich cieľom je poskytnúť lekárom a všetkým, ktorí na liečbe pacienta participujú návod k tomu, ako zhodnotiť nutričný stav pacienta, stanoviť nutričné riziko a následne poskytnúť návod na vhodný spôsob nutričnej podpory. V prípade, že screening odhalí malnutriciu, je nutná spolupráca s nutričnými terapeutmi, ktorí v spolupráci s ošetrovateľským lekárom vypracujú plán vhodných nutričných intervencií. Ich cieľom je úprava proteínovo-energetickej malnutrie a suplementácia špecifických mikronutrientov. V prípade, že nutričné požiadavky pacientov nemožno zabezpečiť bežnou stravou, možno pacientovi podávať prípravky klinickej výživy určené k sippingu alebo k podávaniu sondou (Janáková, 2007, s. 8).

Chronická rana so svojou multifaktorálnou etiológiou predstavuje ošetrovateľský problém, ktorý obvykle presahuje odborné vedomosti, diagnostické a terapeutické možnosti jednej klinickej disciplíny a vyžaduje multidisciplinárny prístup. Cielená nutričná intervencia je preto z medicínskeho aj ekonomického hľadiska aktívnou súčasťou efektívneho komplexného terapeutického prístupu k prevencii a liečbe chronických rán.

Záver

Malnutričia u pacientov v nemocnici znižuje úspešnosť liečby, zhoršuje pooperačný priebeh, zvyšuje výskyt komplikácií vrátane predĺženia hojenia akútnych aj chronických rán. Včasná identifikácia malnutrie a cielej nutričnej intervencie sú z medicínskeho a ekonomického hľadiska neoddeliteľnou súčasťou komplexného prístupu k ich liečbe. Aj napriek určitému pokroku v prístupe k otázkam výživy pacientov sa na Slovensku ešte stále uprednostňujú nutrične neefektívne a nákladné postupy.

Literatúra

- BEŇO, I. (2003) *Náuka o výžive*, 2. vyd. Martin: Osveta, 2003, 141 s. ISBN 80- 8063- 126- 3
- GROFOVÁ, Z. (2007) *Nutriční podpora-Praktický rádce pro sestry*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007, 237 s. ISBN 978- 80- 247- 1868- 2
- JANÁKOVÁ, A. *Obecný úvod do problematiky hojení ran*. (2006). [cit. 2011-06-15]. Dostupné na internete <<http://www.nutriciamedical.cz/download/noviny.pdf>
- JANÁKOVÁ, A. *Výživa jako nedílná součást komplexního přístupu k prevenci a léčbě dekubitů*. (2007). [cit. 2011-06-13]. Dostupné na internete http://www.nutriciamedical.cz/download/ctvrtletni_noviny_2-07.pdf
- KOHOUT, P. a kol. (2004) Malnutrice v nemocnici- epidemiologický průzkum. *In Dni parenterální a enterální výživy*, s.31- 32, 1. vyd. Banská Bystrica: MEN, 2004
- SEKERKOVÁ, Z., a kol. (2000) Nutriční stav starších hospitalizovaných pacientů v nemocnici. *In Dni parenterální a enterální výživy*, s.25, 1. vyd. Banská Bystrica: MEN, 2000
- VOLEKOVÁ, M. (2004) Výživa a operačný výkon. *In Dni parenterální a enterální výživy*, s. 1- 7, 1. vyd. Banská Bystrica: MEN, 2004

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Eva Balogová
Fakulta zdravotnictva SZU so sídlom v Banskej Bystrici
Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
Slovenská republika
Email: eva.balogova@szu.sk

KONCEPČNÍ MODELY A TEORIE VE VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ A V APLIKACI NA PSYCHIATRICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

^{1,2)}Alexandra Archalousová, ²⁾Ivanka Kohoutová, ³⁾Daniel Jirkovský, ⁴⁾Štefanie Andraščíková, ⁴⁾Sylvie Žultáková, ⁴⁾Ljubica Rybárová

¹⁾Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě, Slezská univerzita v Opavě

²⁾Katedra ošetrovatelství a porodní asistence, Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

³⁾Ústav ošetrovatelství, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

⁴⁾Ústav pôrodnej asistencie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Souhrn:

Výuka sester a porodních asistentek zahrnuje kromě odborných dovedností také všeobecné poznatky z oboru ošetrovatelství jako vědní disciplíny. Je proto zaměřena na získání základních vědomostí a dovedností v oblasti paradigma ošetrovatelství. Cílem je naučit se systematickému zhodnocení klientů/pacientů podle vhodně zvoleného koncepčního rámce s naplánováním, realizací a znovu vyhodnocením ošetrovatelské péče. Získat vědomosti a dovednosti v ošetrovatelských koncepčních modelech a teoriích využitelných v ošetrovatelské péči i specificky zaměřené.

Klíčová slova: vzdělávání, výuka, koncepce, model, teorie, ošetrovatelství, praxe, sestra, porodní asistentka, psychiatrické ošetrovatelství

Úvod

V pregraduálním, postgraduálním a celoživotním vzdělávání se sestry a porodní asistentky seznamují s pracemi teoretiček oboru ošetrovatelství, které jsou předmětem paradigmatu ošetrovatelství. Stále častějším jevem je tak využití ověřených modelů či teorií v klinické ošetrovatelské praxi.

Vlastní text

Práce teoretiček ošetrovatelství lze charakterizovat jako evoluční ošetrovatelské teorie z pohledu historického vývoje, dále jako filozofie, ošetrovatelské modely, ošetrovatelské teorie, ošetrovatelské teorie středního rozsahu. Autoři příspěvku se zamýšlejí, které z nich jsou využitelné pro psychiatrické ošetrovatelství. Nejprve shrnují jednotlivé teorie a modely.

Ošetrovatelské teorie a modely v přehledu

Ošetrovatelské teorie z pohledu historické klasifikace

Hildegard E.Peplau

Faye Glenn Abdelah

Ernestine Wiedenbach

Lydia Hall

Virginia Henderson

Joyce Travelbee

Kathryn E.Barnard

Evelyn Adam

Nancy Roper, Winifred W.Logan, Alison J. Tierney

Filozofie

Florence Nightingale: Moderní ošetřovatelství (Modern Nursing)
Jean Watson: Filozofie a věda v péči (Philosophy and Science of Caring)
Marilyn Anne Ray: Teorie byrokratické péče (Theory of Bureaucratic Caring)
Patricia Benner: From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice)
Kari Martinsen: Filozofie péče (Philosophy of Caring)
Katie Eriksson: Teorie péče (Theory of Caritative Caring)

Modely ošetřovatelství

Myra Estrin Levine: Konzervativní model
Martha E. Rogers: Univerzálního lidského bytí
Dorothea E. Orem: Deficit se péče (Self-Care Deficit Theory of Nursing)
Imogene King: Interakčních systémů
Betty Neuman: Systémový model
Sister Callista Roy: Adaptační model
Dorothy E. Johnson: Behaviorální systémový model
Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: Ošetřovatelství a péče: Model pro transformaci praxe

Teorie ošetřovatelství

Ida Jean Orlando: Teorie ošetřovatelského procesu. Interakční dynamický proces
Nola J. Pender: Model prevence zdraví
Madeleine Leininger: Teorie kulturní péče
Margaret A. Newman: Zdraví
Rosemarie Rizzo Parse: Stávati se lidským
Helen C. Erickson, Evelyn M. Tomlin, Mary Ann P. Swain: Modeling a role modelingu
Gladys L. Husted, James H. Husted: Symfonologicko bioetická teorie
Střední teorie ošetřovatelství
Ramona T. Mercer: Přijetí mateřské role – stávati se matkou

Ošetřovatelské teorie a modely se liší. Základním rozlišením je úroveň abstrakce. Konceptní model je abstraktním systémem příbuzných koncepcí. Teorie je založena na konceptním modelu, svým rozsahem je omezená. Většina oborů má jediné metaparadigma, ale více konceptních modelů. Každý konceptní model může mít několik teorií. Každý pojímá jiné chápání koncepce metaparadigmatu (člověka, zdraví, prostředí, ošetřovatelské činnosti). Zastánci různých modelů mohou používat stejné pojmy, ale v některých oblastech vidí různé věci v různých vzájemných vztazích. Tito zastánci určitého konceptního modelu tvoří subkulturu nebo společenství odborníků v rámci oboru. Konceptní model mapuje a třídí činnost svých zastánců a proto odlišuje jednu skupinu výzkumníků, klinických praktiků pedagogů, řídicích pracovníků od druhé.

Ošetřovatelská péče je klientům/pacientům poskytována formou různých služeb a v různých zařízeních. Představa "rámcového" modelu, který by z hlediska celostního ošetřovatelské péče vyhovoval všem (sestrám v praxi, managementu, učitelům, studentům a výzkumu) začala v 90. letech minulého století nabývat na důležitosti a aktuálnosti. Dnes po dvaceti letech se ukazuje výraznější pluralita ve výběru a použití konceptních modelů a teorií. Nyní v období snižování nákladů, zajišťování kvality péče, konceptních změn, zůstává stále otevřená v klinické praxi. *Standardní ošetřovatelský model* nepředstavuje podrobně standardizovaný interpersonální přístup k hodnocení nebo analýze a syntéze získaných informací. Rovněž

neznamená, že by profese měla mít podrobně standardizované pojetí cílů péče a interakcí sestra-pacient/klient. Přestože různost a odlišnost je základní zásadou a právem, na konkrétní úrovni v praxi (z důvodu kvality) musí být určitá jednota. Kde je hranice jednotného přístupu. Při řízení praxe, která má vědecký základ (teorii a metodu) by měla být také respektována pluralita a na druhé straně je určitá jednota přístupu velmi důležitá. Ale či teorie a model jsou ty správné?

Závěr

Každý klient/pacient si minimálně zaslouží, aby sestra/porodní asistentka adekvátně zhodnotila jeho zdravotní stav tak, že na základě systematického postupu vytipuje jeho nejdůležitější aktuální nebo potenciální problémy, které je nutné řešit. Systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta musí obsahovat takovou strukturu modelu, která je sestavena na základě velmi důkladného promyšlení všech souvislostí a důsledků. V každé teorii i modelu lze uplatnit a aplikovat myšlenku do vhodného klinického prostředí. Pokud zvolíme standardní postup, potom navržená standardní struktura modelu musí být průběžně vyhodnocována všude, kde se používá. Ošetřovatelská profese nese odpovědnost za sestavení takového modelu, který je efektivně a účelně aplikován na zdravého i nemocného člověka s ohledem na priority klinického oboru ošetřovatelství nevyjímaje psychiatrického.

Literatura

ARCHALOUSOVÁ, A.: *Přehled vybraných ošetřovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. ISBN 80-86225-33-X.
FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Ošetřovatelství – teoria*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086.
KIM, H.S, KOLLAK, I.: *Nursing Theories. Conceptual and philosophical foundations*. New York: Springer Publishing Comons, 1999. ISBN 0-8261-1287-0.
KOZIEROVÁ, B. a kol.: *Ošetřovatelství*, 1.díl. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
Mc EWEN, M., WILS, M.E.: *Theoretical Basis for Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins, 2002. ISBN 0-7817-2664-6.

Kontaktní adresa:

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství FVP Slezská univerzita v Opavě
Hauerova 4
746 01 Opava
Email: alexandra.archalousova@fvp.slu.cz

MULTIDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA DETSKEJ DOMÁCEJ HOSPICOVEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

Zuzana Karabová, Ľubica Ilievová

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

Súhrn:

Príspevok sa venuje analýze spolupráce rodiny nevyliciteľne chorého dieťaťa s multidisciplinárnym tímom detskej domácej hospicovej starostlivosti, ktorú na území Slovenskej republiky poskytuje Plamienok n.o..

Kľúčové slová: *dieťa, rodič, multidisciplinárny tím, domáca hospicová starostlivosť*

Úvod

Multidisciplinárny tím detskej domácej hospicovej starostlivosti sa stará o nevyliciteľne choré deti, ktorých život nie je možné zachrániť. Ponúka týmto deťom možnosť prežiť život doma v kruhu svojich najbližších. Aby pomoc detskej domácej hospicovej starostlivosti bola účinná, deti, rodičia a pracovníci multidisciplinárneho tímu si musia navzájom vybudovať dôverný vzťah a spolupracovať. Vytvorenie dôvery má veľkú hodnotu pre vzájomnú spoluprácu.

Vlastný text

Paliatívna starostlivosť predchádza a zmierňuje utrpenie dieťaťa, zlepšuje kvalitu jeho života a neskôr aj zomieranie. Personál musí poznať a byť pripravený implementovať paliatívnu starostlivosť, podporu a symptómový manažment pre deti a rodičov, ktorí predchádzajú významnými životnými krízami. Tímový prístup zmierňuje fyzické, psychosociálne, emocionálne a spirituálne utrpenie dieťaťa a rodiny, predchádza a zmierňuje fyzickú bolesť a trápenie dieťaťa a zmierňuje existencionálne utrpenie rodiny (Catlin, Carter, 2002, s. 184). Efektívna paliatívna starostlivosť zahŕňa predvídanie potenciálnych problémov a plánovanie intervencií vopred (Goldman et al., 2006, s. 19).

Detský hospic Plamienok n.o. je zdravotnícke zariadenie, ktoré sa na území Slovenskej republiky špecializuje na liečbu a pomoc smrteľne chorým deťom a rodinám priamo v domácom prostredí. Domov má pre každého z nás veľkú hodnotu. Je to prirodzené miesto, kde žijeme a môžeme aj zomierať, kde sa radujeme, ale naopak aj smútime. V detskom hospici Plamienok je na prvom mieste dobro dieťaťa a jeho potreby. Dieťa si samo určuje, čo je preň dobré, respektíve to určujú jeho rodičia (Jasenková, 2005, s. 21).

Pacientom detského hospicu môže byť dieťa do 18 rokov s akoukoľvek diagnózou, ktorú lekári jednoznačne označujú za neliečiteľnú a ktorá zároveň ohrozuje a skracaje život dieťaťa (Jasenková, 2005, s. 21).

Kritéria prijatia dieťaťa do detskej hospicovej starostlivosti:

- život predlžujúca liečba bola ukončená
- dieťa si želá pobyt v domácom prostredí a rodičia s týmto pobytom súhlasia
- rodičia musia byť schopní starať sa o dieťa 24 hodín denne
- lekársky tím stanovil diagnózu smrteľnej nevyliciteľnej choroby a súhlasí, že pobyt dieťaťa v domácom prostredí je v jeho najlepšom záujme a zlepší kvalitu jeho života

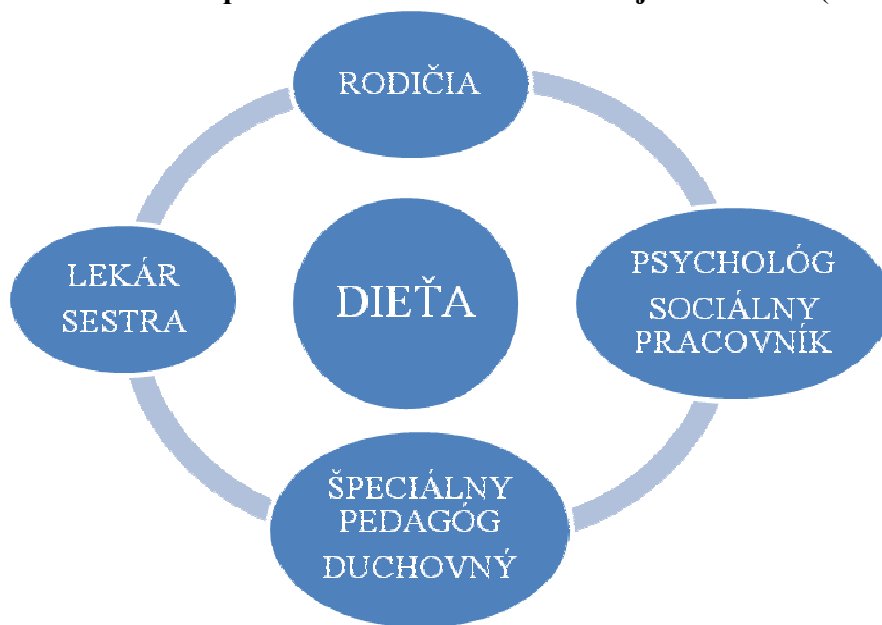
- rodičia podpísali informovaný súhlas so starostlivosťou hospicu (Jasenková, 2005, s. 37).

Aby pomoc detskej domácej hospicovej starostlivosti bola účinná deti, rodičia a multidisciplinárny tím si musia navzájom vybudovať dôverný vzťah. Vybudovanie dôverného vzťahu si vyžaduje určitý čas. Dostatok času zároveň dáva priestor lepšie sa na stresujúce chvíle odchodu dieťaťa a na život po jeho strate pripraviť. Čím plnšie a kvalitnejšie dieťa žije, tým ľahšie sa zvláda život po úmrtí dieťaťa. Kvalita života rodičov pred úmrtím významne ovplyvňuje dĺžku smútenia. V najlepšom záujme väčšiny zomierajúcich detí je zahájenie domácej hospicovej starostlivosti skôr než v terminálnej fáze choroby (Jasenková, 2005, s. 21). Dieťa aj rodič majú právo poznať pravdu o blížiacej sa smrti. Nádej dieťaťa a jeho blízkych je spojená s pravdou o sebe, ktorú spoznávajú. To im môže pomôcť prijať situáciu a zmieriť sa s ňou, zmieriť utrpenie a naplniť svoje životy hodnotami, ktoré im prinášajú naplnenie (Jasenková, 2005, s. 36). Členovia multidisciplinárneho tímu, pacienti a ich rodina často vytvárajú určitú spoločnú väzbu (Forman et al., 2003, s. 15).

Multidisciplinárny tím detskej domácej hospicovej starostlivosti (lekár, sestra, psychológ, sociálny pracovník, špeciálny pedagóg, duchovný) hľadajú vzájomne spôsoby ako zlepšiť kvalitu života dieťaťa a jeho rodiny, ako dosiahnuť to, čo sa považuje za dobré (Jasenková, 2005, s. 24).

Multidisciplinárny tím dochádza za deťmi a ich rodinami domov v regióne cca 150 km od Bratislavy. Služby poskytuje 24 hodín denne, 7 dní v týždni. Rodičia aj deti majú možnosť telefonickú konzultáciu v ktorúkoľvek nočnú aj dennú hodinu (Jasenková, 2005, s.24).

OBR. 1:Kooperácia multidisciplinárneho tímu s dieťaťom a jeho rodičmi (vlastný zdroj)



Multidisciplinárny tím úzko spolupracuje s rodičmi dieťaťa, ale aj s prihliadnutím na vek a vývinové obdobie dieťaťa so samotným dieťaťom (Jasenková, 2005, s. 39). Práve rodičia dieťaťa často krát rozhodujú o liečebnom postupe, ktorý prináša dieťaťu najväčší úžitok. Časť návštev sa plánuje vopred, ale ak to vyžaduje zdravotný, alebo psychický stav dieťaťa a jeho blízkych, návšteva sa uskutočňuje ihneď (Jasenková, 2005, s. 39). Lekári a sestry multidisciplinárneho tímu sa špecializujú na liečbu telesných, ale aj duševných ťažkostí smrteľne chorých detí v ich domácom prostredí. Zameriavajú sa predovšetkým na symptómový manažment (bolesť, dyspnoe, nauzea, zvracanie, hnačky, obštipácie, infekcie

a dekubity). Lékaři a sestry poskytují aj v domácím prostředí kvalitní odbornou starostlivost'. Nutnost hospitalizace dítěte a v nemocničním prostředí je zriedkavá (napr. indikácia k aplikácii transfúzných prípravkov). Tímová spolupráca dieťaťa, rodičov a multidisciplinárneho tímu detskej hospicovej starostlivosti je určitým predpokladom úspešnej liečby, aby lekári a sestry vedeli zvoliť čo najvhodnejší liečebný postup. Dôležité sú podrobnosti, aké ťažkosti dieťa trápia, po ktorom lieku prišlo u dieťaťa k úľave, pociťuje dieťa strach, úzkosť, alebo bolesť (Jasenková, 2005, s.10). V rámci multidisciplinárnej spolupráce s lekármi a sestrami úzko spolupracuje psychológ. Psychológ by mal byť človek talentovaný a vzdelaný v tejto problematike. Psychologické problémy zomierajúcich detí a ich rodín sú iné ako problémy rodín, v ktorých zomiera dospelý človek. Úloha sociálneho pracovníka v rámci multidisciplinárnej spolupráce sa zameriava na pomoc rodine najmä čo sa týka finančného zabezpečenia. Takmer vo všetkých rodinách, v ktorých zomiera dieťa, finančne zabezpečuje rodinu len jeden rodič. Druhý je s dieťaťom doma. Mnohé z rodín okrem iného bojujú aj s finančnými problémami, pretože výdavky na takého dieťa sú vysoké a zárobky väčšiny obyvateľstva nie sú veľké. V stresových situáciách je pre týchto rodičov problematické zistiť a vybaviť sociálnu podporu, ktorá by im od štátu mohla prináležať. V rámci starostlivosti sa sociálny pracovník zaujíma aj o celkovú situáciu rodiny a problémy. Ako napríklad návšteva školy resp. individuálne vzdelávanie dieťaťa, bytové problémy (nutnosť prestavby bytu/domu na vytvorenie bezbariérového prístupu do kúpeľne pri dlhodobom používaní invalidného vozíka) o problémy pri komunikácii s úradmi, vzťahy so širšou verejnosťou. Sociálny pracovník, ktorý by sa snažil im pomôcť, je preto opodstatnenou súčasťou tímu. Špeciálne pedagogická starostlivosť je špecifikom detskej paliatívnej starostlivosti. Zomierajúce dieťa má právo na rozvoj svojej osobnosti, na vzdelávanie, rozvoj tvorivosti spôsobom, ktorý odpovedá jeho možnostiam a potrebám. Práve špeciálni pedagógovia sú jedni najobľúbenejších osôb, ktorí dokážu zaujať a odohnať nudu a neraz sú to oni, ktorí o deťoch vedia najviac. Súčasťou multidisciplinárneho tímu je aj duchovný samozrejme podľa prania a vierovyznania rodiny. Mal by to byť človek, ktorého životné poslanie je slúžiť týmto rodinám, ktorý sa im dokáže priblížiť aj na ľudskej úrovni a dokáže ich nenásilne duchovne sprevádzať (Jasenková, 2002, s.3).

Starostlivosť o dieťa, ktorého zdravotný stav sa postupne zhoršuje, je vždy ťažká a namáhavá. Ak by rodina mala pocit, že záťaž je neúnosná, môže požiadať o nemocničnú starostlivosť'. V prípade úmrtia dieťaťa v nemocničnej starostlivosti, čas ktorý dieťa strávilo doma má hlboký zmysel (Jasenková, 2005, s. 27).

Všetky služby vrátane zapožičiavania zdravotníckeho materiálu taktiež zdravotníckych prístrojov (odsávačky, antidekubitné pomôcky, kyslík) hospic poskytuje bezplatne (Jasenková, 2005, s. 39).

Detský hospic Plamienok vydal samotnú publikáciu pre smútiacich rodičov Pomáhame žiť a radovať sa, zomierať a smútiť, ktorá sa zaoberá smútením a životom po strate dieťaťa. Život po strate dieťaťa je ťažký, plný bolesti a smútku. Osudy mnohých, ktorí sa nebránili smútku a neunikali bolesti, a ktorí sa rozhodli bojovať a trpezlivo prejsť procesom smútenia, dávajú nádej, že je možné radosť v živote opäť nájsť. Bolesť nemožno odstrániť, možno ju však zdieľať, sprevádzať na bolestnom úseku cesty. Sprevádzanie na bolestnom úseku cesty možno individuálnymi pohovormi, telefonátmi, mailmi, diskusnými skupinami, listami, návštevami, stretnutia svojpomocných skupín smútiacich rodičov. Len ten, kto prežil smrť vlastného dieťaťa, vie pochopiť, čo táto strata do života prináša. Mnohí hovoria, že bolesť a trápenie po úmrtí sú horšie než počas choroby a zomierania. Prežitá bolesť ľudí spája. Ľudia, ktorým zomrelo dieťa, dokážu si navzájom poradiť, ako sa učiť žiť s bolestnou stratou. Dokážu nielen

počúvať, ale aj vysloviť to správne slovo v situácii, keď druhí nevedia, čo povedať, dokážu vycítiť, kedy mlčať a zdieľať bolesť vlastnou prítomnosťou. Hovorí sa, že smútok je záhradou súcitu. Byť členom svojpomocnej skupiny umožňuje prežívať okamihy blízkosti v období, ktoré je naplnené osamelosťou, dáva možnosť podporu nielen prijímať, ale aj dávať, a to rôznou mierou v rôznych etapách smútenia. Pocit, že mi konečne niekto rozumie, že je so mnou na jednej lodi, môže priniesť veľa úľavy. Na druhej strane pocit, že prežítá bolesť mi umožňuje pomáhať druhým, môže prinášať veľké naplnenie (Jasenková, 2005, s. 20). Stretnutí svojpomocnej skupiny sa môžu zúčastniť všetci, ktorým bolo dieťa blízke a ktorí cítia potrebu pozornosti a porozprávať sa a podeliť sa o svoje skúsenosti s ľuďmi s podobným osudom. Môžu prísť nielen rodičia a deti, ale aj starí rodičia a iní príbuzní. Pre deti je zabezpečený celodenný dozor a pripravený aj osobitný program – hry, tvorivé aktivity (Jasenková, 2005, s. 20).

Detský hospic Plamienok založil v roku 2011 denné centrum pre rodiny po strate dieťaťa, kam môžu prísť všetci, ktorí potrebujú ľudskú, ale aj odbornú pomoc.

Záver

Postoj rodiny k hospicovej starostlivosti môže byť rôzny. Väčšina rodín časom akceptuje fakt terminálneho stavu svojho dieťaťa a rozhodne sa pre spoluprácu s detským hospicom. Avšak niektoré rodiny ani časom neakceptujú fakt terminálneho stavu dieťaťa a rozhodnú sa pre alternatívnu liečbu. Stav dieťaťa napriek alternatívnej liečbe môže naďalej progredovať a život dieťaťa sa končí úmrtím. Detská domáca hospicová starostlivosť odovzdáva veľké hodnoty, ale aj veľké hodnoty dostáva.

Literatúra:

- CATLIN, A., CARTER, B. (2002) Creation of a Neonatal End-of-Life Palliative Care Protocol. *Journal of Perinatology*, 2002, roč. 22, s. 184, ISSN 0743-8346.
- FORMAN, W. B. et al. (2003) *Hospice and Palliative care Concepts and Practice*, 2.vyd. London: Jones & Bartlett Learning, 2003, 15 s. ISBN 0-7637-1566-2.
- GOLDMAN, A., HAIN, R., LIBEN, S. (2006) *Palliative Care for Children*, 1. vyd. New York : Oxford University Press, 2006, 19 s. ISBN 0-19-852653-9.
- JASENKOVÁ, M. (2005) *Ako žiť spolu až do konca*. 1.vyd. Bratislava : Cicero, 2005, 30 s. ISBN 80-969462-1-8.
- JASENKOVÁ, M. et al. (2005) *Pomáhať žiť a zomierať, radovať sa a smútiť*. 1.vyd. Bratislava : Cicero, 2005, 44 s. ISBN 80-969-428-6-7.
- JASENKOVÁ, M. *Paliatívna starostlivosť v detskom veku*. Marec. 2002 [cit. 2001-06-20]. Dostupné na: www.hospice.sk/hospice1/data/ps.rtf.

Kontaktná adresa:

Mgr. Zuzana Karabová
Doc. PhDr. Ľubica Ilievová PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Email: zuzana.karabova@truni.sk, ilievova.lubica@truni.sk

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE PŘI NÁCVIKU AUTOKATETRIZACE U KLIENTŮ PO SPINÁLNÍM TRAUMATU

Alena Kyselová, Iva Marková
Centrum Paraple o.p.s.

Souhrn:

Pro nácvik autokatetrizace je důležitá úzká spolupráce klienta, zdravotní sestry a ergoterapeuta. Naším cílem je zvolit maximálně vhodný způsob vyprazdňování klienta po míšním traumatu, a to vzhledem k výšce léze a zbylému funkčnímu potenciálu. Rádi bychom Vás seznámili, jakým způsobem nácvik autokatetrizace v Centru Paraple probíhá (postupy, pomůcky) a přiblížili Vám role jednotlivých odborností, které se na nácviku podílejí.

Klíčová slova: katetrizace, autokatetrizace, zdravotní sestra, ergoterapeut, vyprazdňování, míšní léze

Úvod

Nácvik autokatetrizace je součástí péče o klienty v sociálně - rehabilitačním programu Centra Paraple. Na nácviku katetrizace spolupracují klient, ergoterapeut a zdravotní sestra.

Vlastní text

S nácvikem autokatetrizace začínáme co nejdříve po příjezdu klienta do Centra Paraple. Klient musí s nácvikem souhlasit a měl by mít doporučení ošetřujícího urologa. Pro nácvik musí být splněny tyto předpoklady: dobrá celková kondice, funkční potenciál horních končetin, volně průchodná močová trubice a dostatečná informovanost. Nejdříve si s klientem stanovíme společné cíle, kterých chceme dosáhnout. Cílem klienta je zvládnout samostatnou nebo asistovanou intermitentní katetrizaci, a tím zvýšení soběstačnosti a zlepšení kvality života. Cílem sestry a ergoterapeuta, je nalezení vhodné strategie vyprazdňování močového měchýře, vzhledem k výšce léze a zbylému funkčnímu potenciálu klienta.

Úkolem zdravotní sestry je seznámit klienta s anatomii a fyziologií močových cest, se zásadami správné péče o močové cesty, ale také se správným postupem katetrizace, který mu ukáže na cvičném modelu. Dále poskytuje poradenství při získávání vhodných pomůcek (močové katetry, inkontinenční pomůcky a doplňky). Při nácviku zakládáme klientovi tzv. mikční kartu, do které si zaznamenává příjem tekutin, nutkání na močení, množství vycévkované moče a úniky.

Úkolem ergoterapeuta je seznámit klienta se strategiemi katetrizace (otevření obalu katétru, úchop katétru, způsob zavedení, umístění dalších kompenzačních pomůcek pro autokatetrizaci, uklid pomůcek) a s kompenzačními pomůckami a jejich používáním. Dále zajišťuje nácvik bADL- oblékání a svlékání, posuny pánve, manipulace s dolními končetinami, úprava oděvu, výměna inkontinenčních pomůcek a hygiena. Cílem je nalézt společně s klientem vhodnou strategii katetrizace – lze rozdělit na jednotlivé fáze s různým stupněm asistence - stupňování aktivity, problem solving approach.

Při nácviku katetrizace jsou velmi důležité zásady péče o močové cesty, kdy dbáme na dodržování pravidelných intervalů vyprazdňování močového měchýře, traumatickou katetrizaci, stanovení a dodržování hygienických návyků a pitného režimu. Dále jsou důležité pravidelné kontroly u urologa – urodynamické vyšetření, medikace a včasná léčba uroinfektu.

Při nácviku se zaměřujeme na oblasti, které jsou pro zvládnutí katetrizace důležité. Patří mezi ně vhodná volba pomůcek (obr. 1 a 2) a dobře zvolený a upravený oděv (obr. 3) (kalhoty na gumu, prodloužený zip), a také typ plenkových kalhot.

Před katetrizací probíhá nácvik otevírání obalu katétru (obr. 4) (je vhodné, aby se klient naučil již před samotným nácvikem), správné uchopení katétru (bez pomůcky/ s pomůckou) a vyndání katétru z ochranného obalu. Poté probíhá samotný nácvik katetrizace v sedě a v leže. Kontrolní metodou je pro nás Bladder scan (obr. 5), který nám dává zpětnou vazbu o účinnosti nácviku.

Při katetrizaci dbáme také na frekvenci jednotlivých nácviků, která probíhají každý den, a to 1x denně v rámci nácviku ADL s ergoterapeutem, 2x denně s interní zdravotní sestrou a 2–3x denně s externí zdravotní sestrou.

Obr. 1 Pomůcky pro muže



Obr. 2 Pomůcky pro ženy



Obr. 3 Úprava oděvu



Obr. 4 Otvírání obalu katétru



Obr 5 Bladder scan



Závěr

Nácvik katetrizace a její zvládnutí výrazně zvyšují soběstačnost a kvalitu života klienta. V této práci jsme chtěli poukázat na to, jak může být komplexně pojata tato problematika.

Kontaktní adresa:

Bc. Alena Kyselová

Mgr. Iva Marková

Centrum Paraple, o.p.s.

Ovčárská 471

108 00 Praha 108

Email: kyselova@paraple.cz, markova@paraple.cz

CENTRA AMELIE A SYSTÉM PRÁCE S ONKOLOGICKY NEMOCNÝMI A JEJICH BLÍZKÝMI

Michaela Čadková Svejková
Amelie, o.s., Centrum Amelie, Praha

Souhrn:

Představení organizace Amelie o.s. a jejího systému práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými.

Klíčová slova: *Amelie o.s., centrum Amelie, onkologicky nemocný, blízký onkologicky nemocného, psychosociální pomoc, cílená podpora, dobrovolnictví*

Úvod

Amelie je občanské sdružení, které se již pět let aktivně zaměřuje na pomoc onkologicky nemocným a jejich blízkým. Obsahem pomoci jsou jak komunikační a medializační aktivity, tak přímá práce s klientem. A právě pro aktivity přímé práce byla založena Centra Amelie, která nabízejí ucelený program psychosociální pomoci pro dospělé onkologicky nemocné a jejich blízké.

Vlastní text

Centra Amelie jsou založena v Praze, Olomouci a Rakovníku, přičemž cílem organizace je zajistit centra v každém kraji České republiky. Nabídkou center je vždy aktivizace, setkávání a sdílení, podle možností jednotlivých regionů je pak dále rozšiřována. Nabídka je omezena na cílovou skupinu dospělých onkologicky nemocných a jejich blízkých, tedy bez omezení typem nádorového onemocnění či tím, že jsem sám nemocný. Služby vždy poskytuje odborník či pracovník/lektor pod odbornou garancí. Odbornost v Amelii je zaštitěna celým týmem odborníků zajišťujících aktivity Amelie. Všichni se podílí na vypracovávání a zdokonalování společných pracovních metodik a interních pravidel, podle kterých se služba řídí. V týmu je lékař, psycholog, terapeut, sociální pracovníci, metodik sociálních služeb a metodik dobrovolnictví. Pracovníci/lektori jsou sami odborníky na vlastní obor, ve kterém pracují, jsou však zároveň odborně vedeni v duchu poskytování odborné pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým a to se všemi specifiky pro tuto klientelu.

Snaha o poskytování odborné a profesionální pomoci vede k tomu, že byly v pilotním programu registrovány první sociální služby specificky pro onkologicky nemocné a jejich blízké. Jedná se o služby odborného sociálního poradenství a aktivizační služby pro zdravotně postižené a seniory, které jsou poskytovány v Centru Amelie v Praze. Zkušenosti z tohoto procesu jsou pak volně aplikovány do dalších poskytovaných služeb Amelie i v dalších regionech.

Vzhledem k tomu, že postup rozvoje pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým mimo instituce zdravotnických zařízení není jednoduchý a také vzhledem k finanční situaci obecně, se Amelie, o.s. před celoplošným pokrytím Centry stará o základní dostupnost pomoci zajištěním telefonické a e-mailové komunikace. Tato nízkoprahová služba, která umožňuje i zcela anonymní konzultaci je tak dostupná všem, kdo mají telefon či e-mail a mohou se jejich prostřednictvím obracet na odborníky Amelie. Kontakt je 739 004 333 a poradna@amelie-os.cz.

Kromě profesionální služby v Centrech zajišťuje Amelie, o.s. i akreditovaný dobrovolnický program v nemocnicích. Jedná se o onkologickou kliniku VFN v Praze na Karlově náměstí a Onkologickou kliniku ve FN v Olomouci. Amelie má vypracován vlastní vzdělávací modul pro dobrovolníky, kde jim zprostředkovává dostatečné informace a zázemí pro práci s cílovou skupinou v prostředí nemocnic i mimo ně. Tolik k aktivitám Amelie obecně.

Dále představme specificky nabídku služeb v Centrech Amelie. Ty se snaží pokrýt potřeby jak onkologicky nemocných, tak jejich blízkých a to v různých fázích průběhu onemocnění – během průběhu diagnostiky, ve chvíli sdělení diagnózy, v průběhu léčby, po léčbě – v období remise onemocnění, kdy se ještě projevují různé doprovodné příznaky, komplikace či následky léčby, v období recidivy onemocnění i v průběhu doprovodu do konce života u nemocného spějícího ke smrti. Cílem Amelie není provázení klienta v celém průběhu procesu onemocnění, jak je výše popsáno, ale podpora ve chvíli, kdy to klient potřebuje. Výsledkem této profesionální a cílené podpory je pomoc k rychlému návratu do běžného prostředí klienta a k běžným aktivitám, které provádí. Zjednodušeně řečeno Amelie chce, aby klient co nejdříve z jejích služeb odešel, protože je již nepotřebuje - samozřejmě tam, kde to je možné a bezpečné.

Co je dále specifické pro poskytování níže uvedených služeb je nejen v ucelenosti nabídky, ale také ve filosofii služby. Ta má, navzdory nepříliš pozitivně přijímanému vymezení cílové skupiny, jako hlavní hodnoty přinášet radost a krásu, respekt, naději a tvořivost. Hodnoty se prolínají veškerými aktivitami a všichni pracovníci, dobrovolníci i lektori mají chuť přinášet tyto pozitivní hodnoty mezi klienty, kterým to je v tíživé situaci zapotřebí.

Mezi prostředky této cílené podpory klientů patří:

- a) individuální konzultace face to face v centrech Amelie, e-mailem nebo telefonicky
- b) odborné sociální poradenství v Centru Amelie nebo e-mailem
- c) aktivizační skupinové nebo individuální programy v Centrech Amelie
- d) klubové tzv. „klientské“ aktivity zaměřené na sdílení a setkávání
- e) dobrovolnictví

Individuální konzultace v Centru je individuální rozhovor s psychoonkologem, tj. odborníkem, který je nad rámec své odbornosti obeznámen navíc i s psychoonkologickou problematikou. Konzultace může být jednorázová nebo opakovaná, podle individuální potřeby. Cílem konzultace je napomoci v orientaci v nové či déle trvající situaci, podání informací a zprostředkování kontaktů na navazující instituce a služby či podání informací o aktivitách a fungování Amelie, o.s.. Tento typ služby je v anonymní formě poskytování i po telefonu či e-mailem.

Pod odborným sociálním poradenstvím se ukrývá individuální rozhovor se sociální pracovnící - jednorázový nebo opakovaný, s cílem pomoci klientovi s řešením problémů v sociální oblasti, osvětlení otázek a podpora při prosazování práv a zájmů. Tato odborná služba může zahrnovat i možnost konzultací po e-mailu.

Pod aktivizačními skupinovými a individuálními programy se skrývají různé aktivity, zpravidla opakující se a vedené s cílem nabídnout aktivitu, která napomůže k udržení či znovunastolení schopnosti klienta být aktivní, tvůrčí, schopný plánovat a plnit své cíle. Je to směs tvůrčích sebepožitekových aktivit, aktivit vedoucích k uvolnění či naopak vnitřnímu posílení. Aktivity nenahrazují běžně dostupné dílny, které si může klient nakupovat jinde, jako vzdělávací či volnočasové aktivity. Jedná se například o pohybovou či divadelní dílnu, práci se slovem, meditace, relaxace, výtvarnou sebezkušenostní dílnu, zdravé vaření apod.

Klubové tzv. “klientské” aktivity jsou volně strukturované aktivity, které se pod vedením terapeutů či klientů samotných zaměřují na setkávání a volné sdílení informací, prožitků. Aktivitami tohoto typu jsou “Čajovna” či “Kruh”.

A posledními zmíněnými aktivitami center jsou dobrovolnické aktivity. Jedná se o aktivity přímo v centrech, spojené s provozem centra, vedením aktivit, administrativní či technickou podporou. Jako dobrovolníci se tak mohou realizovat i sami klienti, pokud k tomu mají chuť, předpoklady a chtějí nějak zúročit nabyté zkušenosti či jen pomoci jiným.

Závěr

Co dodat závěrem? Aktivity jsou v rámci registrace a možností Amelie nabízeny bezplatně. Každé centrum Amelie (Olomouc, Praha, Rakovník) má různou nabídku aktivit, která je vždy na měsíc dopředu aktualizována a zveřejňována. Centra jsou otevřena i v rámci nabídky benefičních a kulturních akcí.

Kontaktní adresa:

Michaela Čadková Svejková
Centrum Amelie Praha
Šaldova 15
186 00 Praha 8 - Karlín
Email: amelie@amelie-os.cz

SOCIÁLNÍ PRÁCE NA ONKOLOGICKÉ KLINICE A V AMELII, o.s.

Šárka Slavíková

Amelie, o.s., Oddělení sociální FN Motol

Souhrn:

Srovnání práce sociální pracovnice s onkologickým pacientem na Radioterapeuticko-onkologickém oddělení ve FN Motol a v sociální poradně Amelie, o.s.

Klíčová slova: *Sociální práce, onkologická klinika, Amelie, o.s., onkologicky nemocný, příbuzní a blízcí onkologicky nemocných, sociální pracovnice, sociální poradenství, kvalita života*

Úvod

Sociální práce s onkologicky nemocnými v nemocnici i mimo ni je důležitou součástí podpůrné komplexní péče o onkologicky nemocné a jejich příbuzné či blízké. Samotné nastavení sociálně zdravotního systému, současná legislativa a chystaná úsporná opatření v těchto oblastech přináší onkologicky nemocným mnoho těžkostí a zhoršují kvalitu života v průběhu onkologické terapie a i po ní. Sociální práce s touto skupinou nemocných se snaží o zmírnění těchto následků.

Vlastní text

Na onkologicky nemocném, který prochází různými fázemi svého onemocnění, můžeme pozorovat příznaky velké fyzické a psychické zátěže, která ho může uvést do nejistoty a bezradnosti v některých rozhodováních či v jinak běžných činnostech. Sociální pracovnice se snaží pomoci, formou rozhovoru, naslouchání a sociálního poradenství, zlepšit prožívání a překonání této zátěžové situace. Na většině onkologických klinik sociální pracovníci najdeme, ale mnohdy nemá na starost pouze onkologickou kliniku, a proto pracuje převážně s hospitalizovanými pacienty a na ambulancích ji nezastihneme. Mimo nemocnici není mnoho míst, kde by se pacienti mohli cíleně poradit s odborníky na sociálně-zdravotní problematiku při svém onemocnění. Pacientské organizace poskytují pomoc a poradenství za pomoci laických terapeutů a formou sdělování si osobních zkušeností. Proto v Centru Amelie v Praze poskytujeme odborné sociálně-zdravotní poradenství pro onkologicky nemocné a jejich blízké. Sociální poradenství poskytujeme emailem, telefonicky a osobně po objednání. Konzultace bývají jednorázové i opakované a sociální poradenství je dle zákona o Sociálních službách poskytováno bezplatně.

Na sociální práci s touto skupinou nemocných můžeme spatřovat několik pohledů, které se liší profesí a vztahem k pacientovi. Vedení nemocnice obvykle na prvním místě požaduje po sociálních pracovnicích, aby zajistili lůžko následné pro onkologické pacienty, jejichž hospitalizace již není nutná, aby se dále neprodrazovala. Lékaři rovněž potřebují od sociálních pracovnic, aby pro pacienty našli místo k překladači či zajistili o ně péči doma, aby měli volná lůžka k léčbě dalších potřebných nebo, aby vyřešili problémy, které pacientovi v léčbě brání. Příbuzní a blízcí pacientů mají mnohdy představu, že sociální pracovnice najednou vyřeší všechny problémy a bude na ně mít neomezené množství času. Samotní sociální pracovníci mají obvykle za cíl pomoci vyřešit pacientovi či klientovi, ty problémy, které jsou nejzávažnější a ty, které ho nejvíce tíží a tím přispět ke zlepšení kvality života.

Mezi nejčastěji řešené problémy pacientů na onkologické klinice patří:

1. Překlady do zařízení následné péče (LDN, Hospic)
2. Zajištění domácí zdravotní péče a pečovatelské služby
3. Zajištění hydratační infuzní terapie a opiátů u praktického lékaře
4. Sociální poradenství o důchodech a dávkách pro zdravotně postižené
5. Zajištění přeposlání důchodu do nemocnice
6. Hledání příbuzných zemřelého

Mezi nejčastěji řešené problémy klientů sociální poradny Centra Amelie patří:

1. Sociální poradenství o pracovní neschopnosti, důchodech a dávkách pro zdravotně postižené
2. Odvolání při snížení stupně invalidního důchodu nebo odejmutí sociální dávky
3. Pomoc při zajištění rehabilitace a lázeňské péče
4. Pomoc v oblasti pracovní rehabilitace a návratu do pracovního procesu
5. Pomoc při zajištění zařízení následné péče (LDN, Hospic)
6. Zajištění domácí zdravotní péče a pečovatelské služby

Z výše uvedeného je patrné, že frekvence typů případů na onkologické klinice a v sociální poradně Amelie je různá. Ale společným rysem je velká potřeba pomoci onkologicky nemocným řešit své sociálně zdravotní problémy.

Závěr

Věřím, že do budoucna bude prostor pro sociální práci s onkologicky nemocnými, jejichž počet roste, větší a to jednak v nemocnicích na onkologických klinikách a také mimo nemocnici v neziskových profesionálních organizacích jako je Amelie. A zároveň doufám, že oba sektory se naučí lépe spolupracovat ku prospěchu nemocných a ke zlepšení jejich kvality života i při takto závažném onemocnění.

Kontaktní adresa

Šárka Slavíková
Centrum Amelie Praha
Šaldova 15
186 00 Praha 8 - Karlín
Email: amelie@amelie-os.cz

KOOPERACE LABORATOŘE A KLINIKY

Martina Bunešová

Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Spolupráce neboli kooperace je druh sociální interakce, nutný pro fungování zdravotnického týmu a nezastupitelný v oblasti péče o pacienta. Spolupráce ve zdravotnickém zařízení znamená společné úsilí zaměřené na dosažení prospěchu nás všech, kteří péči poskytujeme a zejména pak pacientů, kteří se do naší péče svěřili. Kooperace mezi klinickou laboratoří a lůžkovým, či ambulantním oddělením je základním kamenem na cestě, která vede ke správnému laboratornímu výsledku a z něj vycházející kvalitní lékařské a ošetrovatelské péče. Přednáška se zabývá touto kooperací v rámci FN Motol a uvádí dobré příklady z praxe, ale též pár méně dobrých a popisuje i cesty, které vedly k následnému zlepšení.

Klíčová slova: *Spolupráce, kvalita, preanalytická fáze*

Úvod

Současné trendy v medicíně se zaměřují na kontinuální zvyšování kvality péče o pacienta. Největším problémem komplikovaných zdravotnických systémů je, že přináší příliš velká rizika pro zdravotní péči o pacienty a tato skutečnost je v nesouladu s všeobecnými zásadami lékařské etiky.

Přednáška se zabývá analýzou hlavních kontaktních míst v rámci péče o pacienta, kdy spolupráce mezi jednotlivými obory přináší s sebou i možné a nemalé riziko vzniku chyb. Takové riziko je možné a přímo nutné redukovat dobře fungující a vysoce profesionální komunikací a spoluprací. Kvalita komunikace a spolupráce zabraňuje výskytu informačního šumu a velkou měrou zajišťuje kvalitu práce zdravotnických pracovníků. Nevhodně prováděná spolupráce může naopak vést k iracionálním reakcím zdravotnických pracovníků, k zhoršení mezilidských vztahů, k poklesu pracovního úsilí a následně k fatálním chybám. Důležitá rozhodnutí, vzájemná očekávání a sdělování informací musí být založeno na vzájemné spolupráci tak, aby nedošlo k demotivaci, ale k vzájemnému poznávání a uznávání profesí a tím k jejich vzájemnému respektu. Správně vedená interní komunikace může takovým způsobem zabránit chaosu a posílit vzájemnou důvěru a spolupráci. Bezproblémový tok informací, flexibilita a rychlost se staly rozhodujícími faktory úspěchu moderní, konkurenceschopné organizace, zdravotnická zařízení nevyjímaje. Ve vyspělých zemích je cílem vnitřní komunikace větší míra spoluúčasti, zainteresovanosti a seberozvoje zaměstnanců. Dobrá spolupráce laboratoří a klinik se prokazatelně projeví například na kvalitě preanalytické fáze. Dobře pochopená a akceptovaná pravidla odběru a transportu biologického materiálu do laboratoří jsou nesmírným přínosem pro kvalitní péči o pacienty. Všichni o tom hovoří, ale ne každý je plně zainteresován. V přednášce jsou ukázány na názorných příkladech chyby, které vznikají při nedodržení pravidel preanalytické fáze i s možnými negativními dopady na pacienta.

Cíl práce

Cílem sdělení je přispět ke zvýšení kvality práce a upozornit na nutnost spolupráce, bez které nelze kvalitu zdravotnické péče ani udržet, natož zvýšit. Složitost problémů, které medicína řeší, vyžaduje redukcii rizik zdravotní péče. Ty se paradoxně zvyšují s rozvojem technologií, omezováním finančních zdrojů a stárnutím populace. Nejúčinnějším nástrojem ochrany

pacienta před možnými riziky, současně zajišťujícím pacientův prospěch, je kvalita práce. Prvním předpokladem bezpečnosti pacienta je dodržování, sledování a kontrola kvality preanalytické fáze. Úkolem laboratoře je definovat podmínky k dodržení kvality preanalytické fáze, pravidelně je aktualizovat a tyto informace odpovídajícím způsobem předat. Cílem prezentace je nejen upozornit na problémy, napomoci k zorientování se v dané problematice, ale i poskytnout podněty k úspěšnému zvládnutí kooperace mezi laboratořemi a klinikami. To vše, jak v zájmu kvality péče o pacienta, tak i v zájmu zdravotnického zařízení udržet vysokou úroveň a pověst poskytované zdravotní péče. Neopominutelným a možná budoucnost ukáže, že i nejdůležitějším faktem je, že toto vede i k optimálnímu využití finančních prostředků zdravotních pojišťoven i vlastních finančních prostředků pacientů.

Kontaktní adresa:

Mgr. Martina Bunešová

Ústav klinické biochemie a patobiochemie UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

Email: martina.bunesova@fnmotol.cz

ZAPOJENÍ INFORMAČNÍCH SYSTÉMŮ A ZDRAVOTNICKÝCH TECHNOLOGIÍ DO OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Jana Králíčková, Šárka Tomová

Oční klinika dětí a dospělých UK 2. LF a FN Motol
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Průzkum obsahuje informace o průzkumu provedeném v roce 2010 v několika státních a nestátních zdravotnických zařízeních a seznamuje čtenáře s hlavními výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit nakolik moderní technologie ovlivňují ošetřovatelskou péči a zmapovat vztah sester k moderním zdravotnickým a informačním technologiím, přínos těchto technologií pro ošetřovatelství a jejich vliv na poskytování ošetřovatelské péče.

Klíčová slova: Informační systémy; Ošetřovatelská péče; Pacient; Sestra; Zdravotnické technologie

Úvod

V současnosti jsme svědky velmi rychlého rozvoje technologií. Moderní technologie se staly součástí života téměř každého člověka. Jejich vliv je patrný ve všech oblastech lidského konání. Zdravotnictví je místem, kde tyto technologie mají být využívány k poskytování kvalitní péče. Velká část klinických provozů by již bez těchto technologií, používaných v diagnostice a terapii, tuto péči nebyla schopna poskytovat. Uvědomují si sestry tyto skutečnosti? Je pro práci sestry používání přístrojů a počítačové techniky přínosem? Jsou sestry dostatečně vzdělávány v používání moderních technologií?

Cíl práce

Cílem této práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem informační a zdravotnické technologie ovlivňují ošetřovatelskou péči, zda je využívání těchto technologií usnadňuje sestřím péči o pacienta. Ověřit si názor, že v současné době nelze vykonávat kvalitní ošetřovatelskou péči bez moderních technologií. Dále popsat a porovnat jak jsou tyto technologie přijímány sestrami s rozdílnou délkou praxe, odlišných oborů a z různých provozů, v neposlední řadě je cílem této práce také vysledovat zájem sester o vzdělávání se v práci s těmito technologiemi.

Metodika

Průzkumné šetření bylo provedeno formou dotazníku, který obsahoval 24 otázek. Otázky byly uzavřené, polouzavřené i otevřené. Dotazy směřovaly ke zjištění vztahu sester k informačním a zdravotnickým technologiím, zda a jakým způsobem tyto technologie ovlivňují ošetřovatelskou péči. Dále se zaměřily na výuku a účast sester na vzdělávacích akcích týkajících se informačních a zdravotnických technologií. Oslovení respondenti byli informováni o účelu dotazníku a zachování anonymity. Vlastní šetření proběhlo v období měsíců září až listopad 2010. V dotazníkovém šetření bylo osloveno 630 osob. Vyplněných dotazníků bylo získáno 338, což představuje $338 / 630 = 54\%$ návratnost. Z vyplněných dotazníků bylo 242, tj. $242 / 338 = 72\%$, vyplněno správně.

Výběr zkoumaného vzorku

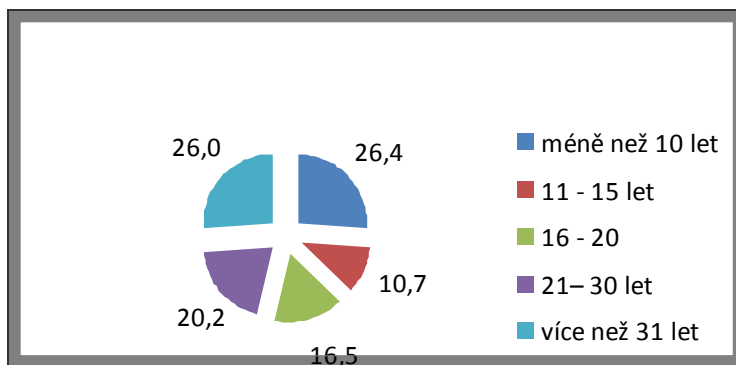
Šetření bylo zaměřeno na sestry pražských, mimopražských, státních i nestátních zdravotnických zařízení. Průzkumného šetření se účastnily sestry chirurgických i interních

oborů, sestry pracující na operačních sálech, v ambulantních i lůžkových provozech. Součástí dotazníku byly položky, které umožnily charakterizovat respondenty z hlediska doby praxe v oboru, typu a sídla pracoviště. Některé výsledky jsou kromě původního členění daného dotazníkem dále členěny. Například doba praxe v oboru je hodnocena kromě původního členění do pěti kategorií, ještě hodnocena sloučením do dvou celků. Tyto dva celky/části, tvoří sestry, u kterých je předpoklad, že se již v době studií setkávaly s informačními a zdravotnickými technologiemi a druhá skupina, která se vzhledem k době, kdy jejich studia probíhala s těmito technologiemi měla malou příležitost setkat.

Charakteristika souboru respondentů:

Obr. 1 Jak dlouho pracujete v profesi nelékařského zdravotnického pracovníka?

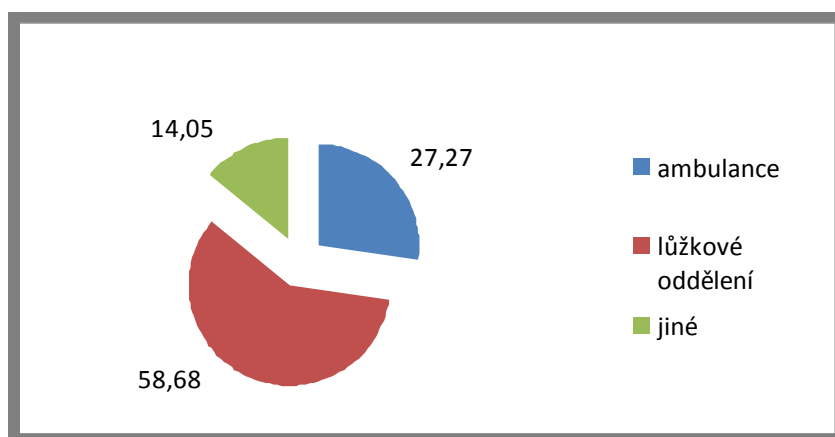
(výsledné hodnoty jsou uvedeny v %)



Nejpočetnější část respondentů 64 (26,45%) jsou sestry s praxí ve zdravotnictví do 10 let, další skupina s praxí 11 – 15 let je zastoupena 26 (10,74%). Sester pracujících v profesi 16 – 20 let je 40 (16,53%), sester s praxí 21 – 30 let se účastnilo 49 (20,25%) a poslední skupinou a zároveň druhou nejpočetnější, jsou sestry s délkou praxe nad 31 let 63 (26,03%).

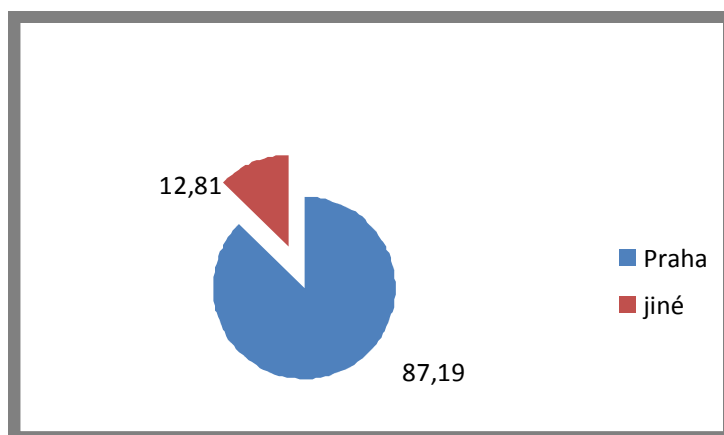
Obr. 2 Typ Vašeho pracoviště

(výsledné hodnoty jsou uvedeny v %)



Z odpovědí na druhou otázku jsme zjistili, že 142 (58,68%) všech respondentů pracuje na lůžkových odděleních, 66 (27,27%) na ambulancích a 34 (14,05%) zúčastněných na operačních či porodních sálech.

Obr. 3 Sídlo Vašeho pracoviště
(výsledné hodnoty jsou uvedeny v %)

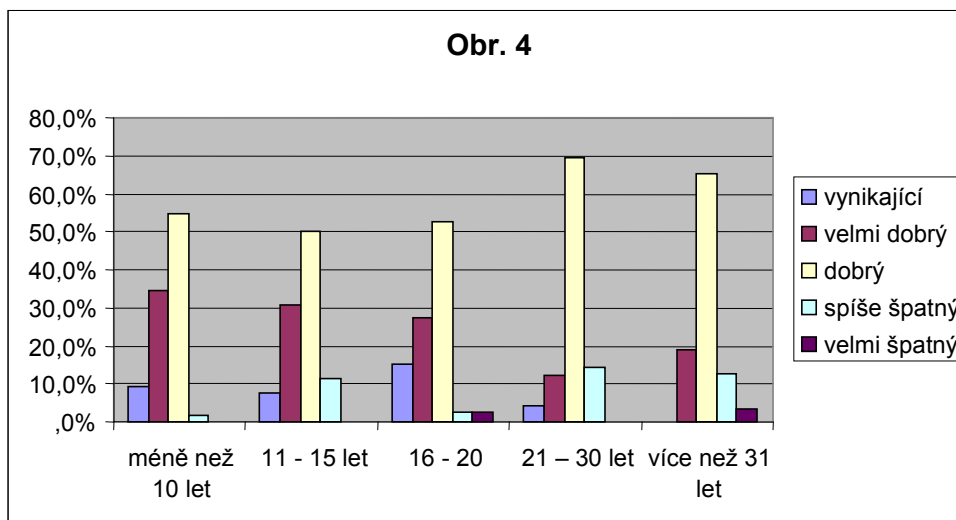


Z celkového počtu dotazovaných je 211 (87,19%) zastoupeno sestrami z pražských pracovišť a 31 (12,81%) z mimopražských.

Hlavní výsledky šetření a diskuze

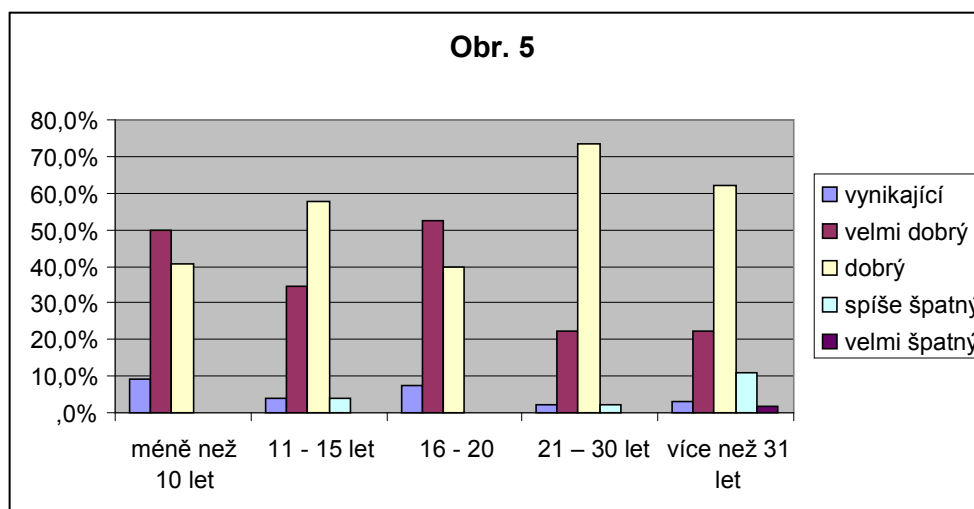
Předpokládali jsme, že sestry s kratší délkou praxe mají k moderním technologiím pozitivnější vztah, než sestry s delší délkou praxe.

Obr. 4 Jak dlouho pracujete v profesi / Váš vztah k moderním informačním technologiím, byste označil/a jako:



Obr. 4 znázorňuje jaký vztah mají k informačním technologiím sestry podle délky praxe. Dle výpočtů mají sestry s praxí do 10 let pozitivní vztah k informačním technologiím v 98,45%, sestry s délkou praxe 11-15 let 88,46% a sestry s praxí 16-20 let 95%. U sester s délkou praxe 21-30 let je pozitivní vztah k těmto technologiím vyjádřen v 85,71% a u sester s více než 31 lety praxe ve zdravotnictví tato hodnota činí 84,13%. Použijeme-li, znovu dvě skupiny získáme tato data: sestry s praxí v oboru do 20 let mají kladný vztah k informačním technologiím v 93,97% a sestry s praxí více než 20 let v 84,92%.

Obr. 5 Jak dlouho pracujete v profesi / Váš vztah k moderním přístrojům technologiím, byste označil/a jako:



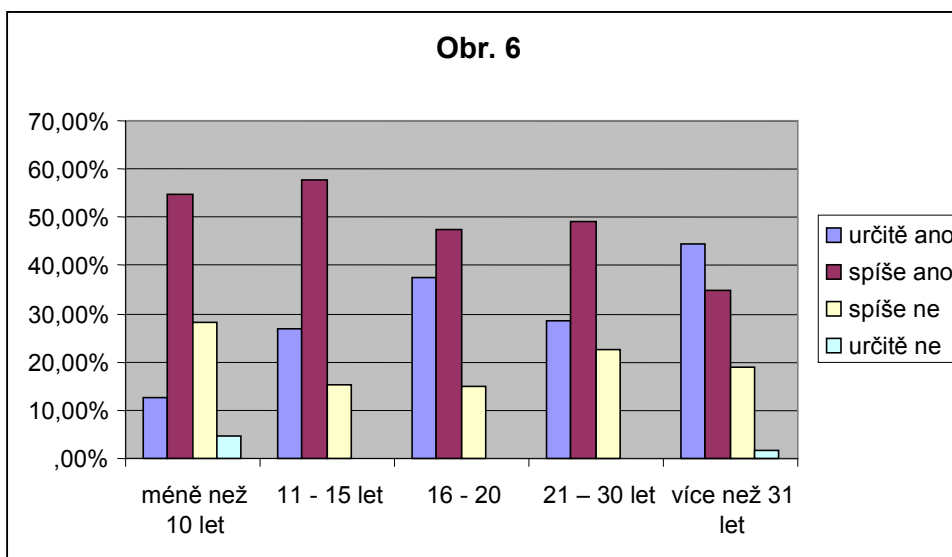
Obr. 5 znázorňuje, jaký vztah mají k moderním přístrojům sestry podle délky praxe. Dle výpočtů mají sestry s praxí do 10 let pozitivní vztah ke zdravotnickým technologiím ve 100,0%, sestry s délkou praxe 11-15 let 96,16% a sestry s praxí 16-20 let 100%. U sester s délkou praxe 21-30 let je pozitivní vztah k těmto technologiím vyjádřen v 97,96% a u sester s více než 31 lety praxe ve zdravotnictví tato hodnota činí 87,29%. Použijeme-li, opět dvě skupiny získáme tato data: sestry s praxí v oboru do 20 let mají kladný vztah k zdravotnickým technologiím v 98,72% a sestry s praxí více než 20 let v 92,62%.

Výsledky ukazují, že sestry jsou adaptabilní na změnu, protože i ty, které s těmito technologiemi začaly pracovat dlouho po ukončení studia, si k nim dokázaly vytvořit dobrý vztah.

Předpokládali jsme, že sestry s kratší délkou praxe mají k moderním technologiím pozitivnější vztah, než-li sestry s delší délkou praxe. Pokud rozdělíme sestry na dvě skupiny, s praxí do 20 let a s praxí nad 20 let, můžeme konstatovat, že k IT mají skutečně pozitivnější vztah sestry s kratší délkou praxe a to o 9,07%. Konkrétní výsledek u ZT je podobný, zde je však procento ještě nižší (6,1%). Přes uvedené výsledky je zřejmé, že téměř naprostá většina sester má kladný vztah k moderním technologiím. Tento vztah může být ovlivněn i skutečností, že moderní technologie využívá ke své práci běžně více než 80% sester.

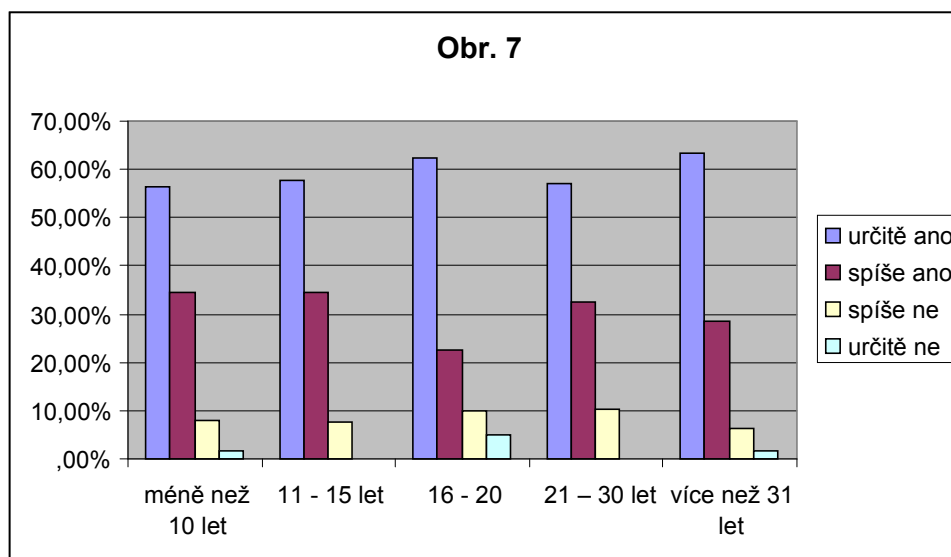
Dále jsme se domnívali, že sestry s kratší délkou praxe by využily možnost vzdělávání se v oblastech moderních technologií častěji, než sestry s delší délkou praxe.

Obr. 6 Jak dlouho pracujete v profesi / Využil/a byste možnost účasti v kurzu o informačních technologiích?



Z obr. 6 lze zjistit, jaký zájem o účast v kurzech týkajících se informačních technologií mají sestry s rozdílnou délkou praxe. Konkrétně kurzu s tímto tématem by se zúčastnilo z kategorie do 10 let praxe 67,19% sester, kategorie do 15 let 84,61% sester a v kategorii 16 až 20 let praxe 85% sester. Sestry s praxí 21 až 30 let projevily zájem v 77,55% a sestry s nejdelší praxí v oboru tj. více než 31 let 79,36%. Pokud sloučíme věkové kategorie do dvou celků, sestry s praxí do 20 let a sestry s praxí nad 20 let, získáme také zajímavé údaje. Zjistíme, že zájem o vzdělávání se v tématech informačních technologií je u těchto dvou skupin v průměru téměř shodný. Hodnoty jsou u sester do 20 let praxe v oboru 78,93% a sester s více než 20 lety praxe 78,45%. Z uvedených výsledných hodnot lze usuzovat, že délka praxe sester nemá vliv na další vzdělávání se v informačních technologiích.

Obr. 7 Jak dlouho pracujete v profesi / Využil/a byste možnost účasti v kurzu o přístrojích, které používáte?

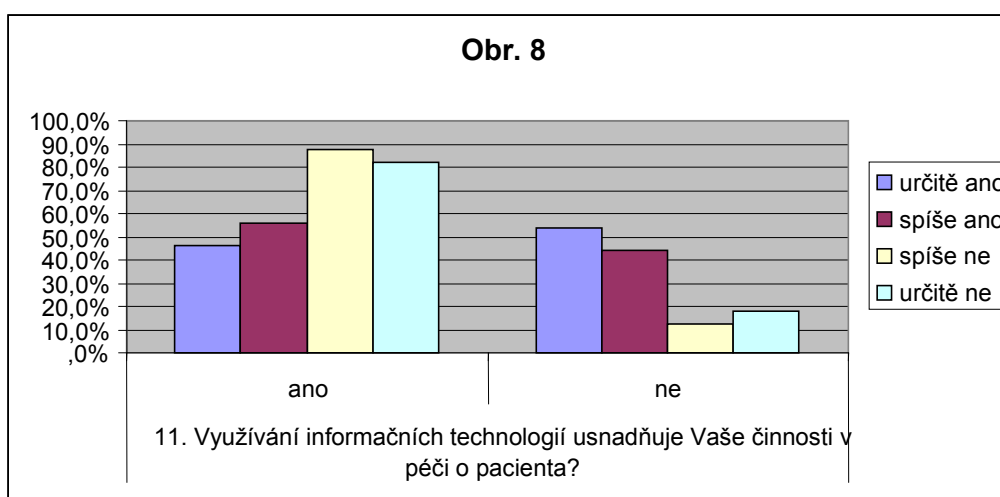


Obr. 7 znázorňuje jaký zájem o účast v kurzech týkajících se přístrojů, které sestry používají mají sestry s rozdílnou délkou praxe. Konkrétně kurzu s tímto tématem by se zúčastnilo z kategorie do 10 let praxe 90,63% sester, kategorie do 15 let 92,31% sester a v kategorii 16 až 20 let praxe 85% sester. Sestry s praxí 21 až 30 let projevily zájem v 89,79% a sestry s nejdéší praxí v oboru tj. více než 31 let 92,06%. Rozdělíme-li opět sestry do dvou skupin, získáme tyto hodnoty: sestry s praxí do 20 let mají v průměru zájem o další vzdělávání v tématice zdravotnických technologií v 89,31% a sestry s více než 20 lety praxe dokonce v 90,92%.

Usuzovali jsme, že sestry s kratší délkou praxe by využily možnost vzdělávání se v oblastech moderních technologií častěji, než-li sestry s delší délkou praxe. Z výsledků je patrné, že tento předpoklad se nepotvrdil. O vzdělávání se v IT projevily vyšší zájem sestry s praxí nad 20 let, a to v 90,92% oproti tomu sestry s praxí do 20 let v 89,31%. O účast v kurzech a seminářích s tematikou ZT mají zájem o 1,61% vyšší sestry s délkou praxe nad 20let. Velký zájem sester o vzdělání nás překvapil, o kurzy s tematikou IT projevuje zájem téměř 80% respondentů a účasti na vzdělávacích akcích s ZT by využilo více než-li 90% sester. Tento zájem můžeme odůvodnit jednak absencí výuky moderních technologií při přípravě na povolání, kterou neprošlo téměř 50% dotázaných a také neúčast na vzdělávacích akcích po ukončení studia, kterou udává více než 40% sester. Získané údaje ukazují, jak velký je mezi sestrami zájem o konání vzdělávacích akcí s těmito tématy, což potvrzuje i smysl našeho průzkumného šetření.

Předpokládali jsme, že většina sester si myslí, že ošetrovatelská péče s využitím moderních technologií je snadnější než péče poskytovaná bez těchto technologií.

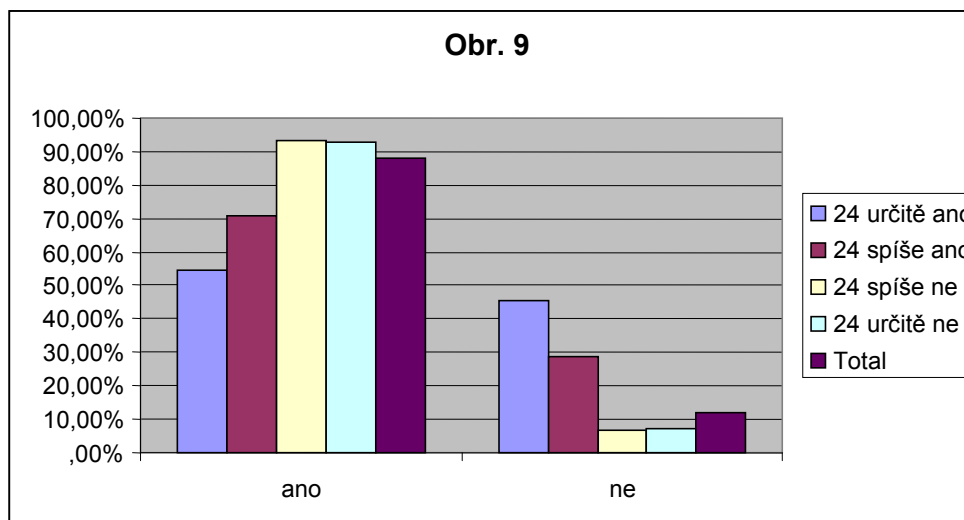
Obr. 8 Lze dle Vašeho názoru vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči bez pomoci informačních technologií/ Myslíte si, že využití informačních technologií usnadňuje Vaše činnosti v péči o pacienta?



Obr. 8 ukazuje procentuelní porovnání, zda existuje souvislost mezi odpověďmi na otázku, zda-li lze vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči bez pomoci přístrojového vybavení a zda využití přístrojové techniky usnadňuje činnosti sester o pacienta. Z výsledků vidíme, že 87,30% sester, které odpověděly, že spíše nelze vykonávat ošetrovatelskou péči bez pomoci

přístrojů si také myslí, že přístrojová technika usnadňuje sestře činnosti v péči o pacienta. A 82,35% sester uvedlo, že určitě takovouto péčí nelze provádět a zároveň si myslí, že jim přístroje v péči o pacienta usnadňují činnost.

Obr. 9 Lze dle Vašeho názoru vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči bez pomoci přístrojového vybavení / Myslíte si, že využití informačních technologií usnadňuje Vaše činnosti v péči o pacienta?



Obr. 9 ukazuje procentuelní porovnání, zda lze vykonávat kvalitní ošetrovatelskou péči bez pomoci přístrojového vybavení a zda využití přístrojové techniky usnadňuje činnosti sester o pacienta. Z výsledků vidíme, že 93,46% sester, které odpověděly, že spíše nelze vykonávat ošetrovatelskou péči bez pomoci přístrojů si také myslí, že přístrojová technika usnadňuje sestře činnosti v péči o pacienta. 93,02% sester uvedlo, že určitě takovouto péčí nelze provádět a zároveň si myslí, že jim přístroje v péči o pacienta usnadňují činnost.

Na základě dlouholetých zkušeností jsme předpokládali, že většina sester si myslí, že ošetrovatelská péče s využitím moderních technologií je snadnější než péče poskytovaná bez těchto technologií. Součtem odpovědí získáme 76,65% sester, které si myslí, že využití moderních technologií usnadňuje jejich činnosti v péči o pacienta. Konkrétně v péči s využitím informačních technologií je toto názor 65,29% sester a u využití přístrojové techniky 88,02%.

Závěr

Výsledky odpovědí potvrdily, že přístroje jsou běžnou součástí práce pro většinu sester. Z výsledků je patrné, nakolik tyto technologie zasahují do každodenní činnosti sestry. Ukázalo se, že kladný vztah k informačním technologiím má většina dotázaných sester a k zdravotnickým technologiím téměř 100%. Z provedeného výzkumného šetření dále vyplývá zajímavé zjištění, že není významného rozdílu v přijímání těchto technologií mezi sestrami různých věkových kategorií. Pozitivním zjištěním je velký zájem sester o další vzdělávání se ve směru k těmto technologiím. Dokonce i sestry s praxí nad 20 let tvořily značnou část. Velkým překvapením bylo zjištění, že vzdělávacích akcí se do této doby zúčastnila pouze polovina dotázaných sester. Z výsledků můžeme vyvodit jednoznačný požadavek sester na semináře a kurzy s touto tematikou. Tento průzkum, který byl proveden v rámci tvorby diplomové práce potvrdil názor, že moderní technologie jsou dnes běžnou součástí práce

sestry a proto ovlivňují každodenní činnosti a mají velký vliv na péči o pacienty. Tyto technologie jsou sestrami přijímány téměř bez výhrad.

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Králíčková
Oční klinika dětí a dospělých UK 2. LF FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: kralickova.jana@fnmotol.cz

MUZIKOTERAPIE

Marina Stejskalová

Dětská psychiatrická klinika FN Motol v Praze

Souhrn:

Muzikoterapie je velmi účinná metoda při léčbě různých psychosomatických potíží, poruchách nálady, komunikačních problémech, poruchách spánku. Ve formě pohybové terapie je muzikoterapie schopna zlepšit tělesnou kondici, přispět ke zvýšení sebevědomí. Ve formě zvukoterapie a imaginaci s hudbou podporuje pozitivní myšlení, mění pohled na svět.

Klíčová slova: Muzikoterapie, psychosomatika, terapeutické programy, aromaterapie.

Vlastní text

Slovo muzikoterapie (MT) má antické kořeny a v překladu z řečtiny znamená léčba hudbou. Metoda muzikoterapie je stará jako lidstvo samo. Etnické skupiny na primitivní civilizační úrovni (dnes Afrika, Austrálie, Jižní Amerika) využívali hudbu jako neodmyslitelnou součást rituálních obřadů. Rituálními prostředky byly zpěv, pohyb s hudbou, hra na hudební nástroje. Hudbou se léčili lidé s psychickými onemocněními od dob Starého Egypta, Indie, Izraele, Persie a Číny. MT zde sloužila ke korekci emočního stavu pacienta, léčbě úzkosti a deprese, práci s agresí a korekci chování člověka, byla mocným prostředkem verbalizaci nejbolestivějších témat lidského prožívání a bytí člověka.

Jakou hudbu zvolit a jak ji lze použít v procesu léčby? Tyto otázky jsou klíčové po celé dějiny muzikoterapie. Nacházíme zde mnoho zajímavých inspirací pro současnou praxi. Například v Egyptě kněží-lékaři vozili své duševně nemocné lidi po řece Nil a hráli jim uklidňující melodie. Dále používali určitou metodu zařikávání hudbou. Označili symboliku v používání hudebních nástrojů (flétna byla vnímána jako symbol smutku, hoboj jako symbol osamělosti a harfa jako symbol lyrického snění).

Starověký Izrael pro nás zaznamenal určité muzikoterapeutické postupy v léčbě kožních onemocnění, úzkostných stavů a těžkých depresí při využití možnosti různých hudebních nástrojů a zpěvu.

Ve starověké Persii a Íránu byla hudba pokládána za jednu ze sedmi dobrých zásad Ahury – Mazdy. Připisovali jí terapeutickou schopnost vzbuzovat hrdinské ctnosti, ovlivňovat různé pocity.

Podobný pohled na hudbu a muzikoterapii měli starověcí Číňané. Kladli zde důraz na schopnost hudby ovlivňovat chování člověka. Například čínský filozof Konfucius tvrdil, že hudba zjemňuje mravy a pomáhá k harmonickému životu.

Ve středověké Indii existovali 3 druhy léčitelů, kteří terapeuticky využívali hudbu: zaklínač, kněz a lékař. Indové věřili, že hudba má vliv nejen na člověka, ale i na zvířata a na živou přírodu. Věřilo se také, že hudba může ovlivnit déšť, požár či zatmění slunce. Dodnes v Indii nacházíme uvědomování obrovské moci hudby, vnímání hudby jako součástí přírody.

Mocný vliv hudby na psychiku lidí a schopnost člověka se léčit hudbou zdůrazňovala různá teoretická díla. Teoretický základ současné muzikoterapie byl rozpracován ve Starém Řecku.

Zde nacházíme mnoho zmínek o vlivu hudby na lidskou psychiku. Hudba sloužila ke zkrocení výbuchu expresivního temperamentu, ke zmírnění davových emocí. Příklady: Dámon užíval harfu k uklidnění emocí u pijáků poblázněných alkoholem. Empedokl vyprávěl, že hrou na lyru zabránil otcovraždě u jednoho mladíka, který se k myšlenkám na tento čin po poslechu hudby přiznal.

Staří Řekové se zabývali teoriemi o léčebném působení hudby. Pythagoras pokládal hudbu za projev řádu vesmírné harmonie. Učil, že naplněním tohoto řádu může vést k vnitřní harmonii osobnosti. Doporučoval užívat hudbu k léčebným účinkům co možná nejčastěji.

Pythagoras a jeho žáci připravovali speciální skladby, kterými léčili duševně choré podle povahy jejich onemocnění. Znali melodie mírnící vzrušení, melancholii, melodie proti hněvu, vzteku a chorobným vášním. Platón ve svém pojetí hudby navazuje na myšlenku Pythagora a jeho školy.

Aristoteles rozlišoval dvojí vliv hudby: *etický* ve smyslu Pythagora a Platóna a *vitálně afektivní*, který označoval termínem *katarzní*. Přisuzoval mu vlastní léčebný účinek. Hudební katarzi chápal Aristoteles jako abreakci chorobně přepjatých hnutí mysli. Z tohoto hlediska zahrnuje hudbu do své léčebné koncepce. Léčba hudbou může vyvolat vitálně afektivní proces směřující k duševnímu uspokojení, uvolnění a tělesnému uzdravení.

Hippokrates vodil své nemocné do chrámu hudby jako poslední možnost po neúspěšné medikamentózní terapii. Vůdčí lékařská autorita ve své době, Aulus Cornelius Celsus, propagoval využití muzikoterapie namísto brutality při léčbě duševních chorob. Podobně jako pythagorejci poukazoval na různé metody účinné při rozdílných typech duševních chorob. Doporučoval jinou hudbu při melancholii a při agresi. Celsus vytvořil učení o regulaci nálad pomocí hudby.

Středověk dává muzikoterapii jiný koncept, více se zaměřuje do oblasti experimentů a bezprostřední praxe. Známým příkladem použití Celsova učení o regulaci nálad pomocí hudby byl fenomén „taneční mánie“ v 14. století v Německu. Objevil se zde zvláštní sociopatologický jev. V některých středověkých německých městech se opakovaně objevovaly skupiny lidí, které tančily po dlouhé hodiny až do úplného vyčerpání. Tento jev se šířil jako nákaza a nebyl znám žádný prostředek jak takové osoby ovlivnit nebo zastavit. Vedoucí osobnosti mnoha měst proto nařídily dlouhodobě hrát na ulicích a náměstích mnoha německých měst mollovou, melancholickou, pomalou a uklidňující hudbu. Jejím účinkem se tančící lidé postupně normalizovali a podivná nákaza byla odstraněna. Tato historická zkušenost by mohla být užitečná pro zklidnění lidí namísto policejních zásahů na moderních techno party jak v Německu tak i po celém světě.

V 17. a 18. století, období renesance a klasicismu, objevujeme historické poznámky o léčbě hudbou řady panovníků a významných osobností. Španělský král Filip V. trpěl záchvaty melancholie. Nepůsobily žádné léky, proto k němu byl povolán slavný zpěvák Carlo Broschi Farinelli. Zpíval králi o samotě živé písně. Efekt zlepšení emočního stavu krále nastal po několika muzikoterapeutických sezeních. Podobnou metodou se léčili deprese také u anglického krále Jindřicha II. Hudba pomáhala v léčbě melancholie i u Ludvíka Bavorského. Zvlášť mu pomáhaly dvě melodie – „Píseň o snu“ z Auberova Massaniela a hymna z Flottowy opery Alesandro Stradelle.

Koncem 18. století se v Anglii začalo usilovat o podrobnější zhodnocení vlivu hudby na lidskou psychiku. R. Brocklesby provedl řadu experimentů a ověřil dlouhodobě známé empirické poznatky, že živá veselá hudba vede zpravidla ke zlepšení nálady, zatímco smutnější, vážnější a pomalejší melodie mohou přivést člověka ke smutné náladě. Přínosem pro dějiny muzikoterapie byly v této době práce francouzského vědce J. É. D. Esquirola. Rozlišoval somatický a psychický dopad hudby na lidský organismus. Hudba podle jeho názoru působí na tělo nervovou vibrací a na psychiku tím, že udržuje pozornost a vzbuzuje příjemné pocity.

V 19. století, době romantismu, zůstává muzikoterapie v poli pozornosti jak vědců tak i panovníků. Slavný Napoleon Bonaparte počátkem 19. století zdůrazňoval mocné působení hudby na psychiku vojáků. Svou porážku v Rusku spojoval nejen s vlivem kruté ruské zimy, ale také s působením ruské vojenské hudby na ruské vojáky. Dle slov Napoleona tajuplné a barbarské ruské melodie probouzeli davovou psychickou reakci a hnaly vojáky kupředu, vyvolávaly u Rusů herojské pocity a zároveň ty samé melodie strašily francouzskou armádu. Podobný případ známe z českých dějin v období husitských válek. Stejný efekt vyvolával u protivníků husitský chorál.

K významným centrům muzikoterapie ve 20. století patřily: Anglie, Německo, Švédsko. Anglická škola muzikoterapie vznikla na základě hledání nových metod a forem v komunikaci s lidmi mentálně retardovanými. Spolu s tím se anglická muzikoterapie snažila vyřešit za pomoci hudby problémy spojené s poruchami spánku, neurózami a depresemi u lidí různých věkových kategorií a společenských vrstev.

Švédská škola muzikoterapie se opírala o analytickou psychologii Carla Gustava Junga, zvláště důležitým bylo jungiánské pojetí symbolů, jejich vnímání a zpracovávání člověkem. Hlavním teoretikem a reprezentantem švédské muzikoterapie je profesor Alexis Pontvik. Podle něj má muzikoterapie v léčebném procesu psychoterapie centrální funkci, protože díky své specifické vlastnosti působit na emoce je schopna proniknout do hlubinnějších vrstev psychiky, o mnohem dál než mluvené slovo. Profesor Pontvik vytvořil uzavřený muzikoterapeutický systém působící fenomenologicky. Pontvikova muzikoterapie má svůj rozpracovaný systém, své principy a metody. Provádět ji může jen dobře vycvičený a vyškolený terapeut profesionál.

Pro svou teorii a praxi dávám muzikoterapii následující definice. *Zaprvé pojmám muzikoterapii jako interdisciplinární vědní obor, který vznikl na základě vývoje medicíny, psychologie, psychoterapie, hudební vědy a jejich vzájemných poznatků. Je to vědní obor, směřující k praktickému použití v různých oblastech lidské činnosti: zdravotnictví, školství, sociální a výchovné oblasti. Zadruhé zdůrazňuji procesualitu muzikoterapie, její souvislost s časovým faktorem. Proto je muzikoterapie v mém pojetí proces fyziologického, emocionálního, smyslového a behaviorálního ovlivňování člověka hudebními prostředky. Muzikoterapie je účinná metoda v působení na člověka. Ve školství a sociální sféře může být muzikoterapie účinnou metodou prevence některých onemocnění. Ve zdravotnictví je metodou léčebné psychoterapie.*

Hovoříme-li o komunikaci, hovoříme o formě léčby vztahem, emocionálním prožíváním a uvědomováním. V tomto spektru má muzikoterapie zesílený efekt působení na člověka. Je to léčba vztahem mezilidským a vztahem k hudbě. Zvláště důležitým je zde časový faktor. Každý vztah potřebuje čas a prostor pro individuální projev. V muzikoterapii tomu napomáhají formy receptivní a aktivní muzikoterapie.

Použití muzikoterapie v praxi se opírá o určité vlastnosti hudby:

- hudba se stává velmi působivým léčebným prostředkem:
- schopna vyvolat rychlou emoční reakci (změnit náladu, uvolnit napětí, pomoci zvládnout úzkost, apod.),
- hudba může naučit člověka lépe komunikovat s okolím: naslouchat sobě, svým náladám a potřebám, ale zároveň vnímat a respektovat potřeby ostatních lidí.
- hudba je schopna působit na psychiku člověka dlouhodobě: správně sestavený program receptivní (poslechové) a aktivní muzikoterapie může efektivně přispět ke korekci emočního stavu pacienta a vzorku jeho chování.

Důležitým aspektem muzikoterapie je její využití jako fenomén léčby prostředím, což může být velmi užitečné pro moderní ošetřovatelství. Muzikoterapie může být zaměřena na vjemovou soustavu a lze zde efektivně použít kombinaci muzikoterapie a aromaterapie.

Muzikoterapie i aromaterapie prospívají každému člověku, bez rozdílu věku a kvality zdraví. Jsou důležité jak pro kojence a malé děti, tak i pro starší lidi, kterým dávají pocit zlepšené nálady, schopnosti lépe fungovat v běžném životě, zlepšuje umění relaxace a spánku. Společný je sám princip fyziologického působení na člověka přes jeho vjemovou soustavu. Hudba se spíše zaměřuje na sluchový a hmatový vjem, aroma na čichový a chuťový. Přes vjemovou soustavu i hudba i aroma ovlivňují fyziologickou, emocionální, myšlenkovou a kognitivní stránku člověka.

Aromaterapie (dále AT) je moderní a účinná metoda psychoterapie působící na člověka. Ovlivňuje jeho náladu, celkový psychický stav, zasahuje do somatické složky a používá léčebné prostředky aromatizovaných rostlin, energetické báze přírody. AT má velmi blízko k fyzioterapii, má široké uplatnění v klasické a alternativní medicíně. Má zázračné možnosti v oblasti prevence různých chorob, počínaje onemocněními dýchacích cest, bolestí kloubů a páteře až po léčbu únavového syndromu.

Výhody aromaterapie:

- obrovské množství prostředků a jejich propojení s přírodou
- neomezené možnosti kombinování těchto prostředků a schopnost individuálního uzpůsobení AT ke konkrétnímu člověku a specifice jeho organismu a zdraví
- přirozený charakter působení AT na lidský organismus od prenatálního stavu po celý život
- AT je bezbolestná a má okamžitý účinek přes vjemovou soustavu
- člověk může být aromaterapeutem sám sobě a nekonečně rozvíjet své terapeutické znalosti a schopnosti
- AT nepotřebuje drahé a speciální medicínské přístroje
- AT je kombinovatelná s různými jinými formami terapie a psychoterapie
- AT zlepšuje biologickou aktivitu člověka

Kombinování aromaterapeutických olejů a hudby můžeme uskutečňovat na základě několika principů:

1. Princip zrcadlení vlastností AT olejů a hudby

a) k aktivní hudbě používáme aktivizační směsi AT olejů

b) k relaxační hudbě používáme typy relaxačně zklidňujících aroma směsí

2. Kombinace AT olejů s různými typy zvukoterapie (vodítkem při výběru olejů je typ hudby, např. k čistým zvukům lesa můžeme použít borovici, mandarinkový, citrusový olej, k zvukům moře například aromasvíčky s mořskou vůní apod.)

3. Kombinování aromaterapie a hudby na základě principu asociace. Je to princip individuálního přístupu ke kombinování hudby a vůně odpovídající asociacím a potřebám klienta. Je to princip tzv. programu šitého na míru. Může se stát, že terapeut a klient mají zcela jiné nebo opačné názory na kombinace AT a hudby, pravdu však zde má vždy klient. Kombinování AT a hudby na základě principu asociací, které tvoří terapeut sám pro sebe, může být účinnou metodou autopsychoterapie a prevencí stresu, vyčerpání a syndromu vyhoření.

Obě dvě metodiky jsou zaměřeny na zlepšení psychosomatické složky člověka, jeho schopnosti hluboké relaxace a rychlého dobíjení energie, rozvoje představivosti a kreativního vnímání okolního světa na udržování vjemové soustavy v dobré kondici.

Literatura

- STEJSKALOVÁ, M.: *Muzikoterapie jako forma komunikace s adolescentními psychotiky*. Sborník konference 4. ročník Jáchymov 1.-3. 12. 2002, s. 49-52.
- STEJSKALOVÁ, M.: Muzikoterapie agrese. *Psychologie DNES* 7-8/2005, s.28-30.
- STEJSKALOVÁ, M.: Orchester bez dirigenta. *Psychologie DNES*. Únor 2007.
- STEJSKALOVÁ, M.: Umění léčí. *Psychologie DNES*. Červen 2007.
- STEJSKALOVÁ, M.: Psychoterapie cizinců: cesta vede přes jejich kulturu. *Psychologie DNES*. Leden 2010.
- STEJSKALOVÁ, M.: Muzikoterapie v klinické praxi. *Psychiatrie pro praxi*. Leden 2010.
- NAGORNAJA, N.: *Aromaterapie v pediatrii*. Ústí nad Labem, 2002.
- LAVERYOVA, S.: *Aromaterapie v kostce*. Slovart, Praha 1998.

Kontaktní adresa

PhDr. Marina Stejskalová, CSc.
Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06, Praha 5
Email: stejskalova.marina@gmail.com

E-LEARNINGOVÁ FORMA VÝUKY S VYUŽITÍM SYSTÉMU MOODLE VE VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Jarmila Morcinková, Šárka Panáková, Libuše Magnusková
Nemocnice Třinec, p. o.

Souhrn:

Autoři příspěvku prezentují možnost využití e-learningových kurzů ve zdravotnictví. Seznamují s e-learningovým vzděláváním zdravotnických pracovníků v Nemocnici Třinec, p. o. Předkládají hlavní cíle a využití systému Moodle v praxi.

Klíčová slova: E-learning; celoživotní vzdělávání; výuka; zdravotnický pracovník

Úvod

Celý projekt je tvořen lidmi z praxe a je zcela zaměřen na potřeby provozu Nemocnice Třinec, p. o. Cílem je zvýšit znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků (lékařů i nelékařů) a nenásilnou cestou ukázat novou technologii v celoživotním vzdělávání a využít je pro vlastní potřeby. E-learningové kurzy pro zdravotnické pracovníky tvoří v současnosti moderní vzdělávací formu učení. Umožňují uživatelům rychlý přístup ke vzdělávacím materiálům vytvořených profesionály z praxe v dané oblasti (v naší nemocnici to jsou náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, manager kvality, ústavní hygienik, staniční sestry, nutriční terapeut, bezpečnostní technik, vedoucí laboranti, do budoucna náměstek pro léčebnou péči). Systém Moodle je v Nemocnici Třinec p. o. nainstalován počítačovými techniky na vnitřní nemocniční síť intranet. Dostupný je pro všechny zdravotnické pracovníky.

Vlastní text

Systém e-learning je využíván na univerzitní půdě, slouží například pro tzv. distanční (kombinovanou) výuku, je rozšířen na střední a základní školy. Bylo otázkou času, kdy se tento systém využije i v nemocnici – samozřejmě upravený pro potřeby zdravotníků. E-learning je složen z kurzů, které se člení dále na témata. Všeobecný kurz pro všechny je nazván Základním kurzem. Další kurzy jsou koncipovány pro zdravotníky pracující v oblasti intenzivní péče a pro zaměstnance v tzv. adaptačním procesu. Nabídka příslušných kurzů se uživatelům zpřístupní po přihlášení do systému. Součástí kurzů jsou vložené texty – podpůrné vzdělávací materiály vypracované odborníky v naší nemocnici a vycházející z aktuálních nejnovějších poznatků a doporučení pro praxi. Na konci každého kurzu je test, kterým si zaměstnanec může ověřit své nabyté vědomosti a autokriticky přistoupit ke svým znalostem. Systém umí promíchat odpovědi a otázky, proto je pokaždé test v něčem jiný. Neustálým opakováním je možné si osvojit získané informace a vědomosti si tak uložit do dlouhodobé paměti. Na výsledku testů nezávisí odměňování pracovníků.

Hlavní cíle zavedení e-kurzů v Nemocnici Třinec, p. o.:

- podpořit a rozšířit celoživotní vzdělávání zdravotníků,
- zvýšit znalosti zdravotnických pracovníků,
- zlepšit kvalitu poskytované péče,
- zvýšit bezpečnost svých klientů/pacientů a uživatelů sociálních služeb,
- udržet si vysoký kredit zdravotnického zařízení udržením si vzdělaného zaměstnance a rozvíjením lidských zdrojů.

Dílčí cíle:

- zapracování zaměstnanců – tzv. adaptační proces,
- procvičit si znalosti z první pomoci a kardiopulmonální resuscitace – texty je možno aktualizovat při změnách guidelines pro resuscitaci,
- zvýšit bezpečnost klientů/pacientů a uživatelů sociálních služeb a samotných zaměstnanců procvičováním si požární ochrany a bezpečnosti a ochrany zdraví pracovníků (BOZP),
- seznamovat s novinkami v oboru a implementovat je do praxe,
- možnost rychlého a relativně masivního předání požadovaných informací.

Co potřebujeme k provozování e-learningu:

- chuť a elán se něco nového dovědět, upevnit si znalosti opakováním,
- počítačová síť a instalace systému Moodle,
- ochota profesionálů v oboru vytvořit textovou oporu a testové otázky,
- cena – Moodle je program k dispozici zdarma, náklady jsou téměř nulové.

Průběh zavedení e-learningu v Nemocnici Třinec, p. o.

1. Stanovení požadovaných funkcí a očekávaných výstupů zavedením systému do praxe.
2. Posouzení dostupného technického vybavení a informační gramotnosti zaměstnanců.
3. Instalace systému.
4. Vytvoření textové opory a didaktických testů – oslovení odborníci zpracovali odlišná témata podle nejnovějších dostupných poznatků a předpisů.
5. Vložení textů do systému – časově nejnáročnější fáze.
6. Seznámení zaměstnanců se systémem Moodle, přínos, motivace.
7. Spuštění provozu.
8. Do budoucna rozšíření programu i na jiné oblasti – vkládání aktualit, dotazníky, školení profesionálních řidičů, vnitřní evaluace, vydávání nemocničního časopisu apod.

Závěr

Přejeme si, aby se vzdělávací portál stal účinným pomocníkem v celoživotním vzdělávání zaměstnanců, napomáhal eliminovat chyby, se kterými se v praxi potýkají nebo se s nimi mohou setkat, zpětnou kontrolou ověřovat znalosti a úroveň těchto znalostí. Zdravotníci si mohou sami zvolit čas ke studiu a po jeho absolvování odvádět kvalitnější a více efektivní práci. V konečném důsledku se tyto znalosti projeví ve větší profesionalizaci při provádění ošetrovatelské péče a poskytování zdravotnických služeb. Každý podnět, názor a připomínka zaměstnanců pomohou rozšířit nabídku a funkčnost tohoto portálu k oboustranné spokojenosti.

Literatura

- BENEŠ, M. (2008) *Andragogika*, 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
- PLAMÍNEK, J. (2010) *Vzdělávání dospělých*, 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3235-0.
- POKORNÁ, A. (2008) E-learning v rámci celoživotního vzdělávání v ošetrovatelství – využití ICT kolaborativním způsobem učení. *In Sestra*, 2008, roč. 18, č. 6, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
- SAK, P. et al. (2007) *Člověk a vzdělání v informační společnosti*, 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2007, 296 s. ISBN 978-80-7367-230-0.

VIDOVIC, S. (2008) E-learning v celoživotním vzdělávání sester v ČR. *In Sestra*, 2008, roč. 18, č. 1, s. 20. ISSN 1210-0404.

Kontaktní adresa:

Bc. Jarmila Morcinková

Nemocnice Třinec, p. o.

Kaštanová 268

739 61 Třinec

Email: jarmilamorcinkova@seznam.cz

DISTANČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ A E-LEARNING

Lenka Klímová

Nemocnice České Budějovice, a.s., Gastroenterologické oddělení

Souhrn:

Autorka příspěvku předkládá k úvaze novou formu studia, která umožní dospělým lidem, především nelékařským zdravotnickým pracovníkům, pokračovat ve svém dalším průběžném vzdělávání.

Klíčová slova: *Distanční vzdělávání; EU, nelékařský zdravotnický pracovník, alternativní forma studia.*

Cíl práce:

Nastínit zajímavost a možnost vzdělávání jinou formou, než tzv. "tváří v tvář". Má přinutit čtenáře, aby se zamyslel, zda by právě to, mohlo umožnit nelékařům zvládat studium, nebo se věnovat celoživotnímu vzdělávání. Je to forma vzdělávání, díky které lze skloubit náročný rodinný a pracovní život.

Proč DiV? A proč DiV pro nelékařské zdravotnické pracovníky? Dle mého názoru je to nutné. Již před vstupem naší republiky do EU a mnohem intenzivněji po tomto vstupu, pocítujeme nárůst administrativy a současně také významné zvýšení náročnosti a odpovědnosti kladené na práci nelékaře. Nároky na práci nelékařů a s tím spojená úroveň znalostí a dovedností se znásobily. To přineslo do životní symbiózy lékaře a sestry nové vnímání v postavení obou účastníků. Stalo se, že cesta každého z nich jde samostatně, odděleně, nicméně stále rovnoběžně ke stejnému cíli, kterým je péče o pacienta. Lékař i sestra mají samostatnou dokumentaci, pracují s diagnózami a ošetrovatelským plánem. Oba musí dokladovat časově limitované provedené úkony. Veřejnost, úřady, lékaři, pacienti i politici, rozhodující o financování zdravotního systému si stále málo uvědomují, že sestra má dnes svou cestu, své kompetence a několikanásobně větší objem práce, než měla dříve. O odpovědnosti ani nemluví. Co tedy konkrétně pro nelékaře udělat? Takovou otázku si kladu již dlouho. Co dělat pro to, aby si lidé této profese více vážili, aby nelékařské obory nebyly vnímány jako obslužná činnost, ale jako vysoce odborná, odpovědná a potřebná dovednost a náročná znalost. Znalost pečující o život a zdraví a velmi často i život zachraňující. Je nesmírně důležité se učit, umět, rozumět a to celý život. Být schopni obstát před konkurencí, být na vysoké odborné úrovni, umět argumentovat, umět odpovídat veřejnosti, která je často nespokojená, často mylně informovaná například sdělovacími prostředky. Naučit se ke své přirozenosti, jakou je například empatie ve vztahu k pacientovi, také důsledné obraně vůči nekompetentní veřejnosti atd. Znamená to studovat vybrané kapitoly z psychologie, naučit se efektivní komunikaci, slovní sebeobraně, asertivitě, apod. Zvyšovat odbornost, umět si odbornou stránku věci a svůj postoj řádně obhájit, to znamená hodiny studia, které by prakticky neměly nikdy končit. Mít učení (sebevzdělávání) jako jednu z náplní života je ve zdravotnictví nutnost.

Já pracuji ve zdravotnictví třicet let. Víím, že převážná část nelékařských zdravotnických pracovníků jsou ženy, a tak přemýšlím, jak skloubit náročnou cestu „ženy matky - zdravotnice“. Její časový prostor pro účast v dalším vzdělávání může být rozhodně velmi omezený a každá zbytečná ztráta docházením nebo dojížděním na výuku je neefektivní a problematická. Proto vidím řešení ve využití alternativní formy studia, jakou je distanční vzdělávání a podpora studia e-learningem. Považuji tuto formu vzdělávání, především pro nelékaře, za nejvhodnější. Aplikace a postupný rozvoj uplatnění distančního vzdělávání v této

oblasti je důležitý. Velice mi záleží na zvýšení vzdělání a tím i zvýšení úrovně nelékařů, zvýšení prestiže, náhledu laické, ale i odborné veřejnosti. Bohužel musím říci, že „prestiž nelékařských oborů se ZATÍM ne a ne zlepšit.“

Co studium distanční formou přináší?! Co znamená termín distanční vzdělávání a e-learning?! Bohužel v této oblasti je zatím velmi málo informací a často se setkávám s hlubokým neporozuměním, nekompetentním odmítáním nebo naopak neadekvátním přeceňováním. Podívám-li se do moudrých knih, najdu různé informace a definice o distančním vzdělávání. Zajímavá je historie, potřeby vzniku této formy vzdělávání, postupný rozvoj a cesta, kterou prošlo distanční vzdělávání až do dnešní podoby.

V úvodu něco málo z Dějin distančního vzdělávání. *„Rozvoj individualizované výuky, v níž účastníci jsou méně závislí nebo zcela nezávislí na učitelích, sahá až do poloviny 19. století. V roce 1840 vznikla první korespondenční škola v Evropě ve Velké Británii - Sir Isaac Pitman Correspondence Colleges, která se zabývala především šířením znalostí tehdy vynalezeného těsnopisu. Ve druhé polovině 19. století vznikají s rozvojem poštovních služeb korespondenční školy v Německu i v Rakousko-Uhersku, zaměřené především na jazykové vzdělávání a obchodní disciplíny. Myšlenky o korespondenčním vzdělávání se šíří do severní Evropy a nacházejí příznivou odezvu v USA a později ve Francii. Tyto první aktivity v distančním vzdělávání se později nerozvíjely a s nimi ani myšlenky distančně vzdělávat. Významným zlomem byl rozvoj kinematografie a rozhlasového vysílání. Do historie vstoupil Edisonův výrok z roku 1926, že rozvoj kinematografie bude znamenat zánik klasických škol. Snahy prosadit distanční vzdělávání jako rovnocennou vzdělávací formu vyvrcholily jeho institucionalizací - v roce 1938 byl založen Mezinárodní svaz pro korespondenční vzdělávání (ICCE) a hned další rok francouzský CNED. Ihned po 2. světové válce se distanční vzdělávání rozšířilo nejen prostorově na většinu kontinentů, ale i rozsahem nabídky. První univerzitou, která nabídla distanční vysokoškolský program, byla v roce 1946 UNISA (The University of South Africa). První zákon o korespondenčním vzdělávání byl vydán v roce 1948 v Norsku (o státní kontrole soukromých korespondenčních institucí). Objevují se nové techniky záznamu zvuku i obrazu a družicový systém Telstar (1962) otevírá éru užití satelitů v telekomunikacích a pronikání těchto technologií i do vzdělávání. V roce 1963 byla založena Rada pro korespondenční vzdělávání - Council for Education by Correspondence (CEC), předchůdce AECS. Od roku 1967 vznikly instituce distančního vzdělávání postupně v Německu a Norsku. V roce 1968 vznikla EHSC - European Home Study Council - Evropská rada pro domácí studia (další předchůdce AECS). V roce 1969 byla založena královskou listinou britská Open Univerzity (OU). Následovaly distanční univerzity ve Španělsku, Pakistánu, Izraeli, Kanadě, Austrálii, Kostarice, Venezuele, Japonsku, Thajsku atd. V roce 1982 změnila ICCE název na ICDE. V roce 1987 založena EADTU - European Association for Distance Teaching Universities - Evropská asociace distančně vzdělávajících univerzit. Iniciativou ICDE vznikla tzv. Budapešťská platforma (The Budapest Platform), jako platforma pro spolupráci a rozvoj distančního vzdělávání v zemích střední a východní Evropy. Tato platforma byla základem pro vznik celoevropské organizace EDEN, která vznikla na konferenci v Praze v roce 1991. Touto konferencí je také možno odstartovat dějiny distančního vzdělávání v České republice.“* (Palán, 2002)

Systematizované informace můžeme čerpat také z knih paní RNDr. Heleny Zlámalové, CSc. Zde je distanční vzdělávání mimo jiné definováno jako „multimediální forma řízeného samostatného studia, které je koordinováno vzdělávací institucí a v němž jsou vyučující resp. konzultanti (tutoři) v průběhu vzdělávání trvale nebo převážně fyzicky odděleni od vzdělávaných.“ *Distanční forma studia je založena na samostatném studiu a k tomuto účelu*

studující obdrží od vzdělávací instituce studijní materiály (studijní opory), které jsou připravené speciálně pro samostudium. Odpadá mnohdy složité shánění studijních materiálů, běhání po knihovnách a prodejních skript, protože studijní balíček je součástí kompletního vzdělávacího servisu. Toto studium je průběžně sledováno a koordinováno vzdělávací institucí, studující má k dispozici svého „individuálního pedagoga“, který je nazýván tutor. Má širokou administrativní a logistickou podporu vzdělávací instituce, včetně možnosti zvolit si vlastní studijní tempo, které odpovídá jeho aktuálním studijním možnostem, znalostem i praktickým dovednostem.

Evropská komise vymezuje „distanční vzdělávání“ v Memorandu o otevřeném distančním vzdělávání v Evropském společenství(1991) takto: „Distanční vzdělávání (studium) je definováno jako jakákoliv forma studia, kde student není pod stálým či bezprostředním dohledem učitelů, nicméně využívá plán, vedení a konzultace vzdělávací instituce či jiné podpůrné organizace.“ (Zlámalová, 2008, s. 17)

Distanční vzdělávání má samozřejmě vedle kladů též zápory. Především poměrně vysokou cenu učebních pomůcek - studijních opor. Nepříjemná může být izolovanost studujících, není s kým se poradit a sdělit si své studijní zkušenosti, či nejasnosti. Při samostudiu také nemáme okamžitou kontrolu, zda postupujeme správně. A po náročném pracovním dnu a péči o děti může být i motivace ke studiu malá. Tzv... nic nás nehoní, v učení postupujeme pomalu.

Závěr

Závěrem však, i přes některá jmenovaná negativa, musím konstatovat, že distanční vzdělávání je, dle mého soudu, opravdu nejvhodnější formou vzdělávání pro učení celoživotní. Právě Distanční vzdělávání umožňuje dospělým lidem pokračovat ve svém průběžném dalším vzdělávání v rámci tradičního vzdělávacího systému nebo často i mimo něj. Rozvíjí předpoklady nejen pro neformální, ale i pro informální vzdělávání. Dává možnost skloubit vzdělávání s povinnostmi, které mají dospělí lidé ke svým rodinám a zaměstnavatelům.

Literatura

ZLÁMALOVÁ, H. (2008) *Distanční vzdělávání a e-learning*, 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 144 s. ISBN 978-80-86723-56-3.

Elektronický zdroj informací :

PALÁN, Z. *Andragogický slovník, Andromedia, "Lidské zdroje - Výkladový slovník" (Academia, 2002) Dostupné na internetu: <http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/dejiny-distancniho-vzdelavani>*

Kontaktní adresa:

Mgr. Lenka Klímová

Svážná 28/1

37371 Rudolfov

Email: lenkaklimova@ladymail.cz

POSTOJE STUDENTŮ/EK STUDIJNÍHO OBORU VŠEOBECNÁ SESTRA KE STÁŘÍ A K SENIORŮM

Jana Novotná

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta v Praze, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství

Souhrn:

V příspěvku se zabývám problematikou postojů studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra k seniorům v průběhu jejich studia. Dále vlivem specificky zaměřených vzdělávacích kurzů v oblasti ošetrovatelství v gerontologii a geriatrii na motivaci pozdějších absolventů/ek k práci s pacienty v post produktivním věku. Uvádím stěžejní výstupy z kvalitativní analýzy dokumentů, které se zabývají se výše zmíněnou problematikou postojů a formou vzdělávání studentů/ek v ošetrovatelství v gerontologii.

Klíčová slova: *názor, postoj, student/ka, všeobecná sestra, senior*

Úvod

Stárnutí populace nejen obyvatel České republiky, ale i celého starého kontinentu a vlastní pedagogicko-výzkumná činnost v ošetrovatelství, kterou se zabývám v rámci pracovního zařazení, mě vedly k zamyšlení propojit tyto dva faktory a zaměřit na ně studii. Jak se později ukázalo, ve světě se problematikou ošetrování stárnoucí populace a vývojem postojů studentů/ek ošetrovatelství zabývá nejen mnoho výzkumníků, ale i výzkumných týmů. Někteří výzkumníci dokonce rozšířili výzkum o vzdělávací kurzy v oblasti ošetrování geriatrických pacientů, které mají za cíl zvýšit motivaci absolventů nelékařů k práci se seniory. V tomto příspěvku bych ráda poukázala na výstupy z kvalitativního šetření dokumentů a pilotního průzkumu formou dotazníku studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra vztahující se k problematice vývoje a změn postojů studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra k seniorům v průběhu jejich studia a přípravy na jejich budoucí povolání.

Cíl práce

Hlavním cílem doktorské výzkumné práce, jejíž dílčí výstupy budu prezentovat, s pracovním názvem „*Vývoj a změna postojů studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra ke stáří a k seniorům v průběhu jejich studia*“, je zmapovat vztahy studentů/ek vysokoškolského studia a studia na vyšších odborných zdravotnických školách k dnešním seniorům. Sledovat a porovnat postoje, jejich vývoj a změnu u studentů/ek jednotlivých studijních oborů a studentů/ek v jednotlivých ročnících k seniorům. Souběžně budu porovnávat obsah vzdělávacích kurikul v jednotlivých vzdělávacích institucích, kde bude výzkum postojů a vztahů k seniorům probíhat. Dalším neméně důležitým cílem výzkumné činnosti bude sledování změn názorů a vývoj postojů u skupin studentů/ek studijního oboru Všeobecná sestra před a po absolvování motivačního výukového programu. Součástí tohoto výzkumného cíle je i vytvoření výše zmíněného motivačního výukového programu, zaměřeného na pozitivní změny postojů studentů/ek k seniorům.

Dílčí výstupy výzkumné práce

Při zobecnění výstupů z výzkumných šetření, která probíhají ve světě v hojně míře, lze vyzdvihnout dvě důležitá zjištění. Prvním zarážejícím faktem je, že studenti/ky studující v nejrůznějších studijních programech ošetrovatelství mají tendenci nahlížet na seniory spíše negativně. To dokazují i výstupy z mnohých studií. Pro ilustraci uvádím studii Musaiger, A.O., D'Souza, R (2009), kteří upozorňují že v Kuvajtu i přesto, že prošel značnou socio-

kulturní modernizací, přetrvává tradiční nahlížení na staré lidi. 305 respondentů, kteří byli osloveni, v 78,8% vypověděli, že si seniory spojují s podrážděností. V určité míře agaismu (tj. takové jednání a přístup, který má v důsledku diskriminační charakter pro seniory) byl patrný v celém vzorku výpovědí. Linda J. A., Johnson, J. A. (2011) například uvádějí, že studentky účastníci se průzkumu ve vzorku 113 respondentů, vykazovaly výrazně méně ageistické postoje než studenti.

Druhým důležitým zjištěním je, že názory a vývoj postojů těchto studentů/ek lze ovlivnit vhodně vedenou teoretickou a praktickou výukou v oblasti ošetřovatelství v gerontologii a geriatrii. Totiž, že respondenti po absolvování edukačně-motivační výuky vykazovali vývoj postoje a názorů na seniory do oblasti pozitivního hodnocení. Primárním cílem všech studií, které jsem pro tento výzkum prostudovala, bylo najít shodu mezi postoji studentů/ek ošetřovatelství k seniorům a pozdějšího praktického pracovního zapojení těchto absolventů do ošetřovatelské péče na úsecích zdravotně sociální péče, směřujících péči právě na seniory. Jelikož do budoucna vyvstane vzhledem k vývoji demografické křivky velmi naléhavá potřeba zajistit seniorům se zdravotním problémem dostatečnou a efektivní péči nejen lékařskou, ale především ošetřovatelskou, je potřeba transformovat a připravit systém vzdělávání nelékařů na péči o takto početnou skupinu obyvatel. Právě tímto směrem zaměřili výzkumníci svá šetření, jež navíc rozšířili o již zmíněnou výuku v oblasti problematiky péče o seniory, ve snaze budoucí sestry motivovat a zdůraznit důležitost zaměřit se na péči o stárnoucí populaci. Välimäki, M., Haapsaari, H., Katajisto, J., Suhonen, R. (2008) ve své studii uvádí, že postoje zkoumaných studentů ošetřovatelství po skončení klinického výcviku na konkrétním pracovišti byly v porovnání se stavem před výcvikem pozitivnější. Šetření provedli pomocí dotazníkové metody, tzv. pre-post-test. Cozort, R.W. (2008) například poukazuje na fakt, že existuje pozitivní vztah mezi znalostmi studentů a pozitivním postojem po posílení gerontologie v rámci osnov během studia. Také klade důraz na to, aby geriatrie byla vyučována samostatně, nejen jako vmezeřená kapitola v jiných klinických oborech v ošetřovatelství jako je např. chirurgie. Potom má taková výuka i motivační charakter.

V druhé části svého příspěvku bych se ráda věnovala některým zajímavým výstupům, které vyvstaly při vyhodnocení vlastní pilotní studii. Pilotní studii jsem prováděla během minulého akademického roku a chtěla jsem prvotně ověřit srozumitelnost dotazníku, který jsem vytvořila pro potřeby zjišťování postojů studentů/ek Ošetřovatelství k seniorům. Vyhodnocovala jsem celkem 24 dotazníků, z nichž vyplynulo, že odpovědělo 22 žen a 2 muži, ve věkových kategoriích 18 – 20 let (8%), 21 – 25 let (33%), 26 – 30 let (26%) a 31 let a více (33%). První jmenovaná kategorie odpovídá studentům/kám prezenční formy studia a druhé dvě zmíněné kombinované formě. Z faktografických údajů ještě stojí za zmínku fakt, že až 58% oslovených vyrůstalo v rodině s oběma rodiči a 20% v rodině, kdy byli kromě obou rodičů přítomni i prarodiče.

Podle oslovených studentů/ek je nejnižší věková hranice, kdy jsou lidé staří 60 let a nejvyšší hranice byla označena 90 a více let. 37% oslovených si myslelo, že postavení seniorů v české společnosti je dobré, ve 33% špatné a ve 30 % je postavení seniorů nevyhovující. Co se týče asociací ke slovu senior, se ve 38% objevovala odpověď nemoc, bezmoc a samota, ve 21% starý pán/paní s hůlkou, ve 21% moudrost, úcta, zkušenost. Ve zbylých 20% to byly asociace jako důchod, málo peněz, prarodiče, sešlost a schody do tramvaje.

Zajímavý se zdá být výstup z otázky: „Co si myslíte o dnešních důchodcích?“ 33% oslovených si zvolilo možnost, že důchodci jsou cennými rádci, 25%, že jsou plnohodnotnými členy naší společnosti a v 17% si senioři neustále na něco ztěžují. 13% respondentů/ek mělo názor, že čeští senioři mají mnoho času, 6% oslovených zaškrtno odpověď, že čeští důchodci

ekonomicky zatěžují naši společnost. Zbývajících 6% uvedlo, že jsou senioři zdrojem kulturních tradic.

22% studentů/tek zvolilo možnost, že si nejvíce u starých lidí cení moudrost a taktéž 22% zvolilo zkušenost. Dále oslovení/é studenti/ky vnímají jako pozitivní vlastnost seniorů ve 12% obětavost, ve 12% vyrovnanost, a ve zbylých 32% to byla laskavost, čestnost, chápavost a důvěřivost. Naopak v 50% je nejméně přijatelnou vlastností u seniorů bezohlednost a ve 22% to byla nespokojenost, v 8% vztahovačnost a v 8% důvěřivost. Ve zbylých 12% respondentky/ti uváděli, že jako negativní vnímají dětinskost, zmatenost a to, že starý člověk může zapáchat.

Typický český senior je podle oslovených ve 43% vrásčitý, ve 20% nmoderní, ale přesto v 11% upravený a v dalších 11% shrbený. 9% oslovených si myslelo, že typický český senior je čistý a v 6% neupravený. Při pohledu na starého člověka v nemocničním lůžku se studentům/kám nejčastěji evokuje pocit empatie (34%), soucitu (25%), bezmoci (13%), shovívavost (13%), lítosti (7%). Ve 4% v respondente/kách tento pohled nevyvolá žádné pocity a ve zbývajících 4% zazněly různé odpovědi, které nelze kategorizovat.

Po dokončení studia chtějí oslovení/é začít pracovat v oblasti urgentní medicíny (33%), 21% na chirurgii, 8% na interním oddělení. Pouze 4% z celého počtu oslovených by chtělo v budoucnu pracovat na oddělení následné péče, tedy poskytovat ošetrovatelskou péči seniorům. 30% studentů/ek se ještě o pracovním zařazení nerozhodlo.

Literatura

COZORT, R. W.: Student nurses' attitudes regarding older adults: Strategies for fostering improvement through academia. *Teaching and Learning in Nursing*, 3 (1), pp 21 – 25, 2008. ISSN1557-3087

DAŇKOVÁ, Š., CHUDOBOVÁ, M., KAMBERSKÁ, Z., POPOVIČ, I. TVRDÁ, J.: *Srovnávání vybraných zdravotnických ukazatelů v UE a ČR*. Praha: UZIS ČR. 2004. ISBN 807280-314-X

LINDA, J. A., JAMES, A. J.: Undergraduate Attitudes Toward the Elderly: The Role of Knowledge, Contact and Aging Anxiety. *Educational Gerontology*, 35 (1), pp. 1 – 14, January 2009. ISSN 0360-1277

MUSAUGER, A. O., D'SOUZA, R.: Role of age and gender in the perception of aging: A community-based survey in Kuwait, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48 (1), pp. 50-57, 2009. ISSN 0167-4943

VÁLIMÄKI M., HAAPSAARI H., KATAJISTO J., SUHONEN R.: Nursing students' perceptions of self-determination in elderly people. *Nurs Ethics*. 15: 346- 59, 2008. ISSN 1477-0989

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Novotná

Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství UK 1. LF

Vídeňská 800

140 59 Praha 4 - Krč

Email: jana.novotna@lf1.cuni.cz

HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER

Vilma Hubová¹, Helena Michálková²

¹Nemocnice Strakonice a.s. Neurologické oddělení

²Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Katedra ošetřovatelství

Souhrn:

Současné moderní ošetřovatelství má své kořeny v minulosti. Abychom mohli rozvíjet ošetřovatelství musíme znát jeho historii. Ošetřovatelství prošlo dlouhým vývojem od opatrovnického pojetí péče o nemocného po organizovanou činnost založenou na bázi odborného vzdělávání sester. Příspěvek si klade za cíl zmapovat vzdělávání sester od roku 1945. Kvalitativní šetření bylo realizováno sekundární analýzou dat a hloubkovými rozhovory. Příspěvek se orientoval na vývoj vzdělávacích programů a na jejich odbornou náplň. Pro obohacení historických dat byly osloveny seniorky pro dokreslení situace osobním vnímáním vzdělávání sester. Příspěvek potvrdil, že náplň vzdělávacích oborů prošla mnoha změnami a na jejich změnách se podílela i politická situace v zemi. První české diplomované sestry byly nadšenými průkopnicemi pokroku v ošetřovatelství a dodnes jsou příkladem hlubokého vztahu k ošetřovatelskému povolání. Je správné navázat na všechno prospěšné, co předchozí generace vytvořily, probudit zájem o studium a posunout ošetřovatelství směrem kupředu. Úkolem dnešního zdravotnického školství je vysoká odborná úroveň absolventů. Ve zdravotnictví stoupají nároky na kvalitu a odbornost a tím rostou i vyšší požadavky na vzdělávání sester.

Klíčová slova: Historie ošetřovatelství; Sylaby; Vzdělávání; Zdravotnické školství; Všeobecná sestra

Úvod

Vzdělávání sester jde souběžně s vývojem ošetřovatelství a medicíny v celém světě. Otázkou, jak tento vývoj probíhal od roku 1945 do současnosti a možnostmi vzdělávání sester se zabývá předložená práce. Zručná a holistická sestra, která ovládá svou profesi, umí tlumit pocity úzkosti a strachu, si snadno získá důvěru pacientů, která je jedním z nejdůležitějších faktorů úspěšné léčby. Takové sestry mohou vyrůstat pouze v ošetřovatelských školách zaručujících kvalitní profesní přípravu, současně s teoretickou a praktickou přípravou v aplikované psychologii, sociologii a etice. Téma historie a současnosti vzdělávání sester otevírá danou problematiku a ukazuje, zdali jsou i v současnosti platná slova ředitelky naší první ošetřovatelské školy diplomované sestry Tobolářové, pronesená na jubilejním pracovním sjezdu diplomovaných sester v ČSR v roce 1946: „Cítím se bohatě odměněna tím, že naše škola přes všechny obtíže dá národu tolik vzdělaných, schopných a práci oddaných sester.“(Kafková, 1992, s. 121).

Cíl práce

Zmapovat vývoj ošetřovatelského vzdělávání v jednotlivých obdobích

Zmapovat vývoj vzdělávacích programů v jednotlivých etapách

Metodika

K naplnění cílů práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkumné šetření bylo realizováno sekundární analýzou dat a hloubkovými rozhovory. Výzkumné šetření bylo

realizováno od srpna 2008 do března 2009. Rozhovory byly provedeny od ledna do února 2009. Data byla získávána z odborných pramenů, z archivů a zdravotnických škol:

Střední zdravotnická a Vyšší zdravotnická škola České Budějovice
Střední zdravotnická škola Písek
Střední zdravotnická škola Tábor
Střední zdravotnická škola Jindřichův Hradec
Střední zdravotnická škola Český Krumlov
Zdravotně sociální škola Strakonice
Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity České Budějovice

Seznam archivů:

Státní okresní archiv České Budějovice
Státní okresní archiv Strakonice
Státní okresní archiv Tábor

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů – archiv Brno

Celkově byly provedeny čtyři rozhovory se sestrami, které absolvovaly studium v padesátých a šedesátých letech minulého století.

Historické mezníky:

Historie do roku 1945

Ošetřovatelství prošlo dlouhým vývojem od jednoduchého pojetí péče o nemocného až po dnešní propracovanou koncepci ošetřovatelství. Florenc Nightingalová stála u zrodu koncepce ošetřovatelství ve světě a v roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu. V Čechách byly první ošetřovatelské školy otevřeny v 1874 a další v roce 1916. Její absolventky položily základ ošetřovatelského vzdělávání u nás. Válečné události přerušily rozvoj našeho zdravotnického školství a vzdělávání sester začalo až po osvobození v roce 1945 (Kafková, 1992; Vučková, 1996).

Historie od roku 1945 do 1989

V roce 1947 bylo na našem území čtyřicet civilních a církevních škol. V roce 1954 /55 z ošetřovatelských škol vznikly vyšší sociálně zdravotnické školy a k nim se připojily i odborné školy pro ženská povolání (Kafková, 1992; Vučková, 1996). Školský zákon č. 186/1960 Sb. zařadil zdravotnické školy od roku 1960 mezi školy druhého cyklu s názvem Střední zdravotnické školy (Suchá, 1949). V těchto letech se ve školách měnily i délky studia. Dvouleté studium bylo prodlouženo na čtyřleté, později pro nedostatek zdravotních sester zkráceno na tříleté studium a z důvodu nízkého věku studentek bylo prodlouženo opět na čtyřleté (Suchá, 1949). Profesní příprava zdravotních sester na středních zdravotnických školách nevyhovovala na konci padesátých let plně potřebám praxe a vynutila si v roce 1960 vznik Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě (Rozsypalová, Staňková, 1999; Staňková, 1996).

Historie od roku 1989

S rozvojem medicíny narůstaly i nároky na kvalitu a odbornost v ošetřovatelství. Ve dnech 15. – 18. června 2000 byla v Mnichově vypracována evropská strategie vymezující směry vzdělávání v oborech ošetřovatelství a porodní asistence. Mnichovská deklarace klade důraz na souvislosti vzdělání a praxe, dále pak na kompetenci sester ve zdravotnických službách (Anon, 2009). Dne 21. září 2003 v Pražské deklaraci se účastníci konference ministrů zdravotnictví států přistupujících k Evropské unii zavázali potvrdit podmínky pro vzájemné uznávání kvalifikace zdravotnického pracovníka včetně zavedení jejich registrace (Pražská

deklarace, 2009). U nás se koncepcí rozvoje českého zdravotnictví zabýval reformátorský kolektiv vedení doc. PhDr. Martou Staňkovou CSc. (Škubová, Chvátalová, 2004). Dne 9. Dubna 1998 byl přijat ministerstvem zdravotnictví české republiky dokument, který definoval obor, pracovníky, vzdělávání, řízení, výzkum a směry vývoje oboru (Škubová, Chvátalová, 2004). Významnou úlohu pro postavení sester a jejich vzdělávání má jejich profesní organizace Česká asociace sester. Po schválení Koncepce ošetrovatelství se začal připravovat centrální systém registrace sester (Salvage, 1997). Registrace byla zahájena 12. Května 2001, v den Mezinárodního dne ošetrovatelství. V zákoně č. 96/2004 Sb. je poprvé v našem státě jasně definován pojem celoživotního vzdělávání a vyjmenovány aktivity, které jsou za vzdělávání požadovány (Hofšterová-Knotková, 2007). Vzdělávací aktivity v systému celoživotního vzdělávání upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb. ve znění vyhlášky č. 381/2008 Sb. Touto vyhláškou je stanoven kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (Vyhláška č. 423/2004).

Výsledky:

Kvalitativní výzkumné řešení bylo realizováno hloubkovými rozhovory se sestrami, které studovaly v 50- 60 letech minulého století. Každá z těchto sester zavzpomínala na svoje studie a začátky svého ošetrovatelského povolání. Během rozhovoru bylo každé z nich položeno několik otázek, které byly zaměřeny na oblasti:

- Motivace výběru studia
- Náročnost studia
- Nástup do praxe
- Průběh výkonu profese
- Hodnocení současného systému vzdělávání

Rozhovor č. 1

Paní VE, narozená 1933, začala studovat v 50 letech a než ukončila studium, přecházela z jedné zdravotní školy do další, protože během jejího studia se určité druhy škol rušily a jiné zase vznikaly. Nastoupila do Odborné školy pro ženská povolání ve Strakoniciích, ale aby mohla zvolené vzdělání ukončit musela dvakrát změnit školu. Ne proto, že chtěla, ale dvě školy – Odborná škola pro ženská povolání ve Strakoniciích a Sociálně zdravotní škola ve Strakoniciích byly mezitím zrušeny. Musela proto dostudovat na Vyšší zdravotnické škole v Písku. Paní VE také uvádí, jak její studijní ročník zastihla válka v Koreji, a byl na studentky vyvíjen nátlak k podpisu, aby v případě potřeby mohly být nasazeny do války.

Rozhovor č. 2

Paní KH, narozená 1945 na otázku hodnocení současného systému vzdělávání sděluje: „Závěrem krátkého pohledu do mé profesní cesty mám chuť říci všem sestřičkám, které mají rády svou práci, že jim přeji, že v současné době mají tolik možností zvyšovat si svoji kvalifikaci. Vysokoškolské vzdělání sester zafixuje jejich kompetence k vykonávání jejich odborných výkonů, povede je k aktivní a tvořivé práci v ošetrovatelském procesu a zajistí i právní ochranu v jejich samostatné činnosti. Mnohým ukáže i cestu k dalšímu vzdělávání. Vždyť studium člověka obohacuje, rozšiřuje mu obzory a zvyšuje možnosti uplatnění.“

Dalším z cílů této práce bylo zjistit náplň vzdělávacích programů ve zdravotnických školách a porovnat tyto sylaby s dnešními programy. Tyto programy jsou v práci rozděleny do dvou období:

Náplň vzdělávacích programů do roku 1989

Učební plány a osnovy středních zdravotnických škol ovlivnilo usnesení Ústředního výboru Komunistické strany Československa „O těsném spojení školy se životem“ z dubna roku 1959 (Suchá, 1949, s. 7). Předmět výrobní práce prošel složitým vývojem od praxe v průmyslových závodech po výcvik ve zdravotnických zařízeních. Ve snaze přiblížit žákům problematiku výroby chodily v prvních ročnících sestry - žákyně do místních továren, aby lépe pochopily dělnickou třídu. V druhém ročníku byla výrobní práce nahrazena pracovní výchovou, jejímž cílem bylo seznámit žákyně s prací pomocnic ve zdravotnických zařízeních. Ve výuce žákyň nechyběla výuka psaní na stroji ani branná výchova. Hodiny věnované branné výchově měly za úkol rozvíjet tělesnou zdatnost a rozmanité dovednosti. Tam patřila například i střelba ze vzduchovky (Suchá, 1949). Osnovy prvních ročníků čtyřletého studia obsahovaly hlavně všeobecně vzdělávací předměty a z odborných předmětů pak byly zařazeny biologie a somatologie. Ve druhých ročnících byly vyučovány patologická anatomie a fyziologie, hygiena – epidemiologie a úvod do interny, chirurgie a pediatrie. V posledních dvou ročnících převažovala praxe a výuka klinických a odborných předmětů. Syntéza odborných předmětů spočívala ve spojení anatomie a fyziologie v jeden předmět - somatologii. Speciální patologie je obsažená v klinických oborech a předmět patologická anatomie byl přednášen jen obecně. Ve všech oborech byla po přestavbě v roce 1960/61 posílena výuka chorob vnitřních, aby studenti získali vědomosti o nejdůležitějších chorobách, jejich příčinách, projevech, léčení a prevenci. Předmět chirurgie obsahoval zásady chirurgické práce, ale také poskytování první pomoci, krevní transfuze a organizaci rehabilitační péče. Součástí osnov byly také poznatky z ortopedie a urologie (Špindlerová, Švehlová). Osnovy vypracované v roce 1960 a 1961 byly pouze přechodné a všechny změny ve výuce byly podchyceny a zapracovány do osnov a učebního plánu zdravotních sester z roku 1972. V osnovách byla obsazena výchova a vzdělávání jako dynamický proces, který bude zajišťovat budoucím zdravotním sestřím poznatky a dovednosti potřebné v praxi a naučí je samostatně myslet a reagovat (Suchá, 1949). Nové učební osnovy studijního oboru 53-01-6 Zdravotní sestra vydalo Ministerstvo zdravotnictví České socialistické republiky po dohodě s Ministerstvem školství dne 20.11.1983 s účinností od 1. září 1984 od prvního ročníku střední zdravotnické školy. Studium na střední zdravotnické škole bylo i nadále organizováno jako čtyřleté zakončené maturitní zkouškou. Od absolventů se očekávala potřeba soustavného celoživotního zvyšování kvalifikace (MZČR 1983).

Inovace vzdělávacích programů zdravotnických škol po roce 1989

Vlivem takzvané sametové revoluce došlo po roce 1989 v celé řadě oborů k zásadním změnám a k návratu do evropských struktur. Ideologem první velké porevoluční reformy školství byla doc. PhDr. Marta Staňková CSc., která se od roku 1991 podílela na změně základní profesní přípravy středních zdravotnických pracovníků. Dne 1. září 1991 byl dosavadní obor zdravotní a dětská sestra nahrazen oborem všeobecná sestra. Studium bylo čtyřleté nebo dvouleté pomaturitní (Škubová, Chvátalová, 2004). V učebních osnovách bylo kromě změny názvu oboru zaznamenáno také mnoho úprav studijních programů. Došlo k opětovnému rozdělení na složku všeobecnou a odbornou. Všeobecná složka byla tvořena předměty jazykovými, společensko vědními, přírodovědnými, výpočetní technikou a tělesnou výchovou (MZČR, 1992). Vedle zvládnutí základní komunikace byl kladen důraz na používání znalosti cizího jazyka ke studiu odborné literatury. Největší pozornost je věnována výuce ošetřovatelství a ošetřování nemocných. Výuka je vedena tak, aby budoucí sestry chápaly prožívání nemocného a na podkladě toho přizpůsobily provádění ošetřovatelských činností. Odborné předměty se nevyučovaly samostatně, ale jako součást odborných bloků v ošetřovatelství. Cílem výuky ošetřování nemocných je nácvik a osvojení odborných činností ve zdravotnických zařízeních a formování profesionálních vlastností budoucích sester (MZČR

1992). V roce 1995 byla vydána učební osnova psychologie, změny se týkaly především pojetí základních funkcí psychiky a pojetí osobnosti (Vitnerová, 1995). Zvyšování odborného vzdělávání sester bylo v souladu s vývojem ošetřovatelství v Evropě, a proto bylo nutné přijmout určitá opatření. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání významně změnil studium ošetřovatelských oborů. Od školního roku 2004/2005 došlo na středních zdravotnických školách ke zrušení oboru všeobecná sestra. Tento obor byl nahrazen oborem zdravotnický asistent (Škubová, Chvátařová, 2004; Zákon č. 96/2004). Absolventi, kteří ukončí studium a chtějí pracovat bez odborného dohledu, pokračují ve studiu buď na vyšší odborné škole zdravotnické v oboru diplomovaná všeobecná sestra, nebo na vysoké škole s bakalářským studijním programem ošetřovatelství v oboru všeobecná sestra, popřípadě vysokoškolského studia magisterského a doktorandského ošetřovatelského směru (Šitná, 2006). V rámci celoživotního vzdělávání má významnou úlohu Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, který vypracoval rámcově vzdělávací programy, které jsou koncipovány modulárním způsobem (Škubová, 2004; Pražská deklarace, 2009).

Závěr:

Domnívám se, že z mého přehledu náplně vzdělávacích programů do roku 1989 a inovací vzdělávacích programů zdravotnických škol po roce 1989 dostatečně vyplývají shody a rozdíly. Chtěla bych zdůraznit, že zdravotnictví je ovlivňováno prudkým vývojem vědy a techniky i společenskou situací. Práce se zabývá historií jednotlivých období rozvoje ošetřovatelství od jeho prvopočátků, vznikem první české ošetřovatelské školy a současným stavem ošetřovatelství v našem zdravotnictví. Rozborem sylabů jednotlivých etap vývoje bylo potvrzeno, že pokrok vědy a techniky se ve zdravotnictví velmi výrazně promítl do osnov jednotlivých předmětů. Minulé století bylo století techniky a informací, ale 21. století by mělo být především stoletím komunikace. Stoletím kvalitních vztahů, empatie, snahy po harmonii citů a rozumu. Práce sestry je jednou z nejnáročnějších profesí vůbec a to jak z hlediska psychické tak i fyzické zátěže. Na tak náročnou práci jsou sestry ve školách dobře připraveny i díky nově zpracovaným učebním osnovám. České sestry se vždy úspěšně uplatňovaly v evropském a světovém ošetřovatelství. V budoucnosti by si naše společnost měla uvědomit historickou, současnou i budoucí hodnotu našich sester a o ošetřovatelském povolání by se mělo hovořit s úctou.

Literatura:

- ANON. (2009) Studijní programy. Dostupné z: [online].
[<http://www.lf1.cuni.cz/default.asp>. [cit. 2009- 19-2]
- HOFŠTEROVÁ – KNOTKOVÁ, M. (2007) Vzděláním investujeme sami do sebe. *Florence*. Galén: 2007, roč. III, č. 3. s. 110. ISSN: 1801 – 464X.
- KAFKOVÁ, V. (1992) *Z historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1992. 185 s. ISBN 807013-123-3.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. (1992) *Základní pedagogické dokumenty pro střední zdravotnické školy. Studijní obor všeobecná sestra 53-01-06*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Praha: 1992
- PRAŽSKÁ DEKLARACE. (2009) Dostupné z: [on line].
<http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=260697&conn=3932&pg=7>. [cit. 2009-2-12]
- ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. (1999) *Ošetřovatelství I*. 3. vyd. Praha: Informatium, 1999. 234s. ISBN 80-86073-39-4.

- SALVAGE, J. (1997) *Ošetřovatelství v akci*. 1. vyd. Praha: Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92 890 1312.
- STAŇKOVÁ, M. (1996) *Základy teorie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 193. ISBN 80-7184-243-5.
- SITNÁ, D. (2006) Jak se mají naše „zdrávky“. *Sestra*. Mladá fronta: 2006, roč. 16, č. 7-8. s. 14-15. ISSN: 1210 – 464X.
- SUCHÁ, J. (1949) *Vývoj výuky studijního oboru zdravotních sester od roku 1949*. Archivní materiál NCO NZO Brno
- ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ H. (2004) *Sestra- O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno: 2004. 140 s. ISBN: 80-7013-407-0.
- ŠKUBOVÁ, J. (2004) Co nabízí nově NCO NZO sestřím? *Sestra*. Mladá fronta: 2004, roč. 14. č. 10. s. 4. ISSN: 1210-0404.
- ŠPINDLEROVÁ, A., ŠVEHLOVÁ, K. *Realizace přestavby středního zdravotnického školství*. Ministerstvo zdravotnictví. Archivní materiál NCO NZO Brno
- VUČKOVÁ, J. (1996) *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 72s. ISBN 80-7168-151-2.
- VYHLÁŠKA č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Dostupné z: [online]. <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/452-vyhlaska-c-4232004-sb.html>. [cit. 2008-25-2]
- VITNEROVÁ, N. *Úprava učebních dokumentů oboru 53-01-6 Všeobecná sestra*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha: 1995, VZV -5311-14 -14.8.95
- ZÁKON č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) Dostupné z: [online]. http://www.cszt.cz/96/Zakon%2096_2004.htm . [cit. 2009-23-2]

Kontaktní adresa:

Bc. Vilma Hubová
Neurologie
Nemocnice Strakonice a.s.
Radomyšlská 336
386 01 Strakonice
Email: vilma.hubova@strakonice.cz

KURIKULÁRNÍ TÉMATIKA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

Marie Hlaváčová, Šárka Tomová
Ústav ošetřovatelství, UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek je koncipován jako krátké zamyšlení nad kurikulární tematikou výchovy ke zdraví související s hodnotou zdraví v dnešní době. S proměnami společnosti a požadavky dnešní doby dochází k potřebě změny kurikula integrujícího salutogenetický princip a well-being do přístupu ke zdraví a životního stylu jedince.

Klíčová slova: Kurikulum; Zdraví; Spirituální zdraví; Životní styl; Výchova; Well-being (životní pohoda)

Úvod

S proměnami současné společnosti a dostupností informací se mění i pohled lidí na zdraví. Příspěvek je reakcí na celospolečenskou potřebu systematicky rozvíjet vzdělávání v oblasti podpory zdraví. Pokud se zabýváme otázkami proč, koho, v čem, kdy, jak, za jakých podmínek, s jakými očekávanými efekty/výsledky vzdělávat, dostáváme se k tematice tvorby kurikula. Pojem kurikulum lze podle Průchy (2009) definovat jako: „*složitéj edukační fenomén, který z nejobecnějšího pohledu znamená obsah vzdělávání, učební plán.*“ Pochází z latinského slova curriculum, znamenající běh, průběh. (Průcha, 2009). Zaměření kurikulárních otázek týkajících se předmětu Výchova ke zdraví je spojeno se dvěma významnými fenomény s výchovou a se zdravím.

Zdraví

Obecně je zdraví považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot v životě člověka. Zdraví definovala WHO (1948) jako stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či vady. V současné době je stále častěji pojem zdraví z holistického (celostního) hlediska spojován s pojmem pohoda (well-being) či blaho (wellness). Blaho definuje Farkašová jako „*uvědomělý výběr životního stylu charakterizovaný osobní zodpovědností a maximálním rozvojem fyzického, mentálního a spirituálního zdraví.*“ (Farkašová, in Mareš, Vachková, 2010, s. 92)

Duchovní (spirituální) zdraví spojuje Strejčková a kol. (2007) „*se smyslem našeho bytí, je jádrem naší existence určující smysl života a bytí na této planetě.*“ Umožňuje nám pochopit a uvést do vzájemného vztahu ostatní aspekty zdraví - tělesné, mentální, emocionální, osobní (seberealizační), společenské, které se vzájemně ovlivňují. „*Příčiny mnoha nemocí bychom měli hledat v těchto jednotlivých aspektech.*“ (Strejčková a kol., 2007, s. 51)

Zdraví je tedy mnohorozměrný fenomén a je třeba jej tak prezentovat i v průběhu vzdělávání, s využitím poznatků celé řady vědeckých disciplín - preventivní medicíny, psychologie zdraví, pozitivní psychologie, filozofie zdraví a dalších.

Sylabus předmětu Výchova ke zdraví obecně nejčastěji přináší důležitá témata týkající se zásad správné výživy, zdůrazňuje vliv pohybové aktivity na zdraví, varuje před nebezpečím návykových látek (kouření, konzumace alkoholu a drog, gamblersství). Pokud se na problematiku podíváme s nadhledem, vidíme, že v klasickém pojetí je zdraví pojímáno jako

protiklad nemoci, něčeho, co je třeba odstranit, protože jde v organismu o cizorodý prvek. Stále bývá opomíjena při posilování zdraví stránka sociální a duchovní.

Zatímco klasický způsob myšlení nahlíží na zdraví a nemoc dichotomicky, tedy jako na dvě odlišné kategorie, s cílem odstranit nemoc, z hlediska principu salutogeneze uvažujeme o zdraví a nemoci jako spojitém prostoru. (Mareš, Vachková, 2010, s. 146)

Salutogeneze je nauka o původu a zrodu zdraví, o jeho podpoře a posilování (salus znamená zdraví, blaho, slovo genesis je překládáno jako vznik, vývoj, původ atd.). Záměr salutogeneze vysvětluje Mareš (2010) takto: „*Salutogeneze si klade za cíl probudit pacientův zájem o zdraví, iniciovat procesy vedoucí k sebeuzdravení (tím se v žádném případě nevylučuje užívání léků), otevřít pacientovi nové možnosti, které se v nemoci nabízejí a pochopit smysl, jenž může být v nemoci naplněn...*“ (Mareš, Vachková, 2010, s. 147)

Pokud dostává nemoc pro pacienta svůj význam, přestává být nepřítelem, může vést k ozdravení jeho životního stylu.

Životní styl

V literatuře bývá mezi nejdůležitější determinanty zdraví řazen životní styl, který se podílí z 50%, dále genetické předpoklady (20%), životní prostředí (20%) a zdravotní péče (10%) (Strejčková a kol., 2007, s. 55, Machová, 2009, s.13).

Stěžejní determinantou zdraví je tedy životní styl, který Machová (2009) charakterizuje takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které je založené na individuálním výběru z různých možností...*“ (Machová, 2009, s.16)

Podle údajů WHO patří mezi faktory, které nejvíce ohrožují zdraví (řazeno od nezávažnějších): kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nadváha, pracovní rizika, nedostatek zeleniny ve výživě, chudoba, nezaměstnanost, závislost na drogách, dopravní úrazy, nízká pohybová aktivita, přemíra živočišných tuků ve výživě, exhalace v ovzduší. (Strejčková a kol., 2007, s. 55)

Všichni víme, že důsledkem nezdravého způsobu života dochází k rozvoji civilizačních chorob, které pomalu přerůstají v epidemie. (Mareš, Vachková, 2010)

Například z průzkumu Všeobecné zdravotní pojišťovny z konce roku 2010 vyplývá, že s nadváhou se potýká 35% a s obezitou 23% české populace. Alarmující je fakt, že děti obézních lidí se potýkají s obezitou 3x častěji. Z výsledků vyplynulo, že nadváha a obezita jsou rizikovým faktorem pro vznik a vývoj diabetes mellitus, hypertenze a nižší spokojenost s kvalitou života, naopak ideální váhu pomáhá udržovat zdravý životní styl. Výzkum dále prokázal, že lidé, kteří dávají přednost zelenině a ovoci před tučnými jidly a sportují, si častěji drží ideální váhu i ve vyšším věku (Matoulek, 2011).

Vzhledem k tomu, že nejčastějšími příčinami úmrtí v České republice jsou nemoci oběhové soustavy, dále nádorová onemocnění a úrazy, je důležité podporovat zdravý životní styl i celospolečensky. V současné době je Česká republika ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací také zapojena do projektů založených na holistickém modelu zdraví, který se orientuje na systematické včlenění podpory zdraví do všech aktivit školy s názvem Škola podporující zdraví (Machová, 2009, s. 266).

Bohužel realizace cílů projektu Zdravá škola naráží na četné překážky, síť škol podporujících zdraví zůstává velice řídká. Může to být způsobeno přetrvávajícím pouze proklamativním uznáváním podpory zdraví coby priority školního vzdělávání (Zvírotský, 2009)

Výchova

Životní styl je utvářen výchovou, která má v životě člověka zásadní význam, ovlivňuje jej mnohdy na celý život. Z etymologického hlediska pojem výchova znamená táhnout vzhůru, vytáhnout nebo nést kupředu, vést, řídit, provázet. Vychovávat tedy znamená pěstovat i vést, znamená formovat i transformovat. Výchovou jako specificky lidskou činností můžeme nazvat proces směřující k přípravě člověka pro jeho společenské úkoly a osobní život.

Je bezesporu úspěchem, že témata týkající se zdravého životního stylu jsou součástí kurikula ZŠ a některých SŠ, že se žáci dovídají mnoho zásadních informací pro život například z oblasti zdravé výživy, důležitosti pohybu a tělesných aktivit pro zdraví a zároveň jsou upozorněni na nebezpečí rizikových aktivit (kouření, drogy, alkohol, gamblerství a jiné závislosti).

Otázkou je, jak koncipovat v rámci kurikula lékařských fakult předmět Výchova ke zdraví v holistickém pojetí. Na 2. lékařské fakultě byla v tomto akademickém roce tematika zdravého životního stylu součástí předmětu Výchova ke zdraví a edukační činnost ve 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství oboru Všeobecná sestra v zimním semestru.

V úvodní části byli studenti seznámeni se základními didaktickými principy výchovy a vzdělávání, se základy edukace, osvojili si edukační metody a techniky vhodné k předávání informací nemocným, jejich blízkým nebo skupinám. Další témata byla zaměřena na specifika edukační činnosti ve zdravotnictví a práci s rodinou klienta, kdy byly využívány modelové situace a metoda hraní rolí. Tematika zdravého životního stylu – součást obsahové náplně předmětu Výchova ke zdraví a edukační činnost – umožňuje studentům si prohloubit vědomosti týkající se zásad správné výživy, vlivu pohybové aktivity na zdraví a získat informace varující před nebezpečím návykových látek (kouření, konzumace alkoholu a drog, gamblerství). Studentky jsou vedeny k tvorbě edukačních plánů a samozřejmě součástí výuky je rozbor edukačních plánů vytvořených studenty.

Zároveň je do výuky integrováno pojetí well-being (pohoda) formou cvičení rozšiřujících tělesné vnímání. Jednou z možností, jak posilovat zdraví v celostním pojetí, jsou bodytherapeutické techniky (např. lifting, biorelease masáže), které prostřednictvím uvolnění svalového napětí pomáhají snížit i napětí psychické, poměrně rychle pomáhají navodit well-being. (Pojem bodyterapie je překládán jako psychoterapie zaměřená na tělo). Některé masáže jsou velmi přínosné a zároveň časově zvládnutelné (např. masáž dlaně nebo chodidel, kterou lze provádět i doma u televize jako automasáž).

Pro srovnání uvádíme obsah předmětu Výchova ke zdraví ve studijním programu Ošetřovatelství, studijního oboru všeobecná sestra kombinované formy, který je vyučován na lékařské fakultě v Hradci Králové v zimním semestru. S potěšením můžeme konstatovat, že tento předmět je ve studijním programu zařazen jako povinný. Obsahová tematika předmětu ve formě seminářů a praktických cvičení koresponduje s výukou na 2. LF UK, navíc je zde řazena problematika civilizačních chorob, například primární a včasná sekundární prevence nádorových onemocnění (karcinom prsu, děložního čípku, plic, tlustého střeva apod.) Velký důraz je zde kladen na zásady racionální výživy, prevenci nadváhy a obezity v souvislosti

s kardiovaskulárními onemocněními. Obsahová tematika předmětu rovněž neopomíjí pohybové aktivity v primární prevenci a oblast wellness.

Jak vést tedy studenty k vhodným aktivitám podporujícím zdraví? Možnosti jsou tak široké jako komplexní pojetí fenoménu zdraví. V současné době jde o hledání jednoduchých aktivit podporujících zdraví, v souladu s měnícími se potřebami dnešní doby. Nabízí se využití poznatků z oblasti duševní hygieny – možnosti a strategie zvládnání stresu, relaxační techniky, techniky přerámování, techniky sebepoznávání, např. uvědomování si vlastních silných a slabých stránek, ale také muzikoterapie apod. Pojďme se zabývat aktivitami ve smyslu salutogeneze.

Závěr

Výskyt civilizačních chorob nás varuje před důsledky životního stylu s nedostatkem pohybu, tendencí k přejídání, životem ve zhoršených mezilidských vztazích a v podmínkách, kde mnoho lidí smysl svého života ztrácí. Pokud má kurikulum odpovídat požadavkům současné doby a potřebám lidí, kteří v ní žijí, je důležité najít v rámci vzdělávání prostor pro rozvíjení zdraví podporujících aktivit v holistickém pojetí.

Literatura

- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. (2009) *Výchova ke zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8
- MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. a kol. *Pacientovo pojetí nemoci II*. 1.vyd. Brno: MSD, 2010, 103 s. ISBN 978-80-7392-150-7
- PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. Praha : Portál, 2009, ISBN 978-80-7367-546-2
- STREJČKOVÁ, A. a kol. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Fortuna, 2007, 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0
- ZVÍROTSKÝ, M. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy : učební text pro studenty pedagogických oborů*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. 80 s. ISBN 978-80-7290-431-0
- MATOULEK, Martin. [Http://www.obesity-news.cz/?id=291](http://www.obesity-news.cz/?id=291) [online]. Obesity NEWS 6 / 2011 (15. 6. 2011) [cit. 2011-07-13]. Výskyt obezity v České republice v roce 2011 (1. část). Dostupné z WWW: <<http://www.obesity-news>>.

Kontaktní adresa:

PhDr. Marie Hlaváčová
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
156 00 Praha 5 - Motol
Email: marie.hlavacova@lfmotol.cuni.cz

KOMPARACE SYSTÉMU SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ A KOMPETENCÍ SESTER V OBORU ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE, SLOVENSKÉ REPUBLICCE A VE SPOLKOVÉ REPUBLICCE NĚMECKO

Petr Caletka

Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta

Souhrn:

Práce vychází z výsledků šetření sledující rozdíly ve specializační přípravě a kompetencích sester v oboru anesteziologie a intenzivní péče v České republice, Slovenské republice a ve Spolkové republice Německo. Navzdory tomu, že všechny tři sledované země jsou členskými státy Evropské unie, neexistuje v nich jednotný systém specializačního vzdělávání, a to nejen v oboru anesteziologie a intenzivní péče, ale také v ostatních specializačních oborech. Z toho plynou rozdíly ve vzdělávacích programech, odborné způsobilosti i výsledných kompetencích. Z výsledků vyplývá potřeba harmonizace a sjednocení systémů specializačního vzdělávání, čímž by bylo docíleno rovnocenných podmínek a požadavků na postkvalifikační přípravu těchto zdravotnických pracovníků. Práce je realizována formou obsahové analýzy oficiálních dokumentů ministerstev zdravotnictví sledovaných zemí, které upravují specializační vzdělávání a kompetence v daném oboru.

Klíčová slova: *Anesteziologie, intenzivní péče, kompetence, sestra, specializační vzdělávání*

Úvod

V současném světě je medicína, a s ní související ošetrovatelství, jedním z nejprogressivněji se rozvíjejících oborů. To s sebou přináší i vyšší nároky na zdravotnický personál a jeho vzdělávání. Anesteziologické sestry mají v každém operačním týmu své nezastupitelné místo. Jejich úloha v ošetrovatelském procesu je však mnohdy nedoceněna a jejich postavení mezi zdravotníky i veřejností ustupuje do pozadí.

Cíl práce

Primárním cílem bylo vytvoření komparativní studie sledující rozdíly v systému specializačního vzdělávání anesteziologických sester v České republice, Slovenské republice a ve Spolkové republice Německo. Současně s tím bylo vlastní šetření zaměřeno také na výsledné kompetence, vycházející z kvality a rozsahu specializované odborné přípravy těchto zdravotnických pracovníků.

Metodika

Zvolenou metodou byla obsahová analýza oficiálních dokumentů Ministerstev zdravotnictví ČR, SR a SRN, upravující specializační vzdělávání a kompetence v daném oboru. Soubor sledovaných zemí byl vybrán z následujících důvodů. Prvním je členství jednotlivých zemí v rámci Evropské Unie a jejich vzájemně blízká, geografická poloha. Při výběru měla také zásadní význam problematika nedostatečného počtu zdravotních sester v České a Slovenské republice, způsobena odchodem vzdělaných a jazykově vybavených sester do sousedního Rakouska a Německa. Na druhou stranu se však každoročně navyšuje také počet slovenských sester pracujících v České republice. Obecně tedy platí, že v rámci Unie dochází nejčastěji k volnému pohybu příslušníků členských států EU směrem od východu na západ, a to díky vyspělejším ekonomickým systémům, které umožňují lepší pracovní i platové podmínky.

Výsledky

V rámci výzkumu byly porovnávány jednotlivé specializační vzdělávací programy dle následujících kritérií.

1. Cíl specializačního vzdělávání v oboru ARIP
2. Délka vzdělávacího programu
3. Hodinová dotace (podíl teorie a praxe) vzdělávacího programu
4. Vstupní podmínky a kritéria pro uchazeče o specializační vzdělávání
5. Průběžné podmínky
6. Výstupní podmínky
7. Přehled institucí organizujících specializační vzdělávání v jednotlivých zemích
8. Modulový systém (název, popis, obsah, zaměření modulů, délka, zakončení)
9. Výsledné kompetence
10. Uznávání specializačního vzdělání v rámci sledovaných zemí
11. Financování specializačního vzdělávání

Největší rozdíly v koncepci specializačního vzdělávání byly zjištěny v celkové délce vzdělávacího programu, hodinové dotaci, vstupních podmínkách, výsledných kompetencích a uznávání získané odborné způsobilosti v jednotlivých zemích. V následujících řádcích se pokusím ve stručnosti poukázat na vzájemné rozdíly.

Délka specializačního vzdělávacího programu je v každé zemi (ČR, SR, SRN) stanovena odlišně. S tím souvisejí také rozdíly v délce trvání jednotlivých vzdělávacích modulů a hodinová dotace praktické a teoretické části studia. V České republice je zákonem stanovená délka minimálně 36 měsíců (3 roky). V případě Slovenské republiky pak 18 měsíců (1,5 roku). V Německu je další vzdělávání organizováno jiným způsobem. Zájemci o specializaci v oboru „Anästhesie und Intensivpflege“ (Anestezie a intenzivní péče) mají na výběr ze dvou forem studia - prezenční, která trvá 24 měsíců (2 roky) a dálkové, v délce trvání 48 měsíců (4 roky).

V ČR je základním kritériem pro získání specializované odborné způsobilosti absolvování nejméně 640 hodin teoretické a praktické výuky, z čehož praktická část zahrnuje minimálně 50%. Délku i poměr teorie a praxe má každý modul stanoven individuálně. Na Slovensku jsou vzhledem ke kratší délce trvání vzdělávacího programu stanovena kritéria jinak. Není zde řečeno, kolik hodin má sestra minimálně absolvovat, ale v jaké délce. „*Ošetrovateľská prax v špecializačnom odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť v dĺžke trvania jeden a pôl roka, z toho teoretická príprava vo vzdelávacej ustanovizni štyri týždne a ošetrovateľská prax vo výučbovom zdravotníckom zariadení šesť týždňov.*“¹

Německo má v tomto ohledu své programy více propracované. Teoretická výuka zahrnuje nejméně 720 hodin po 45 minutách. Praktický výcvik zahrnuje nejméně 1 200 hodin po 60 minutách, z toho minimálně 400 hodin odborné praxe na příslušném pracovišti, v závislosti na specializaci. (JIP pro děti/JIP pro dospělé, interní JIP/ chirurgická JIP). Celkem tedy 1920 hodin teoretické a praktické výuky.

Pro zařazení do specializačního vzdělávání je třeba, aby každý z uchazečů splnil předem stanovené podmínky. Jedná se o předchozí praxi, dosažené vzdělání a kvalifikaci. U všech tří sledovaných zemí byly obdobné, tedy co se týká požadované kvalifikace. Rozlišují spíše

¹ Věstník MZ SR, Ročník 58

formu studia, kterým lze kvalifikaci v oboru všeobecná sestra (popř. dětská sestra) získat. Jinak je tomu po stránce požadované praxe, kterou je třeba splnit před zařazením do vzdělávacího programu a pro získání specializované způsobilosti.

V ČR je požadováno úspěšné ukončení kvalifikačního studia a získání způsobilosti v oboru všeobecná sestra. Kromě této podmínky je dále požadován výkon povolání všeobecné sestry v délce trvání nejméně 12 měsíců. O typu pracoviště, ve kterém má být výkon realizován, zákon nehovoří.

Na Slovensku je pro zařazení do specializačního studia potřebná kvalifikace získaná absolvováním vysokoškolského studia v oboru Ošetřovatelství (bakalářského nebo magisterského stupně), nebo vyššího odborného vzdělání v oborech všeobecná sestra a dětská sestra, popřípadě ukončené úplné střední odborné vzdělání (kde je však podmínkou po zařazení do vzdělávacího programu doplnit znalosti z oblasti Ošetřovatelství). Současně s tím je třeba, aby každý uchazeč měl za sebou bez přerušení nejméně tříletou praxi v oboru anesteziologie a intenzivní péče. V případě SRN jsou podmínky benevolentnější. Jediným požadavkem je ukončené vzdělání v oboru Všeobecná sestra. Požadovanou formu studia (SŠ, VOŠ, VŠ) zákon nestanovuje. Požadavky na uchazeče se však v jednotlivých spolkových zemích liší. Například v Severním Porýní - Vestfálsku samotný zákon nepožaduje předchozí profesní praxi, avšak některé akreditované vzdělávací instituce ji mohou po uchazeči požadovat.

Definování kompetencí, ke kterým jsou zdravotničtí pracovníci, v našem případě všeobecné sestry, kompetentní je dosti problematické a nesjednocené. V ČR jsou zákonem definovány nejen obecné kompetence zdravotnických pracovníků, ale také specializované a vysoce specializované činnosti, ke kterým jsou zdravotničtí pracovníci kompetentní po absolvování specializačního vzdělání. Základním dokumentem, který by měl každý český zdravotník znát je Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. V SR je problém asi nejznatelnější. Neexistuje zde totiž žádný obdobný dokument, který by specificky vymezoval činnosti slovenských zdravotníků. Ti se řídí „pouze“ základními a obecnými činnostmi, stanovenými ve Vyhlášce Ministerstva zdravotnictva Slovenskej republiky č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Co se týká SRN, zde se kompetence sester řídí legislativou dané spolkové země. Obecné kompetence stanovuje příslušný zákon upravující další vzdělávání zdravotnických pracovníků, specifické kompetence pak jednotlivé moduly vzdělávacího programu.

Závěr

Specializační vzdělávání a rozšiřování kompetencí všeobecných sester je v procesu neustálých změn. Ačkoliv bychom se měli ubírat směrem ke zlepšení podmínek a navýšení motivací pro absolvování této formy studia, vypadá to, že díky legislativě a ekonomickým podmínkám v naší zemi bude sester s touto specializací spíše ubývat. Sestry jsou v práci příliš vytížené na to, aby jim zbýval volný čas k realizaci specializačního studia a mnohdy jim ani zaměstnavatelé nevycházejí vstříc. Se stejným problémem se však potýkají také sestry ve Slovenské republice.

Jinou otázkou je zájem sester o celoživotní vzdělávání a navyšování odborných kvalifikací. Je třeba konstatovat, že většinu sester vede k prohlubování znalostí v oblasti zdravotní péče pouze vidina vyššího platového ohodnocení, přičemž bezpečí pacienta a vyšší kvalita poskytované ošetrovatelské péče ustupují do pozadí. Tento jev se dá vyjádřit přímou úměrou: není-li finanční motivace, není ani zájem o celoživotní vzdělávání.

Větší problém spatřuji v problematice uznávání odborné a specializované způsobilosti. Ačkoliv se členské země Evropské unie zavázaly k dodržování Evropských směrnic, problém v jednotlivých zemích bohužel není vyřešen. Ačkoliv existuje směrnice č. 36/2005/ES, která stanovuje povinnost členských zemí uznávat dosažené vzdělání v jiných členských státech EU, hlavním předpokladem a požadavkem je však vzájemná rovnocennost získaného vzdělání. Toho však v oblasti specializačního vzdělávání nemůže být dosaženo, nejsou-li globálně definovány jednotné požadavky na odbornou přípravu zdravotnických pracovníků. Jednotlivé odborné společnosti sdružující sestry specialistky ve výše zmíněném oboru si jsou vědomy potřeby harmonizovat specializační přípravu a nastavit jednotné a transparentní podmínky pro všechny zdravotnické pracovníky. Evropský parlament však tímto žádostem odborných společností prozatím nevyhověl a je stále třeba na změny čekat.

Tento příspěvek vznikl na základě úspěšně obhájené bakalářské práce na UK 2.LF – studijní obor Všeobecná sestra

Literatura:

- ARCHALOUSOVÁ, A., JIRKOVSKÝ, D. MASTILIAKOVÁ, D. Distanční vzdělávání - možné přístupy ve vzdělávání sester a porodních asistentek In. *Vinohradské ošetrovatelství 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost - recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetrovatelství v roce 2007*, 1. vyd. Praha, Evropské sociálně zdravotní centrum Praha, 2008, s. 70 - 74 ISBN 978-80- 87244-14-2
- JIRKOVSKÝ, D., ARCHALOUSOVÁ, A. *Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii*. Vojenské zdravotnické listy, 2004, roč. 73, č. 1, s. 316 - 319, ISSN: 0372-7025
- JIRKOVSKÝ, D. Specializační vzdělávání všeobecných sester v České republice v zrcadle evropských doporučení. In. *Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM Praha 2010 – sborník přednášek*, 1. vyd. Praha, 2010, s. 52 -55 ISBN 978-80-254-8632-0
- Věstník MZ SR, Ročník 58
- Gesetz und Verordnungsblatt (GV. NRW.), *Verordnung zur Umsetzung der Richtlinie 2006/123/EG und zur Zusammenführung der Weiterbildungsverordnungen nach dem Weiterbildungsgesetz Alten- Gesundheits- und Krankenpflege sowie zur Evaluierung weiterer Verordnungen Vom 15. Dezember 2009*
- Artikel 1 Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (WBVO-Pflege-NRW)GV. NRW. S.572, Weiterbildungs - und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (WBVO-Pflege-NRW) Ausgabe 2009 Nr.43 Seite 903 bis 948

Kontaktní adresa:

Bc. Petr Caletka
Ústav ošetrovatelství UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
156 00 Praha 5 - Motol

VZDELÁVANIE V KASTROFICKOM OŠETROVATEĽSTVE.

Andrea Bratová¹, Beáta Frčová²

Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva¹
Slovenská zdravotnícka univerzita, Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave
so sídlom v Banskej Bystrici²

Súhrn:

Autori príspevku sa zamerali na problematiku katastrofické situácie v ošetrovatelstve. Sestry tvoria rozsiahlu skupinu zdravotnej starostlivosti, ich vzdelanie v rámci pripravenosti reagovať na katastrofy je dôležitá. Vo svetovom meradle sa zintenzívňuje informovanosť, vzdelávanie a zručnosti u sestier pri reakciách na rôzne katastrofy. Na základe ICN (International Council of Nurses) rámca katastrofických sesterských kompetencií a globálnych štandardov pre inicializáciu edukácie v katastrofickom ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii bol vyvinutý vzdelávací program. V našich podmienkach sa venujeme katastrofickému ošetrovaniu iba v rámci jednotlivých odvetví zdravotnej starostlivosti a vzdelávania v ošetrovatelstve. V súčasnosti je potrebné aby sme i v našich podmienkach venovali problematike viac pozornosti. Nakoľko prebieha celosvetovo mnoho zmien v znamení modernizácie zdravotnej starostlivosti i samotného ošetrovatelstva.

Kľúčové slová: *Sestra. Vzdelávanie. Katastrofy. Ošetrovatelstvo. Znalosti.*

Úvod

Profesia sestry je pomáhajúcim povoláním, v ktorom sa jeho náročnosť prejavuje v oblasti fyzickej, duševnej a emocionálnej a z pohľadu prípravy na povolanie a zvládnutie profesionálneho výkonu patrí medzi najnáročnejšie povolania. Byť sestrou znamená byť činná v oblasti, v ktorej je kontinuálne vzdelávanie nutnosťou a zároveň aj individuálnym predpokladom pre každého, kto sa chce etablovať a pôsobiť v tejto pomáhajúcej profesii (Ilievová, 2009). Plnenie profesijnej dôležitej úlohy si vyžaduje primerané teoretické vedomosti, profesionálne správanie a kladné morálne i charakterové kvality (Botíková, 2009). Hromadné nešťastie je príhoda, pri ktorej sa vyskytuje desať a viac postihnutých osôb alebo osôb v ohrození života a zdravia. Mimoriadna udalosť je: živelná pohroma, havária alebo katastrofa. Pri vzniku mimoriadnej udalosti sa aktualizuje tzv. traumatologický plán. Skórovacie systémy sa používajú ako základ triedenia postihnutých v medicíne katastrof (Dobiáš, 2007).

Vlastný text

V súčasnosti sa v našich podmienkach vzdeláva o mimoriadnych situáciách v II. stupni vysokoškolského vzdelávania v študijnom odbore Ošetrovatelstvo, či už ako Ošetrovatelstvo v hraničných situáciách (UKF v Nitre) alebo ako Medicína katastrof (SZU v Banskej Bystrici). Vysokoškolské štúdium I. stupňa v študijnom odbore Urgentná zdravotná starostlivosť sa problematike venuje vo viacerých predmetoch, nakoľko zdravotnícky záchranári sú v absolútne prvotnej línii pri zasahovaní. Predmety s problematikou mimoriadnych udalostí sú: aplikovaná psychológia v urgentnej medicíne a medicíne katastrof, urgentná medicína a medicína katastrof, operačné stredisko ZZS (záchranná zdravotná služba), tematická kartografia, krízový manažment, zdravotnícky manažment; integrovaný záchranný systém. „Každá katastrofa alebo mimoriadna situácia má výrazný psychologický dopad nielen priamo na postihnutých, ale aj na záchrancov a ďalších ľudí, ktorí mali blízky vzťah k postihnutým alebo udalosti. **V súčasnosti sú vedomosti zdravotníckeho personálu o psychologických reakciách a ich zvládaní v mimoriadnych situáciách veľmi žiaduce,**

ale většinou nedostatečné“ (Vargová, 2007, s. 228). V současnosti v našich podmínkách přichází naléhavá potřeba vytvořit databázi dobrovolníků z oblasti psychologie, psychiatrie speciálně připravených pro tyto úlohy a vypracování podporných preventivních strategií na řešení tohoto problému. Rozhodovací procesy, zejména při řešení hromadných nešťastí, jsou náročné a vyžadují plné nasazení. Společenské ocenění laickou i odbornou veřejností v současnosti nezodpovídá významu této práce (Vargová, 2007). Výstižně uvádějí autorky Gurňáková a Lukáčová (2010), že zdravotnická profese je zatěžová a stresující. Nejefektivnější zdravotník je schopný s vedomostmi, schopnostmi a možnostmi zvládat stres konstruktivně. Dlhodobé působení zvýšené psychické zátěže při nedostatečných možnostech obnovy využívaných zdrojů zvládnutí stresu, vede velmi často k nepříznivým důsledkům v oblasti kvality života zdravotnických pracovníků a zhoršení kvality pracovního výkonu. **Podpora a rozvoje efektivních strategií zvládnutí zátěže a obnovy zdrojů pro její zvládnutí v zdravotnické profesi by měla být věnována zvýšená pozornost. V našich podmínkách v rámci praxe v zdravotnictví je příprava na zvýšenou profesijní zátěž a management stresu nedostačující. Vzdělávání je nasmerované hlavně na zvládnutí pacienta a jeho těžkostí. Důraz se klade na odborné vedomosti a manuálně zručnosti, avšak méně na oblast komunikace** (Gurňáková, Lukáčová, 2010). Při poskytování ošetrovatelské starostlivosti či už standardní nebo v čase katastrof, by se nikdy neměli zabývat i na dětských pacientech. Nádaská (2006, s. 42) výstižně uvádí, že „uspokojování potřeb dítěte patří k nejdůležitějším požadavkům starostlivosti o dítě poskytované kýmkoliv a kdekoliv“. Boledovičová (2006) uvádí, že starostlivost o dítě se výrazně odlišuje od starostlivosti o dospělé. V mnohém si je však velmi podobná. Různorodost starostlivosti je způsobena vícečetnými hledisky, jako je věk, stupeň vývinu a mentální úroveň, postoj rodičů a jejich ochota spolupracovat. Hugeset al. (2010) uvádějí, že v oblastech, kde se vyskytují velké katastrofy zriedkavo, je menší eventualita na získávání zkušeností a chápání katastrof. Nachází se tam i horší přístup k správě, poradenství a podpoře. Z studie, kterou realizovali doporučují aplikaci vyškolených zdrojů a realizování školení. Sestry tvoří rozsáhlou skupinu zdravotní starostlivosti, jejich připravenost zareagovat na katastrofy a podílet se na připravenosti i zotavení je strategická. Zvyšuje se budování kapacit sester s vedomostnou základňou i jejich zručnostmi při reakcích na rozličné katastrofy. Na základě ICN (International Council of Nurses) rámce katastrofických sesterských kompetencí a globálních standardů pro inicializaci edukace v katastrofickém ošetrovatelství a pôrodnej asistencii bol vyvinutý vzdelávací program s názvom „Úvod do katastrofického ošetrovatelstva.“ Zaměřuje se na: akční učení, problémové učení, zručnostní školení, přednášky. Cvičení se poprvé konalo v roce 2009 (Pang, Chan, Cheng, 2009). USA z obav bioterrorizmu a nedostatkov při hromadných nešťastích byli zdravotnickí pracovníci zařadeni do kategorie záchranářů v terénu. Mezinárodní sesterská organizace (INCMCE - International Nursing Coalition for Mass Casualty Education) byla založena na strategické plánování a vzdělávání sester. Vytvořila studii na zjištění typů a úrovní vzdelávacích programů na katastrofy. Studie ukazuje na to, že až 75 % respondentů se domnívalo, že fakulty nedostatečně připravily studenty v oblasti řízení katastrof (Weiner, Irwin, Trangenstein, Gordon, 2005). Sestry představují v USA největší sektor pracovníků zdravotní starostlivosti. V případě akejkol'vek reakcie na mimoriadne udalosti budú preto sestry v prvej línii zdravotnej starostlivosti. **V současnosti systém zdravotní starostlivosti zahrnuje do vzdělání všech pracovníků, protože to bylo překážkou v neschopnosti efektivně řešit tyto situace.** Na několika ošetrovatelských univerzitách v USA, mají certifikaci pro vzdělávání zaměřené na reakce ohrožení veřejného zdraví, přírodní katastrofy, hromadné nehody. Univerzita of Rochester pro sestry (URSON) je lídrem v magisterském programu v oblasti zaměřeném na katastrofy. Na univerzitách jsou realizovány on-line certifikované programy i v

PhD. programe vzdelávania. V roku 2005 vytvorili študijný program pre sestry so zameraním na manažment a reakcie katastrofy. Existujú programy univerzít i mimo USA, vo Wales a v Írsku, Fínsku... ponúkajú certifikáty pre postgraduálne a magisterské vzdelávanie pre študentov rozličných národov ako i profesií (Veenema, 2006). V pri prvotnom kontakte s katastrofou je však ihneď na záchranej službe nielen poskytovanie prednemocničnej neodkladnej starostlivosti pri akútnom ohrození zdravia alebo života, ale i pripravenosť na mimoriadne situácie a katastrofy: prírodné, človekom spôsobené. Výchova a výcvik odborníkov trvá roky, a preto je to v záujme celej spoločnosti, aby takto kvalifikovaní zamestnanci mohli svoje úlohy vykonávať čo najdlhšie (Šeblová, Kebza, Vignerová, Čepická, 2009). Hammadet al. (2011) uvádzajú nové poznatky, ktoré sa zaoberajú reakciou sestier na katastrofy a vzdelávaním sestier. Štúdia, ktorú realizovali u sestier naznačuje, že vzdelávací program so zameraním na katastrofu by bol prospešný pre Južnú Austráliu. Taktiež i potreba pre ďalší výskum v oblasti vzdelávania a na príslušné katastrofy. K dispozícii je množstvo literatúry, avšak veľmi málo sestier pripravených na katastrofy. Najmä s ohľadom na ich vedomosti a vnímanie ich úlohy v reakcii na katastrofu. Štúdia však poukazuje, že v Južnej Austrálii sestry nedisponujú primeraným a dôsledným katastrofickým vzdelávaním a odbornou prípravou. Môže to mať súvis s tým, že neboli vo väčšej miere v ich zemepisných podmienkach vystavení katastrofe. Tieto faktory môžu prispievať k celkovo nízkej úrovni znalostí katastrofy, pokiaľ ide o prax. Štúdia poukazuje, že v Južnej Austrálii sestry nie sú dostatočne pripravené na katastrofické reakcie. Štúdia vyzdvihuje nielen význam v oblasti výskumu budúcnosti týkajúci sa katastrofického vzdelávania a odbornej prípravy, ale vyzdvihuje potrebu nemocníc, štátnych organizácií a orgánov pre riešenie katastrof a pripravenosti na mimoriadne udalosti. **Potrebné je pri zameriavaní na katastrofy v budúcnosti zdravotníctva vziať do úvahy určovanie vhodného a účinného vzdelávania a školení. Pravidelné cvičenia so zameraním na katastrofy by poskytovalo sestram jasnú územnú reakciu, vrátane úloh, zodpovednosti a manažérskej štruktúry.** Medzinárodná rada sestier (ICN) v spolupráci so Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) vydala kompetencie katastrofického ošetrovateľstva, ktoré poskytujú návod na rozsah a úroveň znalosti, postoje a zručnosti pre ošetrovateľstvo. Dôležité je, aby zdravotnícke zariadenia a ich zamestnanci boli vystavení v dostatočnej miere katastrofe v rámci vzdelávania. Zároveň by boli zapojení do pravidelného cvičenia katastrofy. Zabezpečí sa tým realistickejšie očakávanie reakcie na katastrofy, rovnako ako aj príslušné znalosti (Hammadet al., 2011). **Pri katastrofách zloženie psychosociálneho intervenčného tímu musí byť multidisciplinárne.** Výhodou sú tímy zložené z odborníkov s dlhodobou spoluprácou, ktorí sú zohratí, poznajú seba i svojich pracovných partnerov. V základnom zložení by sa mali nachádzať: dobrovoľníci, kňazi, psychológovia, psychiatri, sociálni pracovníci, zdravotníci, učitelia, tlmočníci, novinári, právnici (Hlaváčková, Jansa, 2003). Katastrofy, alebo mimoriadne situácie majú výrazný psychologický dopad nie len na postihnutých, ale aj záchránarov a ostatných pracovníkov pomáhajúcich profesií zúčastnených na takejto udalosti (Vargová, 2007). Zásady moderného ošetrovania vychádzajú z predpokladu, že nie každý pacient vyžaduje v rôznom období svojho ochorenia rovnako intenzívnu starostlivosť, teda odstupňovanú lekársku starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o systém diferencovanej starostlivosti a svoje opodstatnenie má najmä z pohľadu intenzívnej starostlivosti (Vörösová, 2005).

Záver

V profesii sestry je nesmierne dôležité ovládať teoretické a praktické znalosti na rozličné situácie. V súčasnosti je pre sestry podstatné ovládať i nové katastrofické ošetrovateľské postupy a poznatky. Súvisí to s krízovými a katastrofickými situáciami, ktoré nás ohrozujú v rozličnej miere i podobe. Krízové situácie vnášajú do popredia uspokojovanie ľudských

potrieb pred inými vplyvmi. Zároveň by sme mali byť pripravený reagovať na tieto situácie a zachovať si našu sesterskú pomáhajúcu profesiu prítlačivo nádhernú. Pri záchrane ľudských životov sa stretávame s emóciami príbuzných, ktorí s pomocou asistencie operátora poskytujú prvú pomoc, na druhej strane i v zdravotníckej profesii prežívajú stres a stresové situácie pri záchrane. Náročné a záťažové situácie sú pri záchrane detí, hromadných nešťastiach a pri smrti (Sollárová, a kol., 2002). V závere sa stotožňujeme s názorom Dobiáša (2007), že hromadné nešťastia nie sú časté na Slovensku, ale vždy je lepšie ak máme vedomosti o problematike a nemusíme ich potrebovať ako naopak.

Literatura

- BOTÍKOVÁ, A. (2009) Realizácia práv pacienta. *Sestra a lekár v praxi*, č. 3-4, 2009, s. 19, ISSN1335-9444
- BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. (2006) *Pediatrické ošetrovatel'stvo* – 2. vydanie. Martin: Osveta, 2006. s. 212,. ISBN 80-8063-211-1
- DOBIÁŠ, V. a kol. (2007) Hromadné nešťastia a triedenia ranených. In: DOBIÁŠ, V. a kol. 2007. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin : Osveta, 2007, s. 270-280, ISBN 978-80-8063-255-7
- GURŇÁKOVÁ, J., LUKÁČOVÁ, K. (2010) Stratégie zvládania záťaže u zdravotníckych profesionálov. Zborník príspevkov Stredoeurópskeho kongresu Urgentnej medicíny a medicíny katastrof, XIV. Kongres Záchrana 2010, 15. – 17. apríl 2010, Senec.
- HAMMAMAD, K., S. – ARBON, P. – GEBBIE, K., M. (2011) Emergencynurses and disasterresponse: AnexplorationofSouthAustralianemergencynurses'knowledge and perceptionsoftheirroles indisasterresponse. In: *AustralasianEmergencyNursingJournal* (2011)vol. 14, p.87-94
- HLAVÁČKOVÁ, D.,JANSA, P. (2003)Psychosociální pomoc a výzkumjejípotřebnosti v oblastechpostižených záplavami. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2003, roč. 6, č. 3, s. 34-36
- HUGES, L. E. – DERRICKSON, S. – DOMINIGUEZ, B. – SCHREIBER, M.(2010)EconomicalEmergencyResponseLower Profile States: A BehavioralHealthReferenceforthe Rest of US. In: *Psychological Trauma: Theory, Resaerch, Practice, and Policy*.June 2010, vol. 2, issue 2, p. 102-108.
- ILIEVOVÁ, Ľ. - BEKO, L. - DOBŠOVIČ, Ľ. (2009) Humanistická psychológia v práci sestry. *Sestra a lekár v praxi*. 3-4, 2009, s. 4. ISSN 1335-9444
- NÁDASKÁ, I. (2006) Psychologické aspekty v starostlivosti o hospitalizované dieťa. In:BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. (2006) *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. prepracované a doplnené vyd. Martin : Osveta, 2006. s. 42, ISBN 80-8063-211-1
- PANG, S. M. C. – CHAN, S. S. S. – CHENG, Y. (2009) Pilot training program fordevelopingdisasternursingcompetenciesamongundergraduatestudents in China. In: *Nursing&HealthSciences*. Dec. 2009, vol. 11, issue 4, p. 367-373, 7p.
- SOLLÁROVÁ, E – POPELKOVÁ, M. – ŠRAMOVÁ, B. – VEREŠOVÁ, M. – HAMAROVÁ, A. (2002) *Sociálna psychológia*. Nitra : Fakulta sociálnych vied UKF v Nitra, 2002.ISBN 80-8050-579-9
- ŠEBLOVÁ, J. a kol. (2004)Víme o sobě? Konference „Psychosociální pomoc v situacíchmimořádnýchchudalostí.“ In:*Urgentní medicína*. roč. 7, č. 3, s. 28–30
- ŠEBLOVÁ, J. - KEBZA, V. – VIGNEROVÁ, J. - ČEPICKÁ, B.(2009)Preventivní a intervenční psychologické techniky prozaměstnance záchranných služeb. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12, č. 2, s. 23-24

- VARGOVÁ, A. (2007) Posttraumatická stresová porucha, syndróm profesionálneho vyhorenia, profesionálne riziko. In: DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin : Osveta, 2007. s. 228-234. ISBN 978-80-8063-255-7
- VEENEMA, T., G. (2006) Expanding educational Opportunities in Disaster response and Emergency Preparedness for Nurses. In: *Nursing Education Perspectives*. AN 20476870. Mar/Apr 2006, vol. 27, issue 2, p. 93-99, 7 p.
- VÖRÖRSOVÁ, G. (2005) *Interné ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2005. s. 198, ISBN 80-8063-192-1
- WEINER .E. – IRWIN, M. – TRANGENSTEIN, P. – GORDON J. (2005) Emergency preparedness Curriculum in Nursing Schols in the United States. In: *Nursing Education Perspectives*. Nov/Dec 2005, vol. 26, issue 6, p. 334-339, 6 p.

Kontaktná adresa autorov:

PhDr. Andrea Bratová
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kráskova 1
949 74 Nitra
Email: abratova@ukf.sk

PRACOVNÍ SPOKOJENOST SESTER – VÝZNAM JEJÍHO SLEDOVÁNÍ

¹Silvie Haroková, ²Elena Gurková

¹Lázně Darkov, a.s.

²Univerzita Komenského v Bratislavě, Jesseniova lékařská fakulta v Martine,
Ústav ošetrovatel'stva

Souhrn:

Autorky příspěvku se zabývají pracovní spokojeností sester a významem jejího sledování. Definují pracovní spokojenost, proč je důležité sledovat pracovní spokojenost a jak můžeme pracovní spokojenost měřit – teorie a nástroje pracovní spokojenosti. Předkládají základní přehled vybraných výsledků výzkumů k výše uvedenému tématu ve světě i u nás. Představují zaměření výzkumu, který je založen na hodnocení vztahu mezi subjektivní a emocionální pohodou a pracovní spokojeností sester s využitím standardizovaných dotazníků.

Klíčová slova: Pracovní spokojenost; Sestra; Emocionální pohoda; Subjektivní pohoda

Úvod

Pracovní život představuje významnou součást lidského života (Güler et al., 2003). Spokojenost člověka s pracovním životem může ovlivňovat jeho celkovou spokojenost se životem a kvalitu života. V pracovní oblasti je spokojenost ovlivněna vícerymi faktory, které se stávají čím dál více středem zájmu odborníků z různých oblastí, například sociální psychologie, sociologie a mnohých dalších. Cílem zkoumání těchto faktorů je zvyšovat spokojenost s prací, s pracovním prostředím, pozitivně motivovat člověka a zkvalitňovat pracovní prostředí.

Zájem o problematiku pracovní spokojenosti sester narůstá v průběhu posledních dvou desetiletí. V ošetrovatelství zaznamenáváme nárůst mezinárodních studií reflektujících problematiku pracovní spokojenosti sester a jejich prediktorů v různých socio-kulturních kontextech, zdravotnických zařízeních a klinických oborech ošetrovatelství (Aiken et al. 2001; Ellenbecker et al. 2008; Leung et al. 2007; Li et al. 2008; Meeusen et al. 2010; AbuAIRub et al. 2009; Curtis, 2007).

Definice pracovní spokojenosti (Co je pracovní spokojenost?)

Pracovní spokojenost (*job satisfaction*) představuje multidimenzionální, komplexní, složitý, rozdílně definovaný a strukturovaný pojem. V rámci sociální psychologie je vymezená nejednoznačně - jako emocionální stav a jako postoj.²

Nejčastěji je pracovní spokojenost definována jako pozitivní emocionální stav, který vyplývá z hodnocení práce nebo z pracovních zkušeností. (Locke, 1969) Výrost, Slaměnik (1998, s. 46) ji definují komplexněji – jde o postoj k práci jako celku nebo k jejím částem, kterým jedinec přisuzuje význam. Pracovní chování jedince lze podle nich hodnotit ve dvou dimenzích, a to v objektivní, která vyjadřuje efektivitu činností (např. množství a kvalita vykonané práce, rychlost splnění zadaného úkolu) a v subjektivní, která se týká osobního prožívání vykonávané pracovní činnosti a podmínek, které se k ní vztahují. Podle Štikara (2003, s. 110 - 111) je možné pracovní spokojenost chápat jako zevšeobecněný postoj člověka ke svému zaměstnání a ke všemu, co s ním souvisí. Luthans (citované podle: Štikar et al., 2003) vymezuje tři dimenze, ve kterých se projevuje pracovní spokojenost. Pracovní

² Postoj představuje komplexnější pojem jako emocionální stav nebo reakce. Zahrnuje tři komponenty – kognitivní, emocionální a konativní.

spokojenost se může projevovat - jako emocionální odpověď na pracovní situaci; jako reakce na splnění/nesplnění očekávání v souvislosti s prací a pracovními podmínkami; jako jev, který vyjadřuje některé postoje, které jsou vzájemně spjaté. Podle našeho názoru uvedené vymezení nejkompaktněji vystihuje pracovní spokojenost. Na základě výše uvedeného tak pracovní spokojenost představuje postoj k práci, zahrnující emocionální a taktéž kognitivní složku. Operacionálně budeme znaky pracovní spokojenosti vymezovat na základě metod jejich měření.

Proč je důležité sledovat pracovní spokojenost?

Nárůst zájmu o problematiku pracovní spokojenosti sester souvisí s jejími sociálně-politickými aspekty, se kterými jsme v evropském kontextu konfrontováni. Nejvýznamnější problémy, které zintenzivňují zájem o danou problematiku, představují nedostatek sester v kontextu strukturálních změn zdravotní péče, předčasný odchod sester z profese, jakož i migrace sester. (Hasselhorn et al. 2005) Mezinárodní studie *The European Nurses' Early Exit Study* (The European NEXT-Study), realizovaná na vzorku 56 000 sestier z deseti evropských zemí zjistila, že sestry z bývalých postkomunistických zemí uváděly nejnižší pracovní spokojenost, špatné pracovní podmínky, fyzické a duševní zdraví.

Výzkum v této oblasti se v mezinárodním kontextu zaměřuje především na vztah se stresogenními faktory v práci sestry, syndromem vyhoření (Blegen, 1993; Leung et al. 2007; Li et al. 2008), fluktuací a produktivitou sester. (Shields & Wards 2001; Hasselhorn et al. 2003). V menší míře je zkoumán vztah ke komplexnějšímu pojmu – subjektivní pohodě, resp. kvalitě života. V rámci našeho projektu budeme zjišťovat úroveň pracovní spokojenosti a subjektivní pohody českých sester, analyzovat vztahy mezi jednotlivými oblastmi pracovní spokojenosti a subjektivní pohody.

Teorie a nástroje měření pracovní spokojenosti

V souvislosti s měřením pracovní spokojenosti je důležité objasnit teoretické přístupy k tomuto pojmu. Nástroje, které jsou v současnosti dostupné na měření pracovní spokojenosti, vycházejí z teorií vysvětlující tento pojem. Teoretické přístupy k pracovní spokojenosti můžeme podle Štikara et al. (1996) shrnout do dvou teoretických přístupů, jejichž diferencujícím kritériem je to, zda chápou pracovní spokojenost jako jednodimenzionální (např. Maslowova teorie motivace, Vroomova teorie) nebo dvoudimenzionální jev (Herzbergova teorie).

V souvislosti s pracovní spokojeností je nejznámější a nejčastěji citovaná Herzbergova dvoufaktorová teorie. Herzbergova teorie dvou faktorů (citované podle: Brooks, 2003) se zaměřuje na vnitřní a značně přispívá k chápání toho, co zaměstnance na pracovišti motivuje. Faktory způsobující nespokojenost jsou faktory hygienické – dissatisfactory (vnější odměny), ke kterým patří – politika a způsob řízení firmy, supervize/vztahy s nadřízenými, pracovní podmínky, plat/mzda, vztahy s kolegy a podřízenými, status/povýšení, jistota zaměstnání. Faktory vyvolávající spokojenost jsou faktory motivační – satisfactory (vnitřní odměny), které zahrnují – pocit dosažení výsledků, uznání, práce samotná, zodpovědnost, služební postup, osobní růst. Z toho vyplývá, že manažeři by měli umožnit zaměstnancům přístup k vnitřním zdrojům uspokojení a vyhýbat se neuspokojení, které by mohlo pramenit z vnímané neadekvátnosti vnějších odměn (Brooks, 2003, s. 55-57). Na principech Herzbergovy dvoufaktorové motivační teorie a po diskuzích s manažery českých nemocnic vytvořili čeští autoři Vévoda et al. (2010) dotazník hodnocení pracovní spokojenosti.

Některé nástroje k měření spokojenosti mohou být obecně použité pro všechna povolání, ale některé mohou být specifické pouze pro ošetrovatelskou profesi. Mezi nejčastěji používané nástroje měření pracovní spokojenosti sester patří McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS; Mueller & McCloskey 1990). Nástroj vychází z teorie motivace Maslowa. Zahrnuje

31 položek hodnocených na pětistupňové Likertově škále, seskupených do osmi podškál - spokojenost s vnějšími odměnami, plánování, rovnováha práce, rodina, spolupracovníci, pracovní vztahy, profesionální příležitosti, cena uznání, kontrola, odpovědnost. Uvedený nástroj použijeme i v našem připravovaném výzkumu. V současnosti testujeme jeho českou verzi.

Výsledky výzkumů v oblasti pracovní spokojenosti

V ošetrovatelství se problematika pracovního života sester, jakož i souvislostí s pracovní spokojeností sester stává taktéž předmětem mnoha výzkumných studií nejen u nás, ale i v zahraničí. Vévoda et al. (2010) se ve svém výzkumu zaměřili na sledování osobních priorit faktorů pracovního prostředí všeobecných sester a stupeň jejich saturace zaměstnavatelem. Autoři vytvořili měřicí nástroj, který by byl využitelný ke splnění akreditačního standardu, jež sleduje pracovní spokojenost zaměstnanců ve zdravotnictví. Z jejich výzkumu vyplývá, že u sester má nejvyšší pracovní hodnotu (v řadě podle důležitosti) faktor mzda, péče o pacienty a jistota pracovního místa. Mezi nejvíce divergující faktory patřila mzda, jistota pracovního místa a uznání osobních výsledků. K nejvíce harmonickým faktorům patřily vztahy k přímým nadřízeným, poskytované sociální výhody a spolupráce s jinými profesemi (Vévoda et al., 2010, s. 208).

Bártlová (2006) ve své studii „Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice“ potvrdila, že sestry v naší republice vyjadřují se svou prací větší či menší míru spokojenosti nebo se k ní vyjadřují neutrálně. V tomto výzkumu byly nejvíce spokojeny se svou prací starší zdravotní sestry, s delší praxí, zaměstnané v soukromém sektoru, a to zejména u praktických lékařů. K nejdůležitějším faktorům, které přispívají k jejich spokojenosti v práci, patří dobré vztahy na pracovišti, různorodost práce a dobrá organizace práce. Jednoznačně nejvíce vyvolává u sester jejich nespokojenost s prací špatné finanční ohodnocení. Jako druhou nejčastější příčinu nespokojenosti s prací uváděly sestry nedoceňování práce sester nadřízenými. A jako třetí nejčastější příčinou nespokojenosti je nedostatek ošetrovatelského personálu. Sestry, které jsou nespokojeny s prací, se mohou uchýlit k absentérství, mají špatnou morálku, odpor ke změnám nebo odcházejí. Zdravotnická zařízení na druhé straně trpí sníženou výkonností pracovníků, musí vynakládat více peněz na nábor, může se také projevit následně nespokojenost pacientů s úrovní poskytovaných služeb. Z pohledu zdravotnického zařízení je ekonomicky efektivní se zaměřit na udržení zaměstnanců. Jedním z cílů personální strategie by mělo být snižování nežádoucí fluktuace (Bártlová, 2006, s. 126-128).

Výzkumy prokazují, že jedním z důvodů odchodu sester z pracoviště je nadměrná tělesná a psychická zátěž (Bártlová, Hajduchová, 2010, s. 115). Některé z příčin nedostatku zdravotních sester můžeme najít i v celé řadě dalších zemí. Lze k nim přiřadit zejména následující faktory - pracovní stres v důsledku pracovního vytížení s velkou odpovědností; zdravotní a bezpečnostní rizika spojená s výkonem práce; nerovnováha mezi kvalifikačními nároky profese, pracovním úsilím a finančním ohodnocením; směnný provoz, přesčasy; složité vztahy na pracovišti (Buriánek, Malina, 2009, s. 82).

Podobné výsledky potvrdili ve svém výzkumu norští autoři Krogstad et al (2006). Sestry v norských nemocnicích spatřují vedení a organizace jako nejvýznamnější faktor, který má dopad na jejich spokojenost. Při absenci správného vedení a organizace jsou sestry frustrované a více inklinují k tzv. vyhoření. V rámci výzkumu Lindové z roku 2007 téměř 90% sester označilo faktor "možnost péče o pacienta" jako faktor, se kterým jsou ve své práci nejvíce spokojeni. Na druhém místě se umístil faktor "kvalita poskytované péče" (88,1%) a dále faktor "pracovní vztahy s lékaři (83,4%)". Nejméně spokojené byly sestry se stresem na pracovišti (Lind, 2007).

Zaměření našeho projektu

Výzkum v oblasti pracovní spokojenosti sester je zaměřen především na vztah se stresogenními faktory, fyzickou a psychickou zátěží. V menší míře je zkoumán její vztah ke komplexnímu pojmu – subjektivní pohodě. V rámci příspěvku předkládáme základní informace o studii, kterou aktuálně realizujeme. Jedná se o průřezovou, observační, reprezentativní studii v rámci České republiky. Zaměřuje se na hodnocení vztahu mezi subjektivní pohodou a pracovní spokojeností sester.

Cíle studie:

1. zjistit demografické prediktory/determinanty pracovní spokojenosti českých sester;
2. zjistit demografické prediktory/determinanty subjektivní pohody českých sester;
3. zjistit vztah mezi pracovní spokojeností a subjektivní pohodou u českých sester;
4. testovat psychometrické vlastnosti českých verzí vybraných nástrojů na měření pracovní spokojenosti a subjektivní pohody.

Dotazníkové šetření s využitím mezinárodních standardizovaných dotazníků bude realizováno ve vybraných zdravotnických zařízeních na přelomu roku 2011/2012.

Závěr

Otázka pracovní spokojenosti všeobecných sester nabývá v současné době na důležitosti. Zdravotnická zařízení jak u nás, tak i v zahraničí čelí v současnosti problému, jak získat a udržet zkušené a motivované zdravotníky, zejména všeobecné sestry. Management těchto zařízení by se měl intenzivně zabývat nejen mírou spokojenosti pacientů, ale i pracovní spokojeností zdravotnického personálu, jejímž nejpočetnějším zástupcem bývají právě zdravotní sestry. Cílem našeho sdělení bylo nastínit význam sledování pracovní spokojenosti sester a vztahu mezi subjektivní pohodou a pracovní spokojeností sester. Monitoring spokojenosti je považován za standardní nástroj řízení lidských zdrojů, jeho účelem je plnit řadu důležitých funkcí, které mají významné místo i v managementu kvality. Pokud mají sestry vysokou úroveň psychické pohody a uspokojení z práce, dosahují vyšší výkonnosti s menší pravděpodobností fluktuace.

Literatura

- AbuAIRub, R. F., OMARI, F. H., & AL-ZARU, I. M. (2009) Support, satisfaction and retention among Jordanian nurses in private and public hospitals. *International Nursing Review*, 2009, roč. 56, 326–332.
- AIKEN, L. H. et al. (2001) Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 2001, roč. 20, č. 3, s. 43 – 53.
- BÁRTLOVÁ, S. (2006) Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 2006, č. 3, s. 126-128.
- BÁRTLOVÁ, S., HAJDUCHOVÁ, H. (2010) Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester, *Zdravotnictví v České republice*, Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 2010, č. 3, s. 110 – 115.
- BLEGEN, M. A. (1993) Nurses job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 1993, roč. 42, 4. 1, s. 36 – 41.
- BROOKS, I. (2003) *Firemní kultura*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 296 s.
- BURIÁNEK, J., MALINA, A. *Pracovní spokojenost zdravotních sester. Stabilizace a pracovní podmínky zdravotnického personálu*. 2009 [cit. 2011-06-28]. Dostupné na internetu < <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:Z2U7U9W34z4J:www.stech.cz/sqlcache/82-89.pdf+Pracovn%C3%AD+spokojenost+sester+Buri%C3%A1nek&hl=cs&gl=cz&pid=bl&sr cid=ADGEESj66uTifOpG->

- 6TW4LiNKwKe9EdjxN69nD_JItOJ0HChxNbj47L83tl7s3M2_vMyBJbylPEi2MnasYSELVIxCx-MO1hg7XMCZ5WpWWkBq8QJoON-IsMwS83s0ct8S55rLF1atX3&sig=AHIEtbT1n_9La6FgkudTKcrpz2148yvXQA >.
- CURTIS, E. A. (2007) Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*, 2007, roč. 54, s. 92 – 99.
- ELLENBECKER, C. H., PORELL, F. W., SAMIA, L., BYLECKIE, J. J., MILBURN, M. (2008) Predictors of home healthcare nurse retention. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008, roč. 40, č. 2, s. 151–160.
- GÜLER C., NIMET, S. G., GULBAHAR, K. (2003) Quality of Life and Job Satisfaction of Nurses. *Journal of Quality of Nursing Care*, 2003, roč. 18, č. 2, s. 151-158.
- HASSELHORN, H. M., TACKENBERG, P., & MÜLLER, B. (eds) (2003) *Working Conditions and Intent to Leave the Profession Among Nursing Staff in Europe*. Working Life Research Report 7:2003. National Institute for Working Life, Stockholm.
- HASSELHORN, H. M., TACKENBERG, P., BUESHER, A., SIMON, M., KUEMMERLING, A., MUELLER, B. H. (2005) *Work and health of nurses in Europe results from the NEXT-Study*. University of Wuppertal and University of Witten, Germany.
- KROGSTAD, U., HOFOS, D., VEENSTRA, M., HJORTDAHL, P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Human resources for health*. 2006 [cit. 2011-04-20]. Dostupné na internetu <<http://www.human-resourceshealth.com/content/4/1/3>>.
- LEUNG, S. K., SPURGEON, P. C. & CHEUNG, H. K. (2007) Job Satisfaction and Stress among Ward-based and Community-based Psychiatric Nurses. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 2007, roč. 17, č. 2, s. 45-54.
- LI, J. & LAMBERT, V. A. (2008) Job satisfaction among intensive care nurses from the People's Republic of China. *International Nursing Review*, 2008, roč. 55, č. 1, s. 34–39.
- LIND, B. K. *Idaho RN Job Satisfaction and Retention: Results of a Survey of Idaho Nurses, Spring. 2007*. [cit. 2011-04-20]. Dostupné na internetu <<http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CCsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.nurseleaders.org%2FPortals%2F13%2F2008%2520RN%2520Job%2520Satisfaction%2520and%2520Retention%2520Final%2520Report.doc&rct=j&q=nurse%20survey%20satisfaction&ei=7emyTeHGLieXOsW5-fMI&usg=AFQjCNHDBrZNYQBN1DYeP5ul-EcXxrjMhg&cad=rja>>.
- LOCKE, E. A. (1969) What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 1969, roč. 4, č. 4, s. 309 – 336.
- MEEUSEN, V., Van DAM, K., Van ZUNDERT, A. & KNAPE, J. (2010) Job Satisfaction amongst Dutch Nurse Anaesthetists: the influence of emotions on events. *International Nursing Review*, 2010, roč. 57, č. 1, s. 85 – 91.
- MUELLER, C. W. & McCLOSKEY, J. C. (1990) Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nursing Research*, 1990, roč. 39, č. 2, s. 113 – 117.
- SCHIELDS, M. A., WARD, M. (2001) Improving Nurse Retention in the British National Health Service: The Impact of Job Satisfaction on Intentions to Quit. *Journal of Health Economics*, 2001, roč. 20, č. 5, s. 677 – 801.
- ŠTIKAR, J. et al. (1996) *Základy psychologie práce a organizace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 203 s.
- ŠTIKAR, J. et al. (2003) *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 2003. 461 s.
- VÉVODA, J., IVANOVÁ, K., NAKLÁDALOVÁ, M., MAREČKOVÁ, J. 2010. Pracovní spokojenost všeobecných sester. *PROFESE on-line recenzovaný časopis pro zdravotnické obory*, s. 207-220. 2010 [cit. 2011-06-28]. Dostupné na internetu <<http://profeseonline.upol.cz/pracovni-spokojenost-vseobecnych-sester/>>.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (1998) *Aplikovaná sociální psychologie I.* 1. vyd., Praha: Portál, 1998. 385 s.

Kontaktní adresa:

PhDr. Silvie Haroková

Lázně Darkov, a.s.

Čsl. armády 2954/2

733 12 Karviná - Hranice

Email: silvie.harokova@tiscali.cz

ASPEKTY SESTERSKÉHO POVOLÁNÍ – DEMOTIVAČNÍ PRVKY V PRÁCI SESTRY

Monika Heplová¹, Helena Michálková²

¹IKEM Praha, Radioizotopové pracoviště

²Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,
Katedra ošetřovatelství

Souhrn:

Tento příspěvek se zabývá aspekty sesterského povolání a jeho demotivačními faktory. Naším cílem bylo zmapovat postoj sester k výkonu své profese, zjistit, nakolik hektická situace nejen ve zdravotnictví zasáhla do jejich podvědomí a přístupu ke zvolenému povolání. Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry nacházejí ve své profesi značné množství demotivujících prvků. Přesto velká většina hodlá ve výkonu svého poslání nadále setrvat a jejich hlavní motivací je fakt, že je jejich práce naplňuje.

Klíčová slova: Ošetřovatelství, sestra, profese, motivace, pacient, demotivace, poslání

Úvod

Profese sestry se dynamicky rozvíjí a během relativně krátké doby zaznamenala velké množství změn. Sestra byla vždy považována za věrnou a loajální pomocnici lékaře, zastávala od nepaměti určitou hierarchicky podřízenou roli v systému zdravotní péče. Avšak rychlým rozvojem medicíny nastala změna i v sesterské profesi (Duda, Niederle, 2000). Je nezbytně nutné, aby sestra neustále zdokonalovala své znalosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky (Mastiliaková, 2003). Každá sestra měla k volbě svého povolání své důvody, které jí i v nelehké době motivovaly a nadále motivují ve výkonu zvolené profese pokračovat. Je jisté, že dnešní sestry dosahují osobnostních i profesních kvalit vhodných pro svou práci. Nabízí se však otázka, zda jsou v tomto zasloužilém, náročném a nezbytně nutném povolání dostatečně ohodnoceny, a to nejen z materiálního hlediska. Nakolik je vlivem situace dnešního zdravotnictví potlačena chuť, vůle a síla věnovat se tomuto povolání? Zvolila by si dnešní sestra tuto profesi, pokud by opět stála před možností volby? Vykonává své povolání z nutnosti nebo jej stále považuje za své poslání?

Cíl práce

Cíl 1. Zjistit motivační faktory pro výkon sesterského povolání.

Cíl 2. Zjistit demotivační faktory v práci všeobecných sester.

Metodika

K naplnění cílů bylo použito kvantitativní výzkumné šetření, realizované dotazníkovou metodou. Dotazník byl anonymní a umožnil respondentům otevřeně se vyjádřit k výkonu profese sestry. Bylo rozdáno celkem 100 dotazníků. Vráceno bylo 96 dotazníků, z toho 1 byl nevyplněný a 2 byly vyřazené pro neúplnost. K výzkumnému šetření bylo použito 93 dotazníků. Návratnost činila 93 %.

Výzkumný soubor

Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry pracující ve dvou vybraných zdravotnických zařízeních v Praze. Dotazník byl rozdán sestrám bez ohledu na vzdělání, věk, délku praxe a charakter pracoviště či oddělení.

Výsledky

Tabulka 1 Délka praxe respondentů

Více než 10 let	37	40 %
6 – 10 let	31	33 %
1 – 5 let	21	23 %
Méně než 1 rok	4	4 %

Nejvíce byly zastoupeny sestry s více než 10letou praxí, a sice v počtu 37 (40 %). Následovala početná skupina respondentů, pracujících v tomto povolání 6 – 10 roků, a to 31 sester (33 %). Praxi v rozmezí 1 – 5 let vykonává 21 (23 %) z dotázaných a 4 sestry (4 %) působí ve svém povolání méně než 1 rok.

Tabulka 2 Motiv volby sesterské profese

Touha pomáhat lidem	61	65 %
Nízká míra matematiky v učivu SZŠ	23	25 %
Z důvodu prestiže povolání	8	9 %
Pro finanční ohodnocení	1	1 %

Při dotazu na důvod volby sesterské profese uvedlo 61 respondentů (65 %), že je k tomuto kroku vedla touha pomáhat ostatním lidem. 23 dotázaných respondentů (25 %) přiznalo, že zdravotní školu zvolili z důvodu minimální přítomnosti matematiky v učivu. Za prestižní povolání považovalo sesterskou profesi 8 (9 %) odpovídajících respondentů a 1 (1 %) respondent volil povolání sestry z důvodu finančního ohodnocení.

Tabulka 3 Eventuální opětovná volba profese

Ano	55	59 %
Ne	38	41 %

Na otázku, zda by v případě možnosti opět volili profesi sestry odpovědělo 55 oslovených (59 %), že by toto povolání zvolili znovu. 38 respondentů (41 %) by si již sesterské povolání nevybralo.

Tabulka 4 Náзор na výši prestiže vlastní profese

Velmi nízká	19	20 %
Nízká	42	46 %
Střední	29	31 %
Vysoká	2	2 %
Velmi vysoká	1	1 %

Při dotazu na subjektivní pocit váženosti sesterské profese odpovědělo 42 respondentů (46 %), že prestiž tohoto povolání je nízká. Dalších 29 (31 %) se domnívá, že prestiž povolání sestry se nachází uprostřed. 19 sester (20 %) považuje prestiž sesterské profese za velmi nízkou, 2 respondenti (2 %) ji vnímá jako vysokou a 1 dotázaný (1 %) za velmi vysokou.

Tabulka 5 Spokojenost sester s finančním ohodnocením

Spokojen/a	26	28 %
Nespokojen/a	50	54 %
Nevím	17	18 %

S platovým ohodnocením sesterského povolání je 50 (54 %) respondentů nespokojeno. Spokojenost s finančním ohodnocením uvádí 26 (28 %) sester. Zda je či není spokojeno neví 17 (18 %) dotazovaných.

Tabulka 6 Spokojenost respondentů s přístupem vedení

Spokojen/a	50	54 %
Nespokojen/a	27	29 %
Nevím	16	17 %

S přístupem vedení k sestřám je 50 (54 %) respondentů spokojeno, 27 (29 %) dotazovaných uvádí, že s přístupem vedení spokojeno není. 16 (17 %) odpovídajících uvedlo, že neví.

Tabulka 7 Spokojenost s pracovními podmínkami

Spokojen/a	50	54 %
Nespokojen/a	29	31 %
Nevím	14	15 %

Z celkového počtu respondentů je 50 (54 %) spokojeno s pracovními podmínkami. 29 (31 %) je se svými pracovními podmínkami nespokojeno, 14 (15 %) sester se vyjádřilo, že neví.

Tabulka 8 Přítomnost známek syndromu vyhoření

Pocit'uje	28	30 %
Nepocit'uje	45	48 %
Není si jisto	20	22 %

Výzkumné šetření prokázalo, že 45 (48 %) respondentů dle svého vyjádření v dotazníkovém šetření na sobě nepozoruje známky syndromu vyhoření, 28 (30 %) sester však odpovědělo, že známky syndromu vyhoření pocit'uje. 20 (22 %) respondentů se vyjádřilo, že si není jisto.

Tabulka 9 Postoj k výkonu profese v horizontu následujících let

Hodlám tuto práci vykonávat	54	58 %
Nehodlám tuto práci vykonávat	1	1 %
Úvaha o odchodu v případě zajímavější nabídky	35	38 %
Nevím	3	3 %

Ze všech dotázaných respondentů hodlá v horizontu následujících let pokračovat ve výkonu profese sestry 54 (58 %) z nich. V případě zajímavé nabídky by 35 (38 %) respondentů uvažovalo o odchodu z této profese. 3 (3 %) sester se vyjádřilo, že nad tímto nepřemýšlí a 1 (1 %) toto povolání do budoucna vykonávat nehodlá.

Tabulka 10 Pocit potěšení z ošetřování nemocných

Ano	87	94 %
Ne	6	6 %

Z výzkumného šetření vyplývá, že 87 (94 %) respondentů stále těší ošetřovat nemocné. 6 (6 %) respondentů se v dotazníku vyjádřilo, že ošetřovat nemocné je již netěší.

Tabulka 11 Nejvíce demotivující prvky v práci sestry:

Nekolegialita	27
Špatná komunikace v týmu	32
Neúcta lékařů k sestřám	39
Příliš administrativy	47
Vykonávání práce za pomocný personál	56
Nízká prestiž profese	57
Neúcta pacientů k sestřám	63
Nedostatek pomocného personálu	71
Všeobecná nedocenenost práce sester	79
Nedostatečné finanční ohodnocení	82

Z odpovědí respondentů na tuto otevřenou otázku vyplývá, že sestry považují za negativní prvek ve své práci především nedostatečné finanční ohodnocení profese, takto odpovědělo nejvíce respondentů a to 82. Další nejpočetnější odpovědí byla v počtu 79 ta, že sestry jsou všeobecně nedoceňované. 71 respondentů napsalo, že za negativní považují nedostatek pomocného personálu. 63 sester se vyjádřilo, že pacient nemá k sestřám úctu. Nízkou prestiž považuje za negativní prvek ve své práci 57 respondentů. 56 respondentů vnímá negativně nutnost vykonávání práce za pomocný personál, 47 odpovědí se týkalo nadměrného množství administrativy a následného nedostatku času na pacienta. 39 respondentům vadí neúcta lékařů k sestřám. 32 sester považuje za negativní prvek ve své práci špatnou komunikaci v týmu a 27 odpovědí bylo cíleno na nekolegialitu při výkonu sesterské profese.

Diskuse:

Ve výzkumném šetření jsme se snažili zjistit, nakolik sestry považují své povolání za prestižní. Jak uvádí Farkašová, profese sestry se v rámci sedmdesáti povolání umísťuje na sedmém až desátém místě v žebříčku prestižních povolání, což značí jeho nezanedbatelnou pozici a prestiž (Farkašová, 2006). Ovšem náš výzkum naznačuje, že samotné sestry vnímají pozici vlastní profese poněkud odlišně. Nejčastěji respondenti považují prestiž povolání sestry za nízkou a to počet 46 % dotázaných, 20 % sester dokonce za velmi nízkou. Pouze 2% považují profesi sestry za vysoce prestižní (Tabulka 4). V následující otázce byla poskytnuta možnost pojmenovat faktor, který respondenty v práci sestry nejvíce motivuje. Motivačním faktorem, nejen sestry, ale každého zaměstnance, je úspěch, uznání, profesní postup v kariéře (Brabcová, 2005). Za největší motivační faktor považuje 76 dotázaných dobrý pocit, že odvádějí dobrou práci. 41 sester motivuje vědomí, že pacient a jeho rodina oceňuje jejich práci. Finanční odměnou za vykonanou práci je motivováno 20 respondentů.

Dle Herzbergovy motivační teorie patří plat a pracovní podmínky mezi základní faktory, které jsou důležité pro uspokojení zaměstnanců v rámci pracovního procesu. Dle této teorie je takřka nemožné zaměstnance motivovat, jestliže nejsou tyto základní faktory dlouhodobě uspokojeny. Nejen proto jsme se snažili zjistit, jak jsou sestry spokojené se všeobecným ohodnocením své práce (Škrla, Škrlová, 2003).

S platovým ohodnocením je 54 % sester z celkového počtu 93 nespokojeno. Naopak pro 28 % ostatních respondentů je platové ohodnocení jejich práce uspokojivé (Tabulka 5). S přístupem vedení k sestřám je spokojeno 54 % z celkového počtu odpovídajících, zato 29% to vnímá obráceně (Tabulka 6). Z výzkumného šetření vyplývá, že 54 % sester je spokojeno i s pracovními podmínkami, ve kterých působí. 31 % dotazovaných sester s podmínkami k práci spokojeno není (Tabulka 7). Výzkum objasnil, zda dotazované sestry vnímají ocenění

ze strany pacientů, jejichž potřeby jsou pro profesionální sestru prioritou. 48 % dotázaných sester si myslí, že pacienti jejich práci neocení. Pouze 25 % si myslí, že ano. 27 % sester překvapivě odpovědělo, že nad tímto nepřemýšlí. Ačkoliv je partnerství lékaře a sestry jedním ze základů při výkonu povolání a je vyžadováno evropskou legislativou, 55 % z dotázaných sester nevnímá, že by lékaři v jejich pracovním kolektivu sesterskou práci alespoň oceňovali. Oceněno lékaři v pracovním týmu se cítí být jen 27 % sester z celkového počtu dotázaných, zbylých 18 % sester z výzkumného souboru nad touto problematikou překvapivě nepřemýšlí. Na dotaz, čím se v roli sestry cítí být, měli respondenti možnost vybrat z více odpovědí. 51 sester se cítí být plnohodnotným členem týmu. Ve 33 případech se vyskytla odpověď, že se respondent cítí být poslušným vykonavatelem příkazů lékaře a ve 23 případech poslušným vykonavatelem příkazů pacienta. Vyskytla se i odpověď, že sestra se cítí spíše jako služka či sanitárka. Ocenění pro svou práci ve vlastní rodině a okolí vnímá 63 % respondentů. Avšak 35 % dotazovaných sester přiznává setkání s určitým nátlakem ze strany rodiny, ať profesi sestry opustí.

V dotazníku jsme zjišťovali, zda respondent hodlá v horizontu následujících let profesi sestry nadále vykonávat. 58 % uvedlo, že ano. Sester, které by v případě zajímavé nabídky z profese odešly bylo 38%. Z výzkumného souboru, který tvořilo 93 sester, pouze 1 (1%) přiznala, že v horizontu následujících let už práci sestry vykonávat nehodlá. (Tabulka 9). Dále jsme chtěli zjistit, co respondenty vede k setrvání u profese sestry. Z výzkumného šetření vyplývá, že i přes množství demotivujících faktorů se 64 % respondentů cítí být prací sestry naplněno, 17 % má pocit, že jinou možnost nemá.

Sesterská profese patří bezesporu mezi povolání, jejichž pracovníci jsou ohroženi syndromem vyhoření. Jsou vystaveny stále psychické zátěži, musí přistupovat k práci s maximálním nasazením, na jejich schopnosti, dovednosti a znalosti jsou kladeny vysoké požadavky. Přidají-li se k tomuto typické stresové faktory jako například směnný provoz, změny rytmu spánku a odpočinku, dále zodpovědnost za nemocné, nedostatek sester a personálu, může po nějaké době dojít k vyčerpání psychických i fyzických rezerv organismu (Kebza, Šolcová, 2003). Zajímalo nás tedy, zda sestry v našem výzkumném souboru u sebe pocítují známky vyčerpání. Na přímou otázku, zda u sebe pozorují známky syndromu vyhoření, odpovědělo 48 % respondentů, že nikoliv. 22 % respondentů uvedlo, že si nejsou jistí. Avšak známky syndromu vyhoření u sebe pozoruje celých 30 % sester z celkového počtu dotazovaných (Tabulka 8). V souvislosti s výkonem sesterské profese přiznalo pocety vyčerpání 25 % respondentů. Další velkou skupinu tvořily sestry, které uvedly, že se vyčerpané cítí jen občas a to 69 % dotazovaných. Vyčerpání v souvislosti s výkonem sesterského povolání neguje 5 % sester. 1 % zastává názor, že správná sestra by si pocety vyčerpání neměla vůbec připouštět. Ze sester, které připouští pocety vyčerpání, ať už trvalé nebo občasné, jich nejvíce pocítuje vyčerpání jak po fyzické, tak i po psychické stránce a to v počtu 65 % dotazovaných. 22 % sester je vyčerpaných především psychicky.

Do závěrečné části dotazníku jsme zařadili jednu ze zásadních otázek a to zda sestry těší ošetřovat nemocné. Jak vyplývá z odpovědí respondentů, převážnou většinu toto stále těší, a to 94 % z celkového počtu. (Tabulka 10) Jako poslední dotaz v dotazníku byla zařazena otevřená otázka, kde se respondent mohl vlastními slovy vyjádřit, co považuje za negativní prvek ve výkonu své profese. Z odpovědí vyplývá, že sestry považují za negativní prvek ve své práci především nedostatečné finanční ohodnocení profese, takto odpovědělo nejvíce respondentů a to 82. Další nejpočetnější odpovědí byla v počtu 79 ta, že sestry jsou všeobecně nedoceňované. 71 respondentů napsalo, že za negativní považují nedostatek pomocného personálu. 63 sester se vyjádřilo, že pacient nemá k sestram úctu. Nízkou prestiž považuje za

negativní prvek ve své práci 57 respondentů. 56 respondentů vnímá negativně nutnost vykonávání práce za pomocný personál, 47 odpovědí se týkalo nadměrného množství administrativy a následného nedostatku času na pacienta. 39 respondentům vadí neúcta lékařů k sestřím. 32 sester považuje za negativní prvek ve své práci špatnou komunikaci v týmu a 27 odpovědí bylo cíleno na nekolegialitu při výkonu sesterské profese. (Tabulka 11)

Závěr

Tato práce se zabývala aspekty sesterského povolání a jeho demotivačními prvky. Na sestru jsou kladeny čím dál vyšší nároky, její již tradiční úloha péče o nemocné i zdravé je rozšířena o velké množství dalších rolí, které musí vykonávat profesionálně a v souladu s platnou legislativou a smyslem pro povinnost (Mastiliaková, 2003). Naším cílem bylo zmapovat postoj sester k výkonu své profese, zjistit, nakolik vliv hektické situace nejen ve zdravotnictví zasáhl do jejich podvědomí a přístupu k sesterskému povolání.

Výzkum ukázal, že většinu respondentů k profesi sestry přivedla touha pomáhat ostatním lidem. Více než polovina respondentů by toto povolání zvolila znovu, ačkoliv z výzkumného šetření vyplynul fakt, že nezanedbatelný počet dotazovaných respondentů považuje prestiž své profese za nízkou. Zjistili jsme, že téměř polovina sester ve výzkumném souboru nevnímá ocenění své práce ze strany pacienta a více než polovina ani ze strany lékařů v jejich pracovním týmu. Z výzkumného šetření vyplynul fakt, že více než polovina dotázaných sester plánuje profesi v horizontu následujících let nadále vykonávat, ačkoliv se dvě třetiny z celkového počtu cítí být v souvislosti s výkonem povolání občas vyčerpáno. Z výzkumu vyplynul fakt, který je jistě pozitivní pro společnost a sice, že naprostou většinu oslovených respondentů stále těší ošetřování pacientů.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry nacházejí ve své profesi značné množství demotivujících prvků. Sestry nevnímají příliš mnoho ocenění ze strany společnosti, vnímají svou prestiž jako nízkou. Přesto velká většina hodlá ve výkonu svého poslání nadále setrvat a jejich hlavní motivací je fakt, že je jejich práce naplňuje.

Literatura

- BRABCOVÁ, I. Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb. ZSF JČU, 2005, učební text pro bakalářskou formu studia.
- DUDA, M., NIEDERLE, B. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada. 2000. 389 s. ISBN 80-7169-642-0.
- FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. V. Tóthová. 1. české vydání Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- GROHAR- MURRAY, M., DICROCE, H. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0267-3.
- HEPLOVÁ, M., MICHÁLKOVÁ, H. *Motivační aspekty v práci sestry*. *Sestra*, Roč.20, č.11. 2010. ISSN: 1210-0404. s.30-31.
- HERKUCZOVÁ, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 56. ISSN 1210 – 0404.
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada, 2005.152 s. ISBN 80-2471-784-0.

- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. SZÚ, 2. rozšířené vydání, Praha 2003. ISBN 80-7071-231-1
- MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství I. díl - Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9
- PECHOVÁ, A. Vzdělávací potřeby sester – přání a realita. *Florence*, 2006, roč. II, č. 10, s. 49. ISSN 1801 – 464X.
- PEJZNOCHOVÁ, I. Nedostatek sester v České republice. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 5, s. 18. ISSN 1210 – 0404.
- SALVAGE, J. *Ošetřovatelství v akci*. Projekt WHO. Vydala ČAS 1997. ISBN 92-890 1312 5.
- STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11 : Sestra reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1.vyd. Praha: 2007 Grada. ISBN 80-247-1714-X.

Kontaktní adresa

Bc. Monika Heplová
Institut klinické a experimentální medicíny – RIP
Václavská 1958/9
140 02 Praha 4 - Krč
Email: mohe@ikem.cz

SPOKOJENOST PACIENTŮ S OŠETŘOVATELSKOU PÉČÍ (Abstrakt)

Jarmila Winklerová, Darja Jarošová

Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě

Souhrn

Cíl: Cílem prezentovaného šetření bylo zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou ošetřovatelskou péčí na vybraných odděleních dvou nemocnic Moravskoslezského kraje, zjistit, zda existuje souvislost mezi demografickými a klinickými charakteristikami pacientů a jejich spokojeností a porovnat spokojenost pacientů podle zdravotnického zařízení a oddělení, kde byli hospitalizováni.

Klíčová slova:

ošetřovatelská péče, pacient, spokojenost, PSS dotazník

Metodika: Deskriptivní korelační studie. Zkoumaný soubor tvořilo 507 pacientů hospitalizovaných v období od 1. 2. 2011 do 10. 3. 2011 na 13 lůžkových odděleních NsP Karviná-Ráj a NsP Orlová, které jsou součástí jednoho zdravotnického zařízení. Ke sběru dat byl použit standardizovaný dotazník Patient Satisfaction Scale (PSS).

Výsledky: Pacienti hodnotili poskytovanou ošetřovatelskou péči jedenácti položkami (čtyřbodová Likertova škála) ve třech oblastech (faktorech): technické/racionální aspekty, podávání informací a oblast podpory a interakce. V obou nemocnicích byli pacienti nejvíce spokojeni s technickými aspekty ošetřovatelské péče a nejméně s poskytováním informací. Demografické charakteristiky pacientů na jejich spokojenost zásadní vliv neměly. Pouze v jedné nemocnici byli muži spokojenější ve všech faktorech než ženy a naopak nejmenší spokojenost udávali pacienti, kteří popisovali svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Ve druhé nemocnici udávali vyšší spokojenost s podporou a interakcí pacienti hospitalizovaní déle než týden.

Závěr: Výsledky studie neprokázaly žádné statisticky významné rozdíly v hodnocení spokojenosti pacientů mezi nemocnicemi ani podle jednotlivých oddělení.

Tento příspěvek je dedikován projektem SGS OU_SGS4/LF/2011

Plný text příspěvku je připraven k publikování v recenzovaném vědeckém časopise Ošetřovatelství a porodní asistence.

Kontaktní adresa:

Bc. Jarmila Winklerová
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
Email: jarmaw@seznam.cz

OŠETROVATELSKÁ PRAX AKO ZDROJ STRESU U ŠTUDENTOV OŠETROVATELSTVA

Nikoleta Poliaková, Eva Červeňanová, Anna Litvínová

Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Katedra
ošetrovateľstva

Súhrn:

Autorky príspevku prezentujú výsledky prieskumu, ktorý bol zameraný na zistenie stresových faktorov pôsobiacich na študentov druhého ročníka dennej formy štúdia odboru ošetrovateľstvo počas ošetrovateľskej praxe. Cieľom práce bolo zistiť mieru intenzity rôznych stresových faktorov pôsobiacich počas výkonu ošetrovateľskej praxe v zdravotníckom zariadení, prežívanie stresu a spôsob riešenia stresu. Prieskumnú vzorku tvorilo 55 študentov druhého ročníka dennej formy bakalárskeho štúdia odboru ošetrovateľstvo. Najväčšími stresormi počas ošetrovateľskej praxe bolo riziko infekcie, nevhodný prístup personálu, dĺžka praxe a nutnosť nahrádzania vymeškaných hodín praxe. Stres sa v práci študentov prejavoval minimálne, najčastejšie zabúdaním pomôcok. Pri riešení stresových situácií prevládala u študentov pasívny prístup.

Kľúčové slová: *Stres, Študenti, Ošetrovateľská prax, Prejavy stresu, Zvládanie stresu,*

Úvod

Práca v niektorých povolaniach sa považuje za prirodzene stresujúcu. K takýmto povolaniam patrí aj práca sestry. Sestry získavajú odbornú spôsobilosť úspešným ukončením študijného odboru ošetrovateľstvo. *Ošetrovateľstvo (anglický názov Nursing) je študijný odbor zo sústavy študijných odborov, spravovaných Ministerstvom školstva SR, ako oblasť poznania (§ 50 ods. 1 Zákona č. 131/2002), v ktorej absolvent študijného programu (§ 51 ods. 1 Zákona č. 131/2002) nadobudne profesionálnu spôsobilosť / kompetenciu vykonávať svoje pôvodné povolanie alebo sa pripraví pokračovať v nadväzujúcom vysokoškolskom štúdiu.* Obsah študijného programu je v súlade s prílohou č.3 nariadenia vlády č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania sestry. Zahŕňa minimálne 4600 hodín, z toho 50% praktickej výučby na klinických pracoviskách zdravotníckeho zariadenia. Súčasťou praktickej výučby je aj povinná súvislá odborná prax v rozsahu 8 týždňov t.j. 280 hodín.

Stres možno definovať ako „stav psychickej záťaže vznikajúci pôsobením nejakého rušivého faktora na človeka počas uspokojovania potreby alebo dosahovania cieľa, ktorý svojím tlakom sťažuje alebo znemožňuje uspokojovanie potreby alebo dosiahnutie cieľa“ (Kelnarová, 2010, s. 90). Stres je v podstate výsledkom súčtu pôsobenia stresora a vzniknutej stresovej reakcie. Stresor je definovaný ako podnet spúšťajúci stresovú reakciu a stresová reakcia je typická znížením subjektívnej schopnosti kontroly (Dobříková, 2007, s. 8).

Práca v zdravotníckom zariadení je vždy zdrojom mnohých stresových situácií. Medzi najčastejšie stresory práce sestry patrí každodenný kontakt s utrpením a bolesťou, starostlivosť o kriticky chorých a zomierajúcich, nedostatočné materiálne – technické vybavenie pracovísk, napäté interpersonálne vzťahy medzi zamestnancami, časový zhon, chaotická organizácia práce... (Balogová, 2009, s. 46). Študent ošetrovateľstva sa počas výkonu ošetrovateľskej praxe konfrontuje s rôznymi stresovými situáciami a učí sa modelom ich zvládania.

Cieľ práce

Cieľom našej práce bolo zistiť:

- intenzitu pôsobenia vybraných faktorov – potenciálnych stresorov na študentov ošetrovateľstva počas ošetrovateľskej praxe,
- vplyv stresu na vykonávanie ošetrovateľskej praxe,
- telesné prejavy stresu počas praxe,
- spôsoby riešenia stresu.

Metodika

Na zber údajov pre naplnenie cieľov prieskumu sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Tvorbe dotazníka predchádzal skupinový rozhovor so študentmi 2. ročníka dennej formy štúdia ošetrovateľstva zameraný na zistenie ich skúseností vychádzajúcich z klinickej praxe a vymedzenie potenciálnych stresorov. Dotazník v konečnej podobe obsahoval 14 položiek zameraných na meranie intenzity prežívania stresu pri pôsobení vybraných faktorov - potenciálnych stresorov, medzi ktoré sme zaradili problematiku dodržiavania vymedzeného počtu hodín ošetrovateľskej praxe, vybavenie oddelení pomôckami, interpersonálne vzťahy, prístup sestier ku študentom počas praxe, spôsob hodnotenia praxe a pôsobenie pacientov (ich správanie, zdravotný stav, riziko infekcie). Využili sme škálu intenzity v rozsahu 1 (žiadna intenzita) – 5 (maximálna intenzita), pričom platilo, čím mala vybraná položka vyššiu intenzitu, tým jej schopnosť spôsobiť stres bola vyššia. 6 položiek bolo zameraných na meranie vplyvu stresu na výkon študentov počas praxe, 10 položiek skúmalo telesné prejavy stresu a 11 položiek spôsoby riešenia stresu. Využili sme škálu frekvencie sledovaného správania sa alebo javu vplyvom stresu v rozsahu 1 (nikdy) – 5 (vždy). Výsledky sme spracovali kvantitatívnou analýzou, pri všetkých položkách sme vypočítali absolútnu a relatívnu početnosť a vážený aritmetický priemer, ktorý vyjadroval mieru sledovaného javu.

Materiál – Súbor

Výberový súbor respondentov tvorilo 55 študentov 2. ročníka dennej formy bakalárskeho štúdia odboru ošetrovateľstvo na FZ TnUAD v Trenčíne. Výber respondentov bol zámerný. Sledovaný súbor tvorilo 52 žien a 3 muži. Vekový priemer bol 20,96 rokov.

Prieskum sme realizovali v čase apríl – máj 2011.

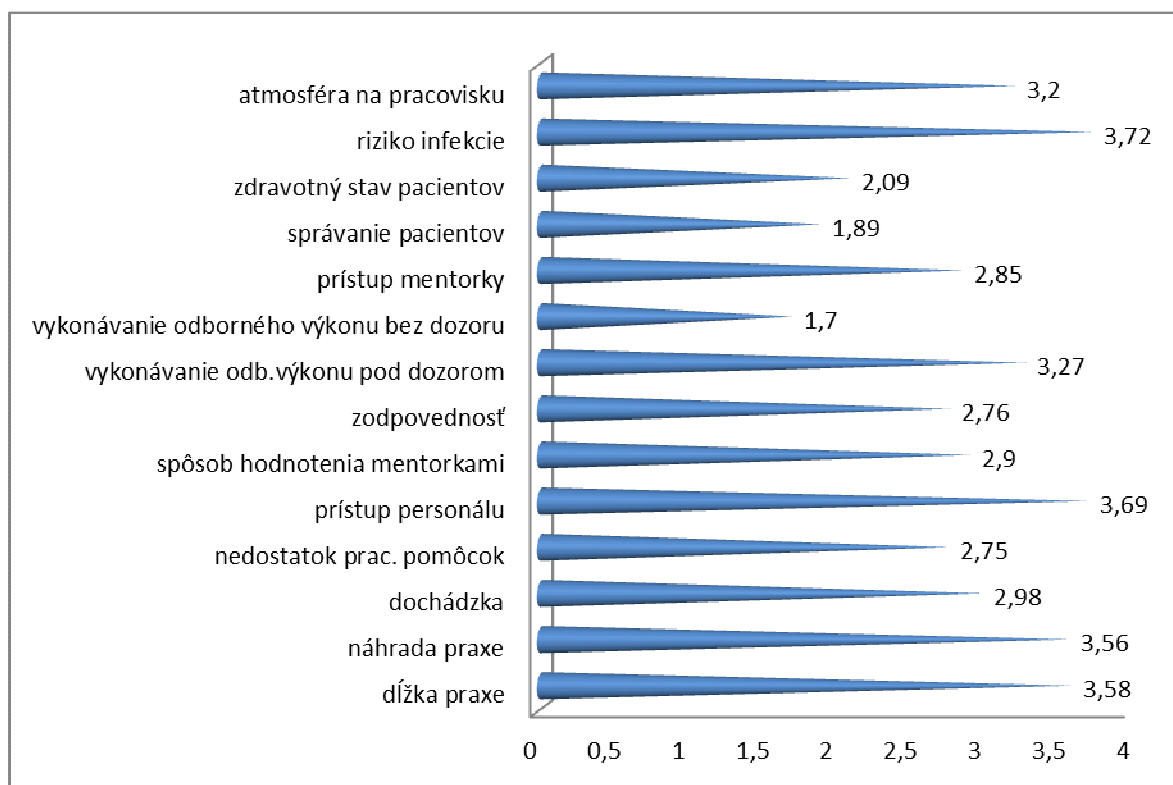
Výsledky

Výsledky prieskumu sme rozdelili do štyroch sledovaných oblastí:

- intenzita pôsobenia potenciálnych stresorov na ošetrovateľskej praxi,
- vplyv stresu na výkon ošetrovateľskej praxe,
- telesné prejavy stresu,
- spôsoby riešenia stresu.

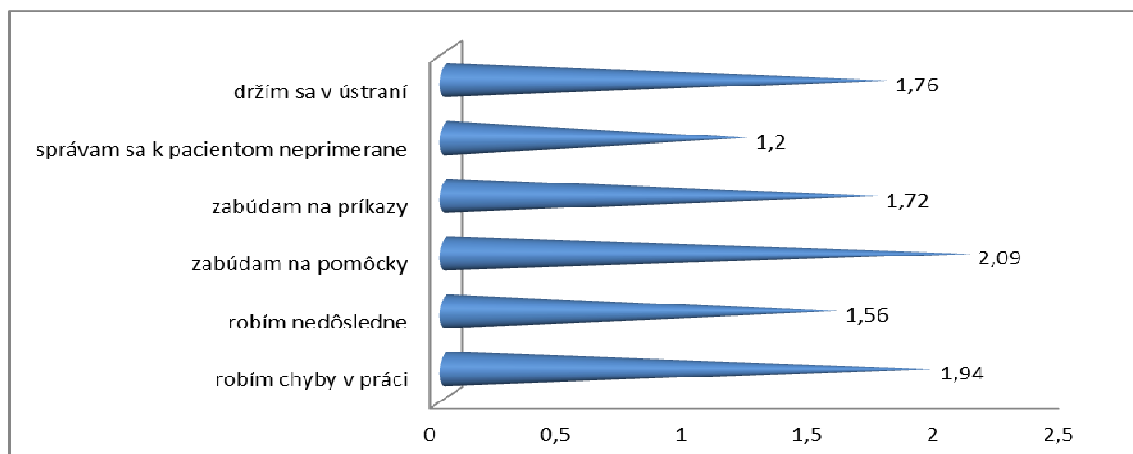
Výsledky prieskumu prezentujeme v grafickom znázornení, kde uvádzame vážený aritmetický priemer každej skúmanej položky.

Graf 1 Faktory vyvolávající stres na ošetrovatel'skej praxi



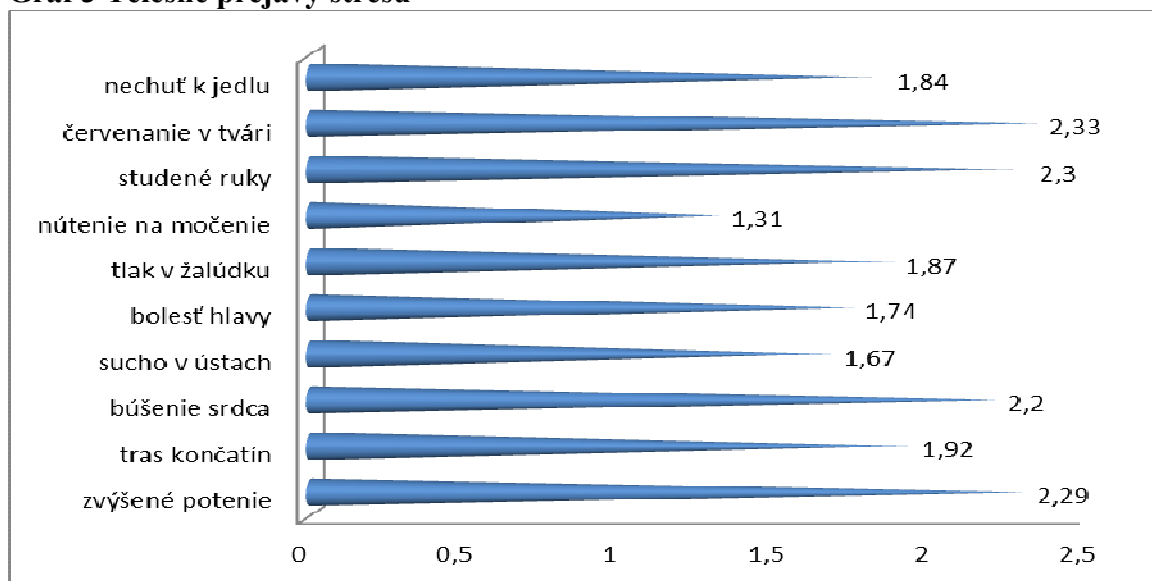
Ako vidíme v grafe 1, najväčším stresorom na ošetrovatel'skej praxi bolo riziko infekcie, čo vyjadroval priemer 3,72 vypočítaný zo škály 1 – 5, kde miera 4 vyjadrovala intenzitu dost'. Pomerne výrazným stresorom bol prístup personálu zdravotníckeho zariadenia, čo vyjadrovala hodnota 3,69. Ako stresor pôsobila aj rozvrhom určená dĺžka ošetrovatel'skej praxe (8 pracovných hodín, 7.00 – 15.00 hod.) s hodnotou 3,58 a nevyhnutnosť náhrady zameškaných hodín v dôsledku ochorenia alebo osobných dôvodov s hodnotou 3,56. Stresormi v strednej miere bolo vykonávanie odborného výkonu pod dozorom, atmosféra na pracovisku, prístup mentorky ošetrovatel'skej praxe, nutnosť dodržiavať organizáciou stanovenú dochádzku, nevyhnutnosť prevziať zodpovednosť a chýbanie pomôcok. Zdrojom stresu v nízkej miere bolo správanie sa pacientov a ich zdravotný stav. Študentov výraznejšie stresovali interpersonálne vzťahy na pracovisku a materiálno – technické zabezpečenie ako zdravotný stav pacientov, o ktorých sa starali.

Graf 2 Vplyv stresu na výkon ošetrovatel'skej praxe



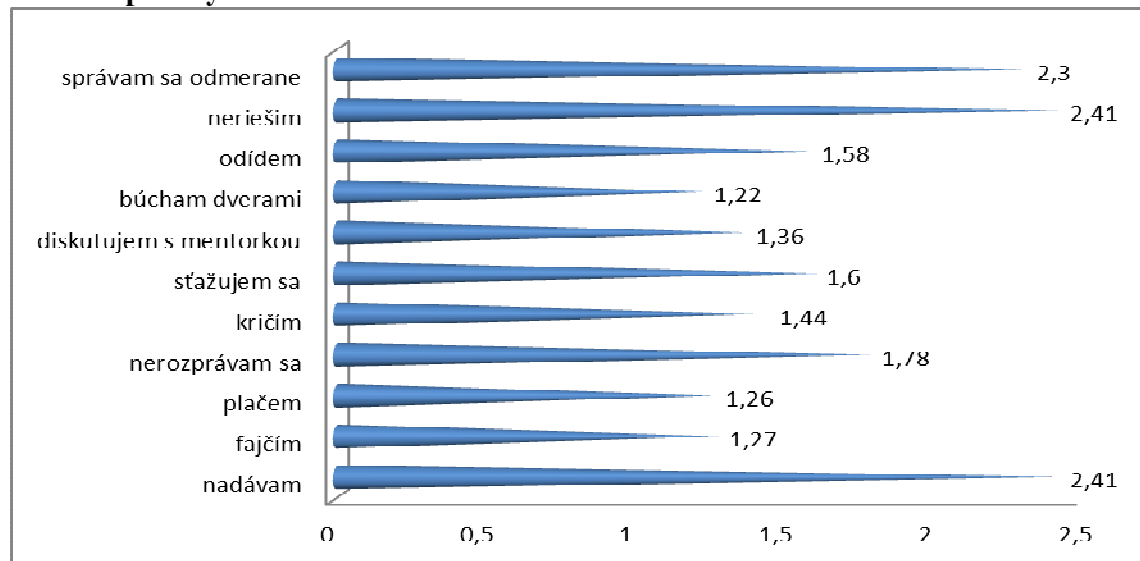
Graf 2 vyjadruje, do akej miery stres negatívne ovplyvňoval prácu študentov na ošetrovateľskej praxi. Sledovali sme vplyv stresu na prácu študentov pomocou škály frekvencie (1- nikdy, 2 – občas, 3 – často, 4 – veľmi často, 5 - vždy). Najčastejším prejavom stresu bolo zabúdanie pomôcok (2,09), čo však vyjadrovala miera občas. Študenti tiež vplyvom stresu občas robili chyby (1,94), zabúdali na príkazy (1,72), nezapájali sa do pracovného procesu a držali sa v ústraní (1,76), robili nedôsledne (1,56). Nikdy sa ani vplyvom stresu nesprávali k pacientom neprimerane (1,2).

Graf 3 Telesné prejavy stresu



Graf 3 vyjadruje frekvenciu telesných prejavov stresu. Najčastejšie študenti uvádzali červenanie v tvári s priemerom 2,33, studené ruky s priemerom 2,30, zvýšené potenie s priemerom 2,29. Zistené výsledky vyjadrujú mieru občas. Študenti tiež občas vplyvom stresu mali búšenie srdca, tras končatín, tlak v žalúdku, nechúť k jedlu, bolesť hlavy, sucho v ústach. Najzriedkavejším prejavom stresu bolo nútenie na močenie.

Graf 4 Spôsoby riešenia stresu



Graf 4 znázorňuje spôsob zvládania stresu. Sledovali sme rôzne spôsoby riešenia stresových situácií pomocou škály frekvencie (1- nikdy, 2 – občas, 3 – často, 4 – veľmi často, 5- vždy). Študenti najčastejšie stres riešili nadávaním a pasívnym prístupom (neriešením) danej situácie s priemerom 2,41. Zistené výsledky vyjadrujú mieru občas. Výsledky poukázali na to, že študenti sa vplyvom stresu občas správali neprimerane, prestali sa rozprávať, sťažovali sa, prípadne stres riešili odchodom. Takmer nikdy stres na praxi neriešili krikom, ale ani diskusiou s mentorkou, plačom, fajčením a búchaním dverami.

Diskusia

Výsledky našej štúdie poukázali na to, že študent ošetrovateľstva je počas praxe vystavený mnohým faktorom, ktoré môžu vyvolávať stresové reakcie. Viaceré štúdie zamerané na porovnanie miery stresu medzi jednotlivými študijnými odbormi zistili, že študenti ošetrovateľstva zažívajú vyššiu mieru stresu ako študenti iných nelekárskych odborov a sociálnej práce. Klinická prax bola vedeckými štúdiami identifikovaná ako jeden zo závažných zdrojov stresu. Sharif a Masouni (2005) uvádzajú, že nedostatok skúseností, obavy z poškodenia pacientov, vyššia miera zodpovednosti, nepríjemné pocity z hodnotenia počas praxe sú len niektoré zo stresorov pôsobiacich na študentov ošetrovateľstva.

Prvým cieľom našej práce bolo identifikovať potenciálne stresory a zmerať ich intenzitu. Na naše prekvapenie, najväčšiu intenzitu stresu malo riziko infekcie, ktoré sa však dá eliminovať dodržiavaním bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti. Výrazným stresorom bol prístup personálu pracujúceho na jednotlivých oddeleniach. Sestry na pracoviskách sú často sami pod tlakom ich profesie, organizácie a pridelených úloh. Napriek tomu sú schopné prevziať na seba aj rolu učiteľa, často však na to nie sú pripravené a nie sú k tomu dostatočne motivované. Literatúra uvádza, že sestra, ktorá dohliada na konkrétne výkony študentov počas ošetrovateľskej praxe má pre študentov väčší význam ako supervízor, ktorý ma väčšinou hodnotiacu a kontrolnú úlohu (Berggren, Severinsson, 2003). Študenti ošetrovateľstva by mali mať preto možnosť pracovať pod dozorom vyškolenej sestry - mentorky. Študenti ako stresory vnímajú aj dĺžku a nutnosť nahrádzania praxe. Počet hodín praxe však vyplýva zo zákona č.3 nariadenia vlády č.742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania sestry. Ošetrovateľská prax musí zahŕňať minimálne 50 % (2300 hodín) z celého stanoveného rozsahu výučby. Je nevyhnutné nájsť najvhodnejší spôsob na organizačné zabezpečenie stanoveného rozsahu praktickej výučby.

Druhým cieľom bolo zistiť, do akej miery stres vplýva na prácu študentov. Medzi behaviorálne prejavy stresu patrí zhoršená kvalita práce, snaha vyhnúť sa úlohám, vyhýbanie sa zodpovednosti (Křivohlavý, 1994). Naša štúdia zistila, že stres sa u študentov najvýraznejšie prejavoval v podobe zabúdania pomôcok a robením chýb, tiež sa občas vyskytovalo vyhýbanie sa a držanie sa v ústraní mimo pracovného diania. Pozitívnym zistením bolo, že vplyv stresu na prácu študentov nebol výrazný.

Tretím cieľom bolo zistiť najčastejšie telesné prejavy stresu. Svetová zdravotnícka organizácia vymedzila najčastejšie telesné prejavy stresu s kardiovaskulárnymi, gastrointestinálnymi, neurologickými, kožnými a inými prejavmi. K najčastejším somatickým prejavom stresu u študentov našej vzorky patrilo červenanie v tvári, studené ruky a zvýšené potenie. V menšej miere mali študenti búšenie srdca, tras končatín, tlak v žalúdku a bolesti hlavy. Štúdiu zameranú na prejavy stresu robil Jimenez et al. (2010), ktorý porovnával somatické a psychické prejavy stresu u študentov ošetrovateľstva. Zistil, že u študentov dominovali viac psychické ako somatické prejavy. I keď boli študenti zdraví, počas druhého ročníka boli najviac ohrození či už psychickými tak somatickými prejavmi stresu.

Veľmi dôležité je vedieť sa so stresovými situáciami správne vyrovnáť. Spôsob riešenia stresu sme zisťovali prostredníctvom štvrtého cieľa. Zistili sme, že študenti k riešeniu stresu pristupovali pasívne. Najčastejším spôsobom bolo neriešenie a nadávanie. Takmer úplne absentovala diskusia. Gibbons et al. (2011) uvádzajú, že najsilnejším faktorom napomáhajúcim zvládať stres je dostatočná emocionálna podpora. Podľa štúdie Lambert et al. (2004) únik a vyhýbanie sa súvisí so zníženou kvalitou duševného zdravia začínajúcich sestier.

Záver

Skúmanie stresu u študentov pomáhajúcich profesií je vysoko aktuálne. Vedomosti o existencii stresu, faktoroch, ktoré stres na ošetrovateľskej praxi vyvolávajú, prejavoch a spôsoboch riešenia stresu môžu pedagógom napomôcť hľadať efektívne spôsoby na redukcii úrovne stresu u študentov. Treba nájsť optimálny spôsob organizácie ošetrovateľskej praxe a efektívne metódy na redukcii úzkosti a somatických prejavov stresu. Na základe zistení vyplývajúcich z našej štúdie navrhujeme nasledovné odporúčania pre prax:

- študentov v rámci teoretickej výučby pripraviť s väčším dôrazom na dodržiavanie zásad bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti,
- apelovať na dostatok ochranných pomôcok na klinických pracoviskách,
- realizovať v pravidelných intervaloch certifikačné kurzy pre sestry – mentorky, ktoré by zabezpečili odborný klinický dohľad nad študentmi,
- udržiavať vysokú úroveň spolupráce medzi mentorkami a supervízormi ošetrovateľskej praxe,
- v rámci výučby komunikácie cvičiť využívanie techník asertivity,
- v rámci výučby psychológie venovať zvýšenú pozornosť technikám na podporu duševného zdravia.

Literatúra

- BALOGOVÁ, E. (2009) Ošetrovatel'stvo ako prirodzene stresujúce povolanie. In *Sestra*, 2009, roč.VIII., č.7, s.46-47.ISSN 1335-9444.
- BERGGREN, I., SEVERINSSON, E (2003) Nurses supervisors'action in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 41(6):615-622.
- DOBRÍKOVÁ, P. (2007) *Zvládanie záťažových situácií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2007, 126 s. ISBN 978-80-89271-20-7.
- GIBBONS, C. et al. (2011) Stress, coping and satisfaction in nursing students. In: *Journal of Advanced Nursing*, 67: 621–632. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05495.x
- JIMENEZ, C., NAVIA-OSORIO, P. M. DIAZ, C. V. (2010) Stress and health in novice and experienced nursing students. In:*Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66: 442–455. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. (2010) *Psychologie I*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 168 s. ISBN 978-80-247-3270-1
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1994) *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994, 190 s. ISBN 80-7169-121-6
- LAMBERT, V.A. et al. (2004) Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. In: *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41(1), 85–97.
- SHARIF, F., MASOUMI, S. (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. In: *BMC Nursing* , 2005, 4:6doi:10.1186/1472-6955-4-6
- Zákon č. 131/2002 Z.z. o vysokých školách
- Zákon č. 742/2004 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania sestry

Kontaktná adresa

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.
Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva
Trenčianska Univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
91101 Trenčín
Email: nikoleta.poliakova@tnuni.sk

VYBRANÉ ETICKÉ OTÁZKY POHLEDEM STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ

Eva Švarcová

Univerzita Hradec Králové, 2. LF UK Praha

Souhrn:

Příspěvek prezentuje výsledky pilotní studie k výzkumu zaměřenému na zjišťování názorů studentů různých oborů vysokoškolského studia na vybrané aspekty jejich přípravy a studia ve škole. Pilotní studie, s jejímiž výsledky příspěvek seznamuje, mapuje názory na etické chování u studentů 2. LF UK Praha oboru všeobecná sestra s rozšířenou výukou v pediatrickém ošetřovatelství.

Klíčová slova: *etika, opisování, plagiátorství, podvod, výzkum, morální chování, společenské normy*

Úvod

Od nepaměti stály proti sobě dobro a zlo, historické prameny dokládají odlišná kritéria při posuzování těchto základních etických kategorií. Také v současné době jsou odbornou i laickou veřejností často diskutována témata týkající se morálních dilemat, konfliktu hodnot v konkrétních morálních situacích a v souvislosti s tím i zavádění předmětu Etická výchova ve školách.

Lidské myšlení prochází dle Kohlberga (1979) v průběhu psychického vývoje několika fázemi morálního zrání. Kohlberg rozlišuje tři úrovně a šest stádií morálního vývoje jedince: I. prekonvenční úroveň (stadium 1 a 2), II. konvenční úroveň (stadium 3 a 4) a III. postkonvenční úroveň (stadium 5 a 6).

Pro jedince na prekonvenční úrovni jsou společenské normy určitými příkazy z vnějšku, příliš je nechápe a nepodporuje. Člověk na konvenční úrovni se s normami a pravidly identifikuje, je konformní, normy se snaží dodržovat. V postkonvenční fázi jedinec společenské normy nejen akceptuje, ale také vyhodnocuje podle svých vnitřních morálních principů. Zjednodušeně řečeno, chová se podle zvnitřněných norem (morálních i společenských), i když se nikdo nedívá.

Konvenční úroveň morálního vývoje je zastoupena u většiny adolescentů a dospělých v naší společnosti. Postkonvenční úroveň je dosahována menšinou populace a obvykle až po dvacátém roce života. (Vacek, 2010)

Etika a morální hodnoty by měly být a většinou též byly samozřejmou součástí přípravy budoucích pracovníků ve zdravotnictví, zejména lékařů a zdravotních sester. Vyžadovaná profesní etika a úroveň osobní morální zralosti spolu však nemusí u každého jedince vždy korespondovat.

Cíl výzkumného šetření

Zmapovat názory studentů na vybrané etické aspekty související s jejich přípravou a studiem na vysoké škole.

Metodika

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím dotazníku s využitím ratingové metody, jejímž základem je posuzovací stupnice (škála). Použita byla numerická bipolární škála, kdy posuzovatel hodnotí zkoumaný jev a přiřadí k tomuto hodnocení číselně označenou variantu, která se mu jeví nejpříjemnější. (Pelikán, 1998)

Zvolena byla škála šestibodová (0 zcela etické chování, 1 etické, 2 spíše etické, 3 spíše neetické, 4 neetické a 5 zcela neetické chování), ve které byla vyeliminována neutrální odpověď.

Dotazník obsahoval celkem 16 otázek, přičemž první dvě zjišťovaly věk a pohlaví respondentů. U každé další otázky, které již byly doplněny numerickou posuzovací stupnicí, byla možnost osobního vyjádření v komentáři.

Oblasti zájmu výzkumného šetření:

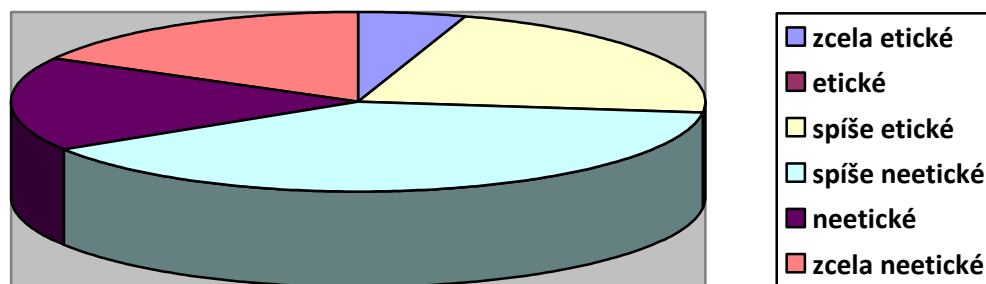
1. Jaké jsou názory studentů na opisování a napovídání při zkoušce ve škole.
2. Jak z etického hlediska hodnotí různé formy plagiátorství.
3. Jak vnímají a hodnotí další vybrané typy neetického chování.

Charakteristika výzkumného souboru

Pilotní studie se zúčastnilo celkem 46 respondentů věkové kategorie 20 až 30 let, přičemž nejvíce (24) respondentů bylo ve věku 20 let. Z celkového počtu respondentů bylo 45 žen a jeden muž.

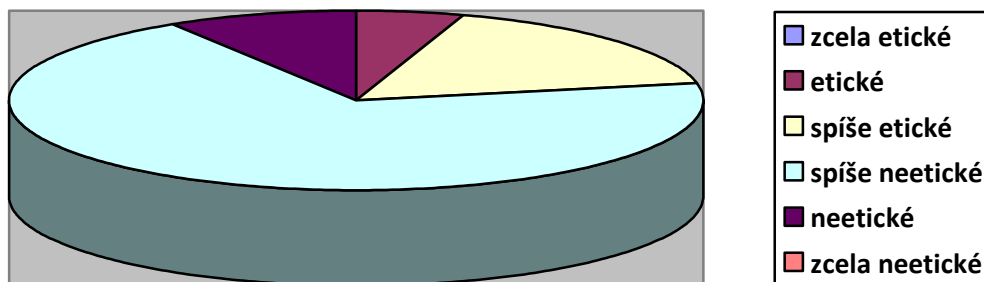
Analýza a interpretace výsledků dotazníkového šetření

První dvě otázky, jak již bylo sděleno, zjišťovaly základní informace o respondentech. Třetí otázka mapovala názory studentů na opisování při písemné zkoušce. Na škále, kde 0 značí zcela etické chování, 1 etické, 2 spíše etické, 3 spíše neetické, 4 neetické a 5 morálně naprosto nepřijatelné chování, zvolilo 39 % respondentů odpověď spíše neetické, 22% spíše etické, po 17 % neetické a naprosto nepřijatelné, viz graf na obr. 1.



Obrázek č. 1

Čtvrtá otázka zjišťovala názory studentů na napovídání při zkoušce. Napovídání při zkoušení považuje 69 % respondentů za spíše neetické, 17 % za spíše etické, 9 % studentů se domnívá, že se jedná o chování neetické a 5 % je považuje za etické. Oba hraniční póly, zcela etické a zcela neetické, se zde neobjevily vůbec. Přehled viz graf na obr. č. 2.

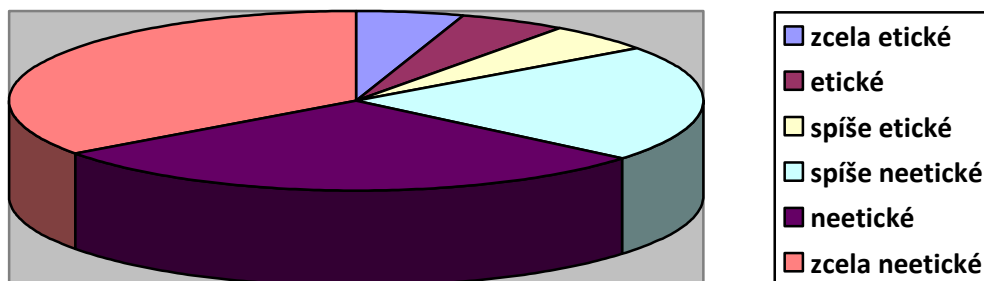


Obrázek č. 2

Pátá otázka měla za cíl zjistit, do jaké míry studenti považují za neetické odevzdání stejné seminární práce s kolegou a šestá mapovala názory studentů na odevzdání seminární práce vypracované někým jiným (např. stažené z internetu).

Odevzdání stejné seminární práce s kolegou (spolužákem) považuje 74% studentů za zcela neetické, 17% za neetické a 9% za spíše etické. Další možnosti nebyly použity.

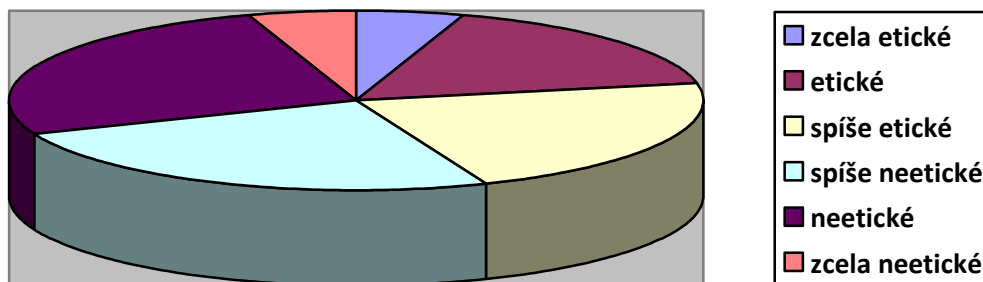
Odevzdání seminární práce vypracované někým jiným považuje za zcela neetické 35% respondentů, za neetické 29%, za spíše neetické 21% respondentů a po 5% se objevily možnosti zcela etické, etické a spíše etické, viz graf na obr. č. 3.



Obrázek č. 3

Sedmá otázka mapovala názory studentů na falšování omluvenky od lékaře, tuto situaci považuje 13% respondentů za jednání zcela etické, 10% za etické, 9% za spíše etické, 36% za spíše neetické, 6% za neetické a 26% za zcela neetické.

Osmá otázka zjišťovala hodnocení etičnosti či neetičnosti nepravdivé výmluvy ve vztahu k nesplnění úkolu pohledem studentů. Použití nepravdivé výmluvy je považováno 5% respondentů za zcela etické, 17% za etické, 22% za spíše etické, 25% za spíše neetické, 26% respondentů je pokládá za neetické a 5% za zcela neetické, viz graf na obr. č 4.



Obrázek č. 4

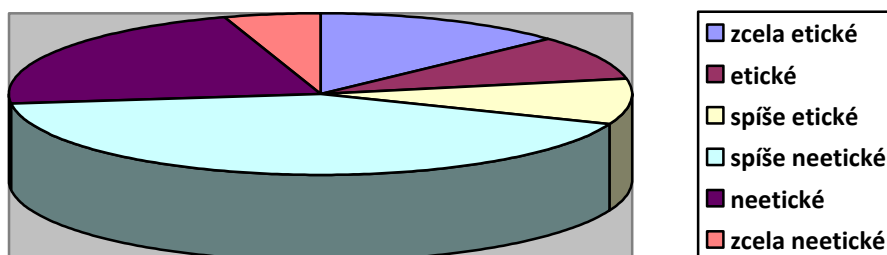
Devátá otázka mapovala názory studentů na informování učitele o opisování spolužáka. U této otázky převažovala odpověď zcela neetické, kterou uvedlo 74% respondentů, 17% respondentů považuje informování učitele o opisování spolužáka za spíše neetické a 9% za neetické, další možnosti uvedeny nebyly.

Desátá otázka měla za cíl zjistit názory studentů na informování učitele o šikaně. Zde byly odpovědi nejvíce vyrovnané, 87% respondentů se domnívá, že informovat učitele o šikaně spolužáka je zcela etické, 13% etické.

Jedenáctá otázka zjišťovala názory na informování učitele o záškoláctví spolužáka. Informovat učitele o záškoláctví spolužáka považuje 61% respondentů za zcela neetické, 17% za neetické, 9% za spíše neetické a taktéž 9% za zcela etické. Jiné možnosti použity nebyly.

Dvanáctá otázka mapovala hodnocení studentů v oblasti informování učitele o kouření spolužáků, 65% respondentů se domnívá, že informování učitele o kouření spolužáka je zcela neetické, 17% je považuje za neetické, 9% za spíše neetické a 9% je naopak toho názoru, že se jedná o zcela etické chování.

Třináctá otázka se věnovala hodnocení studentů zaměřené na předstírání nemoci z důvodu získání nějaké výhody. Předstírání nemoci z důvodu získání nějaké výhody považuje 13% respondentů za zcela etické, 9% za etické, 9% za spíše etické, 42% za spíše neetické, 22% za neetické a 5% za zcela neetické, viz graf na obr. č. 5.

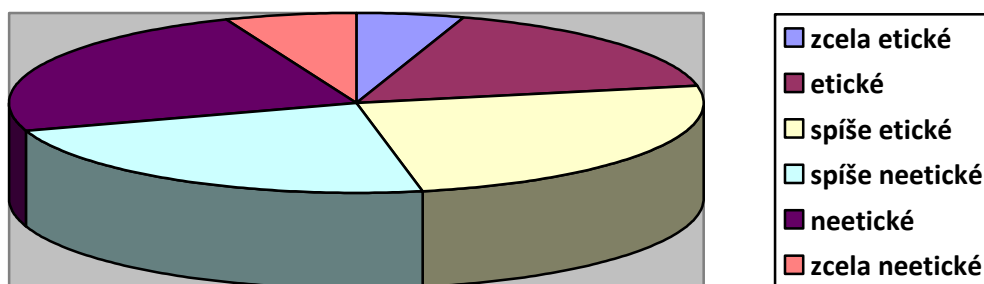


Obrázek č. 5

Čtrnáctá otázka zjišťovala postoj studentů k vypracování úkolu za spolužáka; 30% respondentů se domnívá, že vypracování úkolu za spolužáka je spíše neetické, taktéž 30% je názoru, že se jedná o zcela etické chování, 26% volilo variantu spíše etické a 14% respondentů takové chování považuje za etické. Další dvě možnosti uvedeny nebyly.

Patnáctá otázka mapovala názory studentů na záměrné ovlivňování učitele tělesnými přednostmi (výstřih, krátká sukně apod.). Ovlivňování učitele tělesnými přednostmi považuje za zcela etické 13% respondentů, za etické 10%, ze spíše etické 35%, spíše neetické 9%, neetické 22% a zcela neetické 11% respondentů.

Poslední otázka směřovala ke zmapování názorů studentů na záměrné ovlivňování učitele lichotkami. Také v této otázce byla využita celá škála možných odpovědí. Nejvíce respondentů 25% se domnívá, že se jedná o spíše etické chování, 24% je opačného názoru, uvedlo, že se jedná o neetické chování, 23% respondentů takové chování považuje za spíše neetické, 17% za etické, 6% za zcela neetické a 5% za zcela etické chování, viz graf na obr. č. 6.



Obrázek č. 6

Shrnutí a diskuse

Opisování při písemné zkoušce považuje sice 39% respondentů za spíše neetické, ale plných 22% za spíše etické a pouhých 17% za zcela neetické. Otázkou, že se jedná v podstatě o podvod, problematikou spravedlnosti a spravedlivého hodnocení písemné práce se mnozí z respondentů zřejmě nezabývali.

U napovídání při zkoušení byla situace odlišná, 69% respondentů napovídání považuje za spíše neetické a 17% za spíše etické.

Na otázku mapující názory studentů na odevzdání stejné seminární práce s kolegou odpověděli studenti téměř jednoznačně, 74% uvedlo, že se jedná o zcela neetické chování, 17% toto chování považuje za neetické a pouze 9% za spíše etické.

U otázky zaměřené na odevzdání seminární práce vypracované někým jiným, byly již názory roztržštěné: 35% respondentů se domnívá, že se jedná o zcela neetické chování, 29% je považuje za neetické, 21% za spíše neetické a celkově 15% respondentů (po 5% zcela etické, etické a spíše etické) je bohužel názoru, že se jedná o chování víceméně etické. V případě

stažení práce z internetu se přitom jedná o plagiátorství. U této otázky dvě studentky do komentáře uvedly, že samy považují odevzdání seminární práce vypracované někým jiným za neetické, ale jejich příbuzní (v jednom případě matka, ve druhém rodina) takové chování pokládají za zcela etické!

Sedmá otázka mapovala názory na falšování omluvenky od lékaře. Zde se nejvíce respondentů (36%) hlásí ke spíše neetickému chování, 26% je považuje za zcela neetické, ale celkem 32% respondentů se domnívá, že se jedná více či méně o etické chování (13% zcela etické, 10% etické a 9% spíše etické). Vzhledem k faktu, že respondenty jsou studenti ošetřovatelství, je tento výsledek poměrně alarmující.

K otázce nepravdivých výmluv ve vztahu k nesplnění úkolu se celkově 56% respondentů vyjádřilo více k neetičnosti chování, konkrétně 5% toto chování považuje zcela neetické, 26% za neetické a 25% za spíše neetické. 44% respondentů uvedlo varianty v oblasti pólu větší etičnosti (5% zcela etické, 17% etické, 22% spíše etické).

Poskytování informací učiteli o opisování spolužáka považuje 74% respondentů za zcela neetické, 17% za spíše neetické a 9% za neetické. Žádné další varianty odpovědí se nevyskytly.

Informace o šikaně se objevily na opačném pólu, 87% respondentů tyto informace považuje za zcela etické a 13% za etické. Další varianty odpovědí nebyly. Je velmi dobré, že studenti považují šikanu za negativní jev, který je nutné oznámit.

Informování učitele o záškoláctví, stejně jako o kouření, považuje většina respondentů (91%) za víceméně neetické. Konkrétně u záškoláctví uvedlo 61%, že se jedná o zcela neetické chování, 17% neetické a 13% spíše neetické, 9% se domnívá, že se jedná o zcela etické chování. V otázce informování učitele o kouření spolužáků se 65% respondentů přiklání k názoru, že jde o zcela neetické chování, 17% neetické a 9% spíše neetické. Také v tomto případě 9% respondentů informování učitele považuje za zcela etické.

Na otázku zjišťující názory studentů na předstírání nemoci z důvodu nějaké výhody využili respondenti odpovědi všech variant. Nejvíce (42%) respondentů se domnívá, že se jedná o spíše neetické chování, následuje neetické chování s 22%, 13% respondentů je ale názoru, že jde o zcela etické chování, 9% uvedlo etické a taktéž 9% spíše etické chování. Pouze 5% respondentů se domnívá, že se jedná o zcela neetické chování.

Vypracování úkolu za spolužáka považuje celkem 70% respondentů za víceméně etické (30% zcela etické, 14% etické, 26% spíše etické) a 30% za spíše neetické. Ve studentském prostředí je zřejmě takové chování považováno za běžnou výpomoc spolužákovi.

U otázky záměrného ovlivňování učitele tělesnými přednostmi byly názory studentů nejvíce různorodé, 13% je názoru, že se jedná o zcela etické chování, 10% etické, 35% spíše etické, 9% spíše neetické, 22% neetické a pouhých 11% respondentů se domnívá, že jde o zcela neetické chování. Zde je nutné brát v úvahu, že 98% respondentů byly ženy.

Poslední otázka mapovala názory studentů na záměrné ovlivňování učitele lichotkami. Takové jednání považuje 47% respondentů za více či méně etické (5% za zcela etické, 17% za etické, 25% za spíše etické) a 53% za více či méně neetické (23% spíše neetické, 24% neetické a 6% zcela neetické).

Z výsledků pilotního šetření vyplývá, že morální úroveň studentů ošetrovatelství ještě zřejmě u větší části nedosáhla posledního vývojového stádia dle Kohlberga. Tento fakt může být do velké míry ovlivněn věkovou kategorií respondentů, 52% tvoří dvacetiletí, kteří mají ještě možnost dosáhnout postkonvenčního morálního vývoje.

Závěr

Na základě pilotního výzkumného šetření ještě nelze učinit relevantní závěry, přesto se domnívám, že výsledky studie jsou zajímavé a v mnohém inspirující k dalšímu zkoumání. V návaznosti na pilotní šetření a jeho výsledky můžeme konstatovat, že u daného vzorku respondentů zřejmě existuje nepříliš vysoká úroveň morálního úsudku, respektive morálního vědomí, jako podkladu k příslušnému morálnímu jednání. Rozhodování je tím pádem více záležitostí nápodoby či intuice postavené na určité zkušenosti a snadno poté „vítězí“ situační proměnné, např. názory vrstevnické skupiny, aktuální psychická kondice, sociální klima apod. (Švarcová, 2010)

V přípravě budoucích zdravotnických pracovníků bychom se měli v mnohem větší míře soustředit na vytváření pozitivních mravních stránek osobnosti. Hodnotový systém je dlouhodobě utvářen vnějšími a vnitřními vlivy během ontogenetického vývoje. Do individuální struktury hodnot se promítají zvláštnosti každého jedince dané věkem, pohlavím, rodinným prostředím, vzděláním atd. V současné době přibývá odborníků, kteří se domnívají, že je nutné včas, systematicky a účinněji spoluutvářet hodnotové struktury dětí a mladých lidí na všech typech škol. (Vacek, 2010)

Literatura

- JIRKOVSKÝ, D. Výsledky autoevaluace vybraných pedagogických a manažerských dovedností všeobecných sester, mentorek klinické praxe. In *Pracovní den Marty Staňkové I - Inovace v pregraduálním a v postgraduálním vzdělávání sester - sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*, 1. vyd. Praha, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. lékařské fakulty UK v Praze a Karolinum, 2010, s. 37-44 ISBN 978-80-87347-00-3
- KOHLBERG, L. *The meaning and measurement of development*. Worcester: Clark University Press, 1979.
- PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-569-8
- ŠVARCOVÁ, E. Možnosti etické výchovy ovlivnit vztahy ve skupině. In. Hábl, J., Doležalová, J. *Humanizace ve výchově a vzdělávání – východiska, možnosti a meze*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-068-9
- VACEK, P. *Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-051-1
- ZVONÍČKOVÁ, M., JIRKOVSKÝ, D. Mění se role sester. *Ošetrovatelství*, 2006, roč. 8, ISSN 1212-723X

Kontaktní adresa:

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.
Katedra pedagogiky a psychologie
Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové
Rokitanského 62
500 03 Hradec Králové
Email: eva.svarcova@uhk.cz

ŽIVOTNÍ STYL U STŘEDOŠKOLSKÝCH STUDENTŮ

Jana Haluzíková, Zdeňka Římovská

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

Souhrn:

Průzkum je zaměřen na zdraví studentů a jejich životní styl na střední škole. Průzkumná práce informuje o úrovni a dodržování zásad zdravého životního stylu mládeže. Záměrem práce byla analýza a následné srovnání úrovně zdravého životního stylu studentů gymnázia a studentů střední zdravotnické školy.

Klíčová slova: zdraví, zdravý životní styl, středoškolští studenti

Úvod

K zdravému životnímu stylu patří dostatek pohybu, vhodná životospráva, osobní hygiena a stav duševní pohody. Základ tvoří dodržování pravidelného režimu. Se zdravým životním stylem úzce souvisí pojem zdraví. Nerovnováha ve zdraví je velmi často příčinou vzniku nemocí, tzv. civilizačních chorob (diabetes mellitus, nemoci kardiovaskulárního systému, metabolický syndrom...). Důraz by měl být kladen na zdravý životní styl.

Cíl práce

Zjistit rozdíl v přístupu ke zdravému životnímu stylu studentů střední zdravotnické školy a studentů gymnázia. Zjistit závislost úrovně zdravého životního stylu ve vztahu ke vzdělání respondentů.

Metodika

Zkoumaný soubor tvořili studenti střední zdravotnické školy a studenti gymnázia. Bylo osloveno 100 respondentů. Návratnost činila 90%. Z toho 44 dotazníků vyplnili studenti střední zdravotnické školy a zbývajících 46 dotazníků studenti gymnázia. Byla zvolena metoda anonymního dotazníku modifikovaného z anglického originálu CINDI Health Monitor Questionnaire, z průzkumného šetření Jarošové „Režim dne a zdravotní styl vysokoškolských studentů“.

Použitá metoda

Průzkum byl realizován v letním semestru roku 2009. Odpovědi byly anonymní. Získaná data byla ukládána do databáze vytvořené v programu Microsoft Excel, 2007.

Výsledky průzkumu

Z uvedeného průzkumu vyplynulo, z gymnázia snídá 67% respondentů kdežto na střední zdravotnické škole pouze 57% respondentů.

Jaký je Váš denní příjem tekutin: Správný denní příjem tekutin by měl být alespoň 2 litry. Toto množství vypije 30% studentů gymnázia a 27% střední zdravotnické školy. Dalším nejčastějším množstvím tekutin je 2,5 l. Na střední zdravotnické škole je to 25% a na gymnáziu je to 15%.

Další část dotazníku byla zaměřena na zjištění požívání návykových látek. Na střední zdravotnické škole je stejné množství kuřáků a nekuřáků. 25% studentů střední zdravotnické

školy vykouří 1 – 5 cigaret za den. 16% kouří příležitostně. Na gymnáziu je většina studentů nekuřáků 70%, příležitostných kuřáků je 38%, 1 – 5 cigaret za den vykouří 6%.

Ne jen nikotin, ale i jiné drogy adolescenti vyzkouší, protože je to pro ně něco nového, nebo chtějí „zapadnout“ do party nebo tímto způsobem řeší své problémy. Nejvíce zkoušenou návykovou látkou je alkohol. Na střední zdravotnické škole má zkušenost s alkoholem 98%. Na druhém místě je kofein (86%), třetí v pořadí je nikotin (64%). Marihuanu vyzkoušelo 52% studentů, hašiš 9% a extázi 4% respondentů. Další uvedené drogy vyzkoušelo 2% studentů. Na gymnáziu je situace obdobná, ale studenti nezkoušeli takové množství drog. Alkohol vyzkoušelo 91% studentů. Na druhém místě je kofein (85%) stejně jako na SZŠ. Na třetím místě je nikotin (70%). Marihuanu vyzkoušelo 41% studentů. Hašiš zkoušelo 7% studentů. Extázi a houby zkoušelo 2% respondentů. Poněkud zarážející je větší počet studentů na střední zdravotnické škole, kteří mají zkušenost s návykovými látkami. .

Poslední otázka dotazníku je zaměřená na pravidelnost užívání návykových látek. Na střední zdravotnické škole užívá kofein příležitostně 45% studentů. 34% dotazovaných studentů užívá kofein pravidelně a 20% vůbec ne. Nikotin neužívá vůbec 43% studentů, 32% pravidelně a 20% příležitostně. Někteří respondenti, kteří uvedli, že jsou nekuřáci, si zakouří příležitostně. Alkohol užívá příležitostně 90% studentů a 7% studentů jsou abstinenti a 2% respondentů užívá alkohol pravidelně. Drogy neužívá 75% studentů a 18% studentů příležitostně. Pravidelně užívá drogy 2% studentů střední zdravotnické školy. Na gymnáziu je kofein užíván příležitostně a to 52% studentů. 30% jej užívá pravidelně a 15% vůbec. Nekuřáků je na gymnáziu 57%. Příležitostných kuřáků je 28% a pravidelných kuřáků je 13%. Z toho vyplývá, že někteří nekuřáci si zakouří příležitostně. Alkohol konzumuje příležitostně 70% studentů. Pravidelně alkohol užívá 20% studentů, což je víc jak na střední zdravotnické škole. Abstinentů na gymnáziu je 8%. To je více jak na střední zdravotnické škole. Drogy vůbec neužívá 87% dotazovaných studentů a 11% užívá drogy příležitostně. Výsledky jsou o něco lepší než na střední zdravotnické škole.

Diskuze

Snídaně je základní kámen úspěšného dne. Kvalitní snídaně náš organismus nastartuje na celý den Řada lidí však snídani odmítá a tvrdí, že nemá ráno na jídlo ani pomyšlení. Obzvlášť dětem a dospívajícím se do snídaně moc nechce. Pravděpodobně je to tím, že studenti střední zdravotnické školy chodí dvakrát týdně brzy ráno na praxi a nemají čas se nasnídat. Jejich snídaně je až během dopoledne, kdy je hotová ranní toaleta pacientů, jsou rozdané léky a pacienti jsou připraveni k vyšetření.

Studenti střední zdravotnické školy více užívají návykové látky než studenti gymnázia. Pravděpodobně je to tím, že studenti střední zdravotnické školy se setkávají více se stresujícími vlivy zejména v rámci odborné praxe. Na straně druhé je zarážející, že zdravotníci, kteří mají v budoucnu působit nejen v rámci primární prevence, také i osobním příkladem na laickou veřejnost, aby nepoužívali návykové látky, bývají opakem. Příčin, proč mladí lidé požívají návykové látky může být několik, např. vysoké nároky na studium, neschopnost učit se, nevhodné rodinné a sociální prostředí. Neschopnost řešit zátěžové situace, dlouhodobé působení stresu.

Každý z nás se dostává do náročných životních situací, které znamenají zátěž a pokud se s nimi dostatečně rychle nevyrovnáme dochází k ohrožení naší duševní rovnováhy. (Zacharová, 2007).

Součástí zdravého životního stylu je i pravidelná fyzická aktivita. Na střední zdravotnické škole sportuje 41% respondentů a na gymnáziu 65%.

V oblasti příjmu tekutin, požívání návykových látek jsou naše výsledky téměř shodné s výsledky Jarošové, která průzkumnou metodu realizovala u vysokoškolských studentů se zdravotnickým zaměřením.

Závěr

Z uvedeného průzkumu jsme zčásti zachytili životní styl středoškolských studentů. Studenti zdravotnické školy se od svých 15 let seznamují s významem zdraví, jeho podpory, zdravým životním stylem. Dalo by se předpokládat, že budou mít lepší výsledky. Z uvedeného průzkumu vyplývá, že studenti zdravotnické školy v porovnání se studenty gymnázia více kouří, mají nedostatek pohybové aktivity a horší výsledky v požívání alkoholu a drog.

Mladí lidé v současné době jsou vystaveni nejrůznějším reklamám, které ne vždy pozitivně ovlivňují zdraví jedince. V mnohých rodinách se mění tradiční způsob stravování, kdy jsou využívány k přípravě jídel polotovary či jídla továrně vyráběna např. instantní polévky, omáčky apod. Je potřebná edukace rodičů, dětí ve školách, aby si začali uvědomovat jakým význam má zdraví a jak je důležité si ho chránit. Edukace by měla být vedena tak, aby přispěla k upevnění zdraví a předcházení onemocněním.

Počátek 3 milénia přináší masivní vliv médií a tedy i reklam, které výrazně působí na lidskou psychiku. Nutno podotknout, že ne všechny reklamy patří k těm pozitivním. Televizní reklamy včetně velkoplošných bilbordů podél silnic mají neuvěřitelnou sílu. Proto je nutné zaměřit se na zdravý životní styl již v raném dětství. Správné návyky těhotné ženy jsou základním kamenem pro zdárný vývoj dítěte. Dalším důležitým faktorem je výchova ke zdravému způsobu života. Je potřebné si uvědomit, že člověk se učí nápodobou. S dobrými základy je možné zvládat často nerovný boj s „nezdavou reklamou“ i v době adolescence.

Literatura

JAROŠOVÁ, D. Režim dne a zdravotní stav vysokoškolských studentů. *Ošetřovatelství – teorie a praxe moderního ošetřovatelství*. 2002, svazek 4, č. 1 – 2, str. 35 – 37, ISSN 1212 – 723X

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-551-2

ŠRAMOVÁ K. 2009. *Analýza zdravého životního stylu u středoškolských studentů*: bakalářská práce. Opava:SU, 2009, 61 s.

ZACHAROVÁ, E. *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostrava, OU, 2007. 191 s. ISBN 978.80-7368-334-4.

Kontaktní adresa:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Ústav ošetřovatelství FVP SU v Opavě

Hauerova 4

746 01 Opava

Email: jana.haluzikova@fvp.slu.cz

OŠETROVATELSTVO V GYNEKOLÓGII A PÔRODNÍCTVE – TEÓRIA A PRAX V ŠTUDIJNOM ODBORE OŠETROVATELSTVO.

Eva Červeňanová, Nikoleta Poliaková
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Súhrn:

Autorky v príspevku predkladajú poznatky a skúsenosti z vyučovania študentov ošetrovateľstva – sestier v dennej forme štúdia, v klinickom predmete Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve. Predstavujú časové a obsahové zameranie seminárov realizovaných formou stáží priamo na klinickom pracovisku a výsledky ankety, v ktorej študenti mali možnosť zhodnotiť spokojnosť s takýmto spôsobom vyučovania, vyjadriť svoj názor a uviesť návrhy na zlepšenie.

Kľúčové slová:

ošetrovateľstvo, sestra, ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve, stáže, klinické prostredie, vyučovanie, vzdelávanie

Úvod

Vzdelávanie sestier v študijnom odbore Ošetrovateľstvo sa na Slovensku realizuje na vysokých školách a univerzitách v prvom, druhom a treťom stupni vysokoškolského vzdelávania. V prvom stupni (Bc.) absolvent má teoretické vedomosti z ošetrovateľskej teórie, z ošetrovateľského procesu, z teórií a modelov v ošetrovateľstve, z oblastí komunikácie, manažmentu, sociálnych a behaviorálnych disciplín, praktické schopnosti a zručnosti v rámci primárnej, sekundárnej a následnej zdravotnej starostlivosti pri aplikácii ošetrovateľských modelov v praxi, s ošetrovateľskou dokumentáciou, pri monitorovaní ošetrovateľských problémov a zabezpečovaní individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu v spolupráci s klientom s využívaním počítačovej a informačnej technológie. Absolvent ošetrovateľstva dokáže pracovať v tíme, pokračovať vo vlastnom profesionálnom vývoji, uplatňovať etické princípy v ošetrovateľskej praxi, využívať poznatky zo psychológie, sociológie a pedagogiky pri edukácii klientov.

Cieľ práce

je predstaviť poznatky a skúsenosti sestry – pedagóga z vyučovacieho procesu budúcich sestier v klinických podmienkach, so zameraním sa na prepojenie teoretických vedomostí a prvých skúsenosti u študentov, v rámci realizácie seminárov formou stáží v klinickom prostredí. Cieľom vyučujúceho - sestry je naučiť študentky aplikovať a využiť teoretické poznatky v konkrétnej situácii pri hospitalizovanej pacientke a v praxi.

Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve

Vyučovací predmet Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve patrí medzi predmety jadra znalostí 1. stupňa vysokoškolského štúdia. Má dve časti, klinickú časť, ktorú tvoria prednášky z Gynekológie a pôrodníctva, a prenáša ich lekár a ošetrovateľskú časť, ktorú sa realizuje formou seminárov, vyučuje ju odborná asistentka - sestra a je zameraná na špecifiká ošetrovania žien z gynekologickými ochoreniami a na špecifiká ošetrovania žien v pôrodníctve. Je potrebné zdôrazniť, že tento odbor je zastúpený samostatnou prípravou

sestier, t.j. pôrodných asistentiek. V rámci prípravy sestier má uvedený predmet vymedzený len určitý rozsah. Počet vyučovacích hodín prednášok a aj seminárov je po 13 za semester, spolu 26 vyučovacích hodín. Výber vhodných metód a foriem vyučovania je pre pedagóga veľmi dôležitý, v nadväznosti na vedomosti a skúsenosti študentov a s ohľadom na možnosti výkladu a demonštrácie v konkrétnych situáciách.

Cieľ predmetu:

prednášky

- pretransformovať vedomosti získané z iných pred klinických a klinických predmetov, s dôrazom na kliniku, diagnostické a terapeutické metódy v gynekológii a pôrodníctve používať príslušnú odbornú terminológiu
- vytvoriť východiskovú bázu vedomostnej úrovne klinického predmetu. Gynekológia a pôrodníctvo pre nadväzujúce semináre a ošetrovateľskú prax v klinických podmienkach Gynekologicko – pôrodnickej kliniky

semináre

- pretransformovať vedomosti získané z iných predmetov, s dôrazom na kliniku, diagnostické a terapeutické metódy do ošetrovania v gynekológii a pôrodníctve
- pracovať metódou ošetrovateľského procesu pri vybraných a najčastejšie sa vyskytujúcich chorobách, stavoch, chybách a poraneniach(modelové situácie, kazuistiky)
- využiť vybrané teórie a modely pri ošetrovaní chorých v gynekológii a pôrodníctve
- používať príslušnú dokumentáciu v ošetrovateľskom procese
- objasniť normy ošetrovania chorých v gynekológii a pôrodníctve, a zhodnotiť kvalitu ošetrovania
- navrhnúť a zdôvodniť manažment ošetrovateľského procesu na pracoviskách v gynekológii a pôrodníctve Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve

Podmieňujúce predmety:

Anatómia, Fyziológia, Ošetrovateľský proces, Teória ošetrovateľstva, Patologická anatómia a fyziológia, Ošetrovateľské postupy a techniky, Výchova ku zdraviu, Klinická propedeutika, Latinský jazyk,

Tematické zameranie predmetu

Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve - prednášky: Gynekológia a pôrodníctvo ako klinický odbor, Zápalové ochorenia ženských pohlavných orgánov, Endometrioza, Nádorové choroby ženských pohlavných orgánov, Náhle príhody v gynekológii, Fyziologická tehotnosť, normálny pôrod a šestonedelie, Poruchy trvania tehotnosti a nepravidelnosti plodového vajca, Ohrozenie plodu v tehotnosti a počas pôrodu, Gynekológia detí a dospelých, Výchova k zodpovednému rodičovstvu.

Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve – semináre: Charakteristika gynekologicko-pôrodnickeho ošetrovateľstva, Špecifiká ošetrovateľského procesu. Manažment ošetrovateľstva na pracoviskách gynekológie a pôrodníctva. Ošetrovanie žien pri zápalových ochoreniach ženských pohlavných orgánov. Ošetrovanie žien pri endometrioze. Ošetrovanie žien pri nádorových chorobách ženských pohlavných orgánov. Ošetrovanie žien pri náhlych príhodách v gynekológii. Ošetrovanie ženy v priebehu fyziologickej tehotnosti, normálneho pôrodu a v šestonedelí. Ošetrovanie ženy s poruchami trvania tehotnosti a nepravidelnosťami plodového vajca. Ošetrovanie ženy pri ohrození plodu v tehotnosti a počas pôrodu. Špecifiká ošetrovateľstva v gynekológii detí a dospelých. Výchova k zodpovednému rodičovstvu.

Realizácia seminárov v klinických podmienkach

Pred začiatkom semestra študenti dostanú na svoju webovú stránku rozdelenie do skupín, termíny stáží, obsahovú náplň, úlohy a práva a povinnosti študenta počas stáží na klinickom pracovisku. Od študenta sa vyžaduje 100% účasť, pri ospravedlnenej neúčasti je možnosť náhrady po dohovore s vyučujúcou. Každý absolvuje tri štvorhodinové stáže a to gynekologickom oddelení, oddelení šestonedelia a pôrodnej sále. Každá stáž je rozdelená na dve časti na samostatnú činnosť a druhú na skupinovú spojenú s prezentáciou práce.

Cieľom stáží je spoznať klinické pracovisko, pracovať s dokumentáciou, analyzovať potrebné informácie, syntetizovať poznatky, dedukovať dôležité a podstatné zdroje vedomostí a informácií, využívať vedomosti z komplexu ošetrovateľských predmetov a klinických predmetov a to z anatómie, fyziológie, farmakológie, patológie a latinského jazyka. Samotný priebeh stáží začína kontrolou dochádzky, úpravou študentov a ich zdravotnej spôsobilosti. Na gynekologickom oddelení študent získava od vyučujúcej a staničnej sestry chorobopis pacientky, na oddelení šestonedelia pôrodopis tehotnej alebo šestonedielky. Má právo získavať ďalšie informácie od sestier i lekárov, a taktiež komunikovať sa s pacientkou, tehotnou či šestonedielkou. Po ukončení samostatnej práce odchádza do seminárnej miestnosti, kde podľa usmernenia vyučujúcej syntetizuje získané informácie a pripravuje ich na referovanie, na druhú časť stáží.

Skupinka študentov s vyučujúcou odchádza na pôrodnú sálu, kde každý študent získava čistý pôrodopis a spolu sa učí názorne v prostredí ho vypisovať. Exkurziou jednotlivými priestormi (prijímacia miestnosť, vyšetrovňa, izby čakateliek, komplementy, pôrodné sály, operačná sála a predsálie, pracovná časť pôrodných asistentiek, miestnosť na prvé ošetrenie novorodenca). K dispozícii sú všetky dostupné pomôcky, prístroje a nástroje. Výklad a vysvetľovanie vyučujúcej prebieha aj formou dialógu a prispôsobuje sa aktuálnosti prevádzky. Vzhľadom na to, že pôrodnosť opäť začína stúpať, vždy so súhlasom rodičky majú študenti možnosť sledovať CTG záznam, samotný pôrod i prvé ošetrenie novorodenca. Neraz sú svedkami prítomnosti otca dieťaťa pri pôrode a spolu s rodičmi sa tešiť s novonarodeného človečika. Podpora a usmernenie v takýchto situáciách je vždy na vyučujúcej.

Po prestávke nastáva druhá časť, kde študenti sa navzájom oboznamujú s priebehom stáží. Najskôr študenti z pôrodnej sály a potom jednotlivo každý predstaví svoju pacientku, tehotnú alebo šestonedielku. Postupujú podľa vopred stanovenej štruktúry, vek, deň hospitalizácie, deň po operácii/pôrode, všetky anamnézy (osobnú, rodinnú, gynekologickú, farmakologickú, sociálnu a aktuálnu), lekársku diagnózu, operačný zákrok, liečbu, vitálne funkcie, vyšetrenia a pod. Navrhnu intervencie sestry/pôrodnej asistentky v aktuálny deň a analyzujú potreby hospitalizovanej ženy.

Pre mnohých študentov je problémom spájanie väčšieho množstva informácií, odborná terminológia, čítanie a vyslovovanie lekárskeho jazyka v latinskom jazyku, spájať jednotlivé vyšetrenia s liečbou a ošetrovateľskými postupmi. Tu je dôležité usmernenie vyučujúcej, zapájanie ostatných študentov a odporúčanie na ďalšie zdroje a odbornú literatúru. Je to dosť náročné a preto študenti v práci pokračujú. Výstupy zo stáží po doplnení a dopracovaní si prinášajú na ústnu skúšku. Takže študent má možnosť sa na skúšku seriózne pripraviť, a to nielen na klinickú časť, kde si losuje po otázke z gynekológie a z pôrodnictva, ale hlavne má možnosť prezentovať ošetrovateľskú časť podľa konkrétnej kazuistiky, ktoré je doplnená o návrh ošetrovateľského procesu.

Odbúravanie stresu zo skúšok, z verbálneho prejavu by malo byť cieľom každého pedagóga a to vytvorenie primeranej atmosféry vyplývajúcej prípravy študenta, nielen pred samotnou skúškou ale počas celého semestra.

Eualvácia - anketa

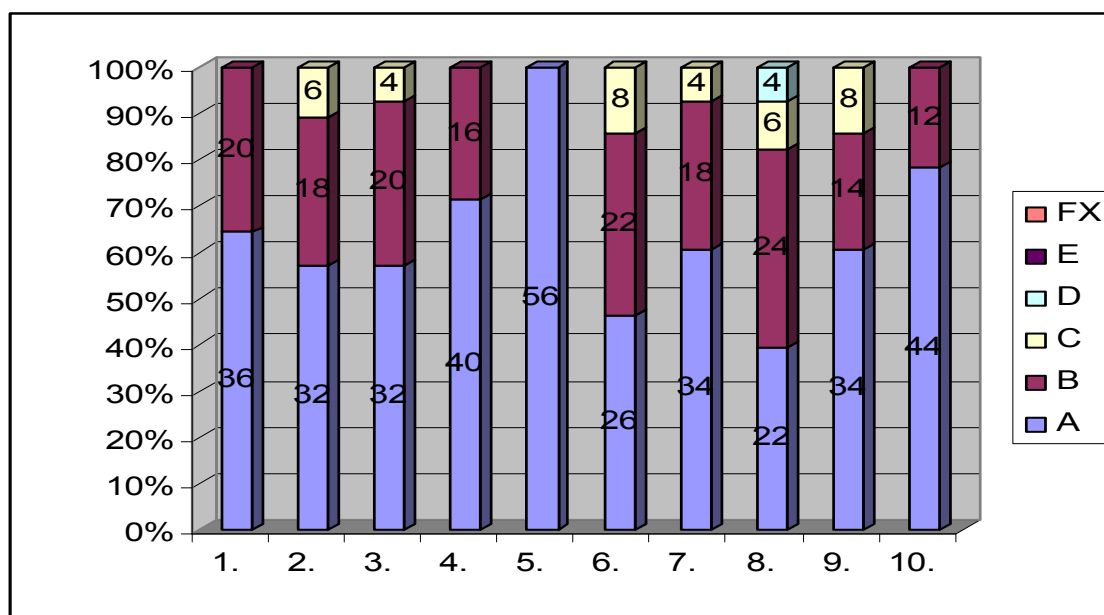
Cieľom bolo zhodnotiť spokojnosť študentov ošetrovateľstva so seminármi realizovanými formou stáží vo Fakultnej nemocnici na Gynekologicko-pôrodníckej klinike.

Anketa zahŕňala 10 zatvorených otázok s hodnotiacou škálou totožnou klasifikačným hodnotením A až FX, a 5 otvorených otázok možnosťou voľného vyjadrenia sa. Respondentmi boli študenti 2. Ročníka študijného odboru ošetrovateľstvo, denná forma štúdia, ktorí absolvovali stáže z predmetu Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve v akademickom roku 2010/2011 v počte 56.

Tabulka č.1 Eualvácia

	otázka/názor	A	B	C	D	E	FX
1.	Som spokojná/ý s úrovňou seminárov – komplexný pohľad	36	20	0	0	0	0
2.	Hodnotenie nadväznosti seminárov na prednášky	32	18	6	0	0	0
3.	Vyťaženosť a efektívnosť využitia času na seminároch	32	20	4	0	0	0
4.	Pomoc vyučujúceho študentom k samostatnosti, tvorivosti, tímovosti a profesionálnosti	40	16	0	0	0	0
5.	Správanie sa vyučujúceho je v súlade s deklaroványm etickým kódexom univerzity	56	0	0	0	0	0
6.	Sú na seminároch k dispozícii vhodné didaktické pomôcky	26	22	8	0	0	0
7.	Privítal/a by som podporu seminára multimediamiálnou technológiou	34	18	4	0	0	0
8.	Aktívne zapájanie ostatných študentov na seminároch	22	24	6	4	0	0
9.	Sú semináre prepojené na prax	34	14	8	0	0	0
10.	Využite kazuistik, štúdií, alebo prípadov z praxe na seminároch	44	12	0	0	0	0

Graf č.1 Eualvácia



11. Čo sa Vám páči na seminároch/stážach:

- celé vedenie seminára, že chodíme na oddelenia priamo k pacientom, stretnutie so skutočnými pacientmi a ich problémami, spolupráca s vyučujúcim, dostaneme sa na miesta kde by som sa inak nedostala, názorné ukážky, konkrétne kazuistiky, prístup a práca s dokumentáciou, novinky v odbore, dostatočné vysvetlenie, rozoberáme diagnózy pacientok a zistíme nové veci a súvislosti, všetko mi vyhovuje, som spokojná/ý...

12. Čo sa Vám nepáči na seminároch/stážach:

- že dlho trvajú, že sú povinné, nemám výhrady, mne sa páčia, neochota a nespôlupráca niektorých sestier, semináre mám rada, sú perfektné...

13. Čo nové by ste chceli zaviesť:

- nič, som spokojná, účasť na gynekologickej operácii, nepovinnú dochádzku, nemám výhrady, ochotu sestier pri kazuistikách, viac času...

14. Čo by ste chceli odstrániť:

- nič, všetko sa mi páči, som spokojná/ý, nemám výhrady, dĺžku seminára, vôbec nič,...

15. Aké zlepšenie by ste navrhovali:

-zmenšiť skupiny, nič ma nenapadá, nemám výhrady, som spokojný, žiadne maximálne mi to vyhovuje, viac multimediálnych pomôcok...

Diskusia

Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že semináre formou stáží v klinickom prostredí splňajú svoj cieľ, či už zo strany vyučujúcej – sestry, ale i zo strany študentov, budúcich sestier. Využívanie medzi predmetových vzťahov, prepojenie teoretických poznatkov a vedomostí v konkrétnej situácii umožňuje študentom riešiť problémové úlohy, formovať ich charakterové vlastnosti a postoje. Objektívne hodnotenie zo strany študentov dáva pedagógovi možnosť neustáleho zlepšovania a tvorivosti. Samotnému pedagógovi, teda vyučujúcej tento spôsob umožňuje hodnotenie študentov ošetrovateľstva nielen jednorázovo pri skúšaní, ale možnosť priebežného posudzovania a sledovanie dosahovania výchovno-vzdelávacích výsledkov, tak ako to uvádza profesorka Skalková.

Predmetom didaktického posudzovania a hodnotenia žiakov sú výchovné a vzdelávacie výsledky procesu vyučovania. Je to významná súčasť celkového pedagogického posudzovania a hodnotenia. (Skalková, 2007, s.209)

Záver

Pri výchove a vzdelávaní sestier je prioritné, formovanie osobnosti študenta, z dôrazom na jeho vedomosti, zručnosti, postoje a návyky v súvislosti z odbornosťou a taktiež s ohľadom na bio-psycho-sociálny aspekt.

Priamy kontakt študenta s pedagógom, nadväznosť teórie a praxe, môže pozitívne vplyvať na psychiku študenta, ako aj na rozvoj jeho sebadôvery a komunikačných schopností v odbore, čo nie je tiež nezanedbateľný aspekt vzdelávania. Bez spätnej väzby získanej pri skúške sú možnosti pedagóga riadiť a zlepšovať pedagogický proces iluzórne. (Vrban, 2008, s.18)

Literatura

SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*, , Praha: Grada, 2007 ISBN 978-80-247-1821-7
VRBAN, A. *Spätná väzba pri vzdelávaní* In.: ACADEMIA, 2008, roč. XIX, č.4, s.15-21.
ISSN 1335-5864
Študijný odbor Ošetrovateľstvo, sústava študijných odborov, Zdravotníctvo, Nelekárske zdravotnícke vedy. [cit. 2011-20-06]. Dostupné na internete <[http:// www. akredkom.sk](http://www.akredkom.sk) >
Informačný list predmetu *Ošetrovateľstvo v gynekológii a pôrodníctve*, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

Kontaktní adresa:

PhDr. Eva Červeňanová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
mail: eva.cervenanova@tnuni.sk

INTERPERSONÁLNÁ KOMUNIKÁCIA MEDZI SESTRAMI A ŠTUDENTMI ZDRAVOTNÍCKÝCH ŠKÔL

Katarína Gerlichová, Iveta Matišáková

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

Súhrn

Príspevok prezentuje stručné informácie o význame komunikácie v zdravotníctve so zameraním na interpersonálne vzťahy medzi sestrami a študentmi zdravotníckych škôl. V praktickej časti dotazníkovou formou zisťujeme, ako vnímajú komunikáciu sestry v ústavnej starostlivosti a ako vnímajú komunikáciu študenti zdravotníckych škôl. Zistili sme, že najčastejšie vznikajú konflikty z nedostatočnej alebo nesprávnej komunikácie. Ako sestry, tak aj študenti preferujú milé, vládne správanie a vystupovanie vytvárajúce príjemnú atmosféru. Prístup sestier k budúcim zdravotníkom je podľa nich samotných kladný, snaživý, odovzdávajú svoje skúsenosti, ale podľa žiakov a študentov je tento prístup síce kladný, avšak sestry im nerady odovzdávajú svoje skúsenosti.

Kľúčové slová:

Komunikácia; Interpersonálne vzťahy; Interpersonálna komunikácia; Sestry; Študenti.

Úvod

Ludská komunikácia je zložitý proces, ktorý je ovplyvnený psychikou každého človeka, inteligenciou, kultúrnymi a dobovými tradíciami. Dobrá komunikácia ovplyvňuje nielen naše súkromie, profesijný život, ale aj ostatné vzťahy, ktoré sú pre človeka dôležité. Sú to vzťahy, kedy sa našim prejavom odovzdávajú informácie a tým môžeme ovplyvniť správanie a názory iných (De Vito, 2008).

Slovo „komunikácia“ pochádza z latinského „communicare“, čo znamená robiť niečo spoločne, radiť sa, rokovať alebo zhovárať sa (Kristová, 2009). Interpersonálnu komunikáciu môžeme charakterizovať ako oznamovanie informácií pomocou prostriedkov a signálov od určitého jednotlivca alebo skupiny k iným. Komunikovať môžeme ústne, písomne, gestami, mimikou, neverbálnym správaním, komunikácia môže prebiehať aj prostredníctvom tlače, rozhlasu, v súčasnej dobe aj prostredníctvom ďalších médií, napr. internetom (Janáčková, 2009). „Komunikácia je jednou zo sociálnych zručností, ktoré sa učíme po celý život. Základom je sociálne učenie vo všetkých sociálnych skupinách, s ktorými sa človek stretne“ (Venglářová, Mahrová, 2006, s. 20).

Komunikácia je dôležitá najmä v odboroch a povolaniach, ktoré si vyžadujú špecifické komunikačné zručnosti. Tu už nevystačíme s komunikáciou, ktorú sme si osvojili v rodine, v bežnom živote, v škole (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 1995).

„Komunikácia v ošetrovatelstve by nemala byť považovaná za niečo automatické. Dobrá komunikácia je základom úspešnej ošetrovatel'skej starostlivosti. Dobrá komunikácia nie je jednoduchá – vyžaduje veľa predpokladov – počúvať, pýtať sa, povzbudzovať, byť srdečným. Ak chceme chápať a komunikovať, musíme rešpektovať a veriť v hodnotu, jedinečnosť, dobrotu a silu druhého človeka, v jeho schopnosti a právo na sebaurčenie. Pri komunikácii je treba chápať vnútorné skúsenosti druhého človeka“ (Lemon 2, 1997, s. 44-45).

Profesionálna príprava v ošetrovatelstve prebieha najmä v ústavných zdravotníckych zariadeniach. Na týchto pracoviskách sa budúce sestry stretávajú so zdravotníckym personálom, či už lekársnym alebo nelekárskym. Počas absolvovania klinickej praxe najčastejšie študenti komunikujú so sestrami, ktoré sú pre študenta veľakrát najdôležitejším človekom, na ktorého sa môžu obrátiť, pokiaľ majú problémy, nevedia si poradiť, nie sú si istí, či majú potrebné vedomosti pre vykonanie určenej činnosti. Táto komunikácia je veľmi dôležitá, avšak nie vždy je efektívna. K tomu, aby bola efektívna, je potrebné, aby sa každá sestra stotožnila s profesiou sestry a jej rolami, vo vzťahoch so študentmi predovšetkým s rolou mentorky. Rola sestry prešla historicky mnohými zmenami a mení sa aj v súčasnosti. Povolanie sestry tvorí celý systém spoločenských rolí, ktoré sú navzájom horizontálne aj vertikálne prepojené (Farkašová, 2005). Rola sestry – mentorky znamená, že sestra zodpovedá za klinický dohľad nad študentmi zdravotníckych škôl. Od sestry to vyžaduje adekvátnu klinickú a pedagogickú spôsobilosť a zrelú osobnosť.

Cieľ práce

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť úroveň komunikácie medzi sestrami a študentmi zdravotníckych škôl. Zisťovali sme, či medzi sestrami a študentmi vznikajú konflikty, príp. v akej oblasti vznikajú, a v čom je treba zlepšiť komunikáciu medzi sestrami a študentmi.

Metodika

Na získanie údajov sme použili dotazníky vlastnej konštrukcie, v dvoch typoch – jeden dotazník bol určený sestram pracujúcim na lôžkových oddeleniach, kam prichádzajú študenti zdravotníckych škôl na klinickú prax, druhý dotazník bol určený študentom ošetrovatelstva. Jednotlivé položky dotazníka boli konštruované tak, aby sa dali odpovede obidvoch súborov porovnávať.

Súbor respondentov

Prvý súbor tvorilo 50 sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach, kam prichádzajú študenti na klinickú prax v rámci svojej profesionálnej prípravy. Najväčšiu časť (60%) tvorili sestry s dĺžkou praxe 16 a viac rokov.

Druhý súbor tvorili študenti 1. – 3. ročníka bakalárskeho študijného programu Ošetrovatelstvo, v počte 50.

Výsledky a diskusia

Na základnú otázku, či považujú respondenti komunikáciu medzi sestrami a študentmi za dôležitú, 72% sestier uviedlo, že komunikáciu so študentmi považujú za dôležitú súčasť svojej práce, a 92% študentov považuje komunikáciu so sestrami za dôležitú súčasť svojej profesionálnej prípravy. Toto nám potvrdilo, že táto komunikácia je skutočne dôležitá.

Svoj prístup k študentom hodnotilo 80% sestier ako kladný, so snahou odovzdať im svoje skúsenosti, ale s týmto tvrdením súhlasilo iba 6% študentov. 82% študentov uviedlo, že prístup sestier k nim je síce kladný, ale neodovzdávajú im svoje skúsenosti. S týmto názorom sa stotožnilo aj 18% sestier.

Interpersonálnu komunikáciu medzi sestrami a študentmi ako milé, vľúdne správanie a vystupovanie vytvárajúce príjemnú atmosféru, hodnotilo 70% sestier a 82% študentov. To je jeden zo základných predpokladov efektívneho odovzdávania vedomostí a zručností počas klinickej praxe.

Asertivita je druh komunikácie, ktorý umožňuje úprimne a otvorene vyjadriť myšlienky, názory, postoje, a to ako v pozitívnej, tak aj v negatívnej podobe. Je to nevyhnutná podmienka efektívneho riadenia v ošetrovatelstve (Kristová, 2009). Prvky asertivity v komunikácii využíva vždy alebo takmer vždy 86% sestier a 78% študentov.

Dôležitým prvkom, ovplyvňujúcim interpersonálnu komunikáciu, je aj ochota sestier spolupracovať so študentmi. Aj tento prvok sme sledovali našim zisťovaním. 92% sestier uviedlo, že prítomnosť študentov na svojom pracovisku vítajú, avšak iba 62% študentov uviedlo, že ich prítomnosť na pracovisku sestry vítajú.

Zamerali sme sa aj na zisťovanie, či sestry vnímajú rozdiely v komunikácii so študentmi stredných škôl (odbor zdravotnícky asistent) a študentmi ošetrovatelstva. 68% sestier si tento rozdiel uvedomuje.

Taktiež sme zisťovali, či si študenti uvedomujú rozdiel v komunikácii so sestrami v závislosti od ich dosiahnutého vzdelania. 32% študentov uviedlo, že vzdelanie sestier neovplyvňuje ich komunikáciu so študentmi, a taktiež 32% študentov si túto závislosť uvedomuje.

Zisťovali sme, či na pracoviskách vznikajú konflikty medzi sestrami a študentmi. Konfliktné situácie občas vznikajú podľa 68% sestier a 70% študentov. Obidva súbory sa takmer zhodli v názore, že najčastejšou príčinou konfliktných situácií je nedostatočná komunikácia, kedy vznikajú nedorozumenia – uviedlo to 56% sestier a 64% študentov. Pozitívne je však aj zistenie, že 40% sestier a 52% študentov uviedlo, že týmto konfliktom sa dá správnu komunikáciu predísť.

Na základe aj uvedených zistení odporúčame:

- každá sestra by sa mala stotožniť s rolami, ktoré vo svojej profesii vykonáva, predovšetkým s novou rolou mentorky
- zmeniť prístup sestier k študentom – venovať im dostatočnú pozornosť, trpezlivosť, ochota poradiť, vysvetliť
- vytvárať vhodné podmienky pre komunikáciu a motivovať všetky strany k efektívnej komunikácii
- udržiavať vzájomný rešpekt, úctu, pozitívny vzťah
- v komunikácii používať jasné, presné a dostatočné inštrukcie, aby nedochádzalo k nedorozumeniam
- eliminovať komunikačné bariéry a tým predchádzať konfliktom
- vhodnou komunikáciou formovať nielen osobnosť študentov, ale aj sestier a ostatného personálu na pracovisku.

Záver

Komunikácia v zdravotníctve je veľmi dôležitá. Dôraz sa kladie na efektívnejšiu komunikáciu a na interpersonálne vzťahy medzi všetkými členmi zdravotníckeho tímu.

Vlastná skúsenosť s nevhodným (zlým) prístupom sestier k budúcim zdravotníkom by mala viesť k tomu, aby sa človek vyvaroval rovnakých chýb, rovnakého spôsobu správania, aby sa snažil o vytváranie vhodných podmienok pre dobré interpersonálne vzťahy, využil svoje vedomosti a skúsenosti na to, aby sa so študentov, ktorí vykonávajú prax na danom pracovisku, aj vďaka príkladného prístupu sestier stali kvalitní zdravotníci.

Literatúra

- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. (1995) *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- DEVITO, J. A. (2008) *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. (2005) *Ošetrovatelstvo - teória*. 2. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- JANÁČKOVÁ, L. (2009) *Praktická komunikace na každý den*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
- KRISTOVÁ, J. (2009) *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 3. uprav. a dopln. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. 185 s. ISBN 80-8063-160-3.
- Lemon 2*. (1997) 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. (2006) *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

Kontaktná adresa:

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
Slovenská republika
Email: katarina.gerlichova@tnuni.sk

PhDr. Iveta Matišáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Študentská 2
911 50 Trenčín
Slovenská republika
Email: iveta.matisakova@tnuni.sk

MODERNÍ DIDAKTICKÉ PROSTŘEDKY VE VÝUCE OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ

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

Souhrn:

Příspěvek přináší základní informace o možnostech a důvodech využití moderních didaktických prostředků ve výuce ošetřovatelských postupů u studentů bakalářského studijního programu Ošetřovatelství a magisterského studijního programu Všeobecné lékařství. Sdělení zároveň obsahuje i popis komplexní modernizace výukového centra ošetřovatelských postupů Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol.

Klíčová slova:

Didaktické prostředky; FRVŠ; Ošetřovatelství; Ošetřovatelské postupy; Výukové simulátory; Výukové trenážery; Základní ošetřovatelská péče.

Úvod:

Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol zajišťuje výuku nejen v bakalářském studijním programu Ošetřovatelství, ale také v magisterském studijním programu Všeobecné lékařství. V obou studijních programech jsou vyučovány ošetřovatelské postupy (v magisterském studijním programu Všeobecné lékařství v rámci předmětů Ošetřovatelství I. a II. a Nursing I. a II.) v celkovém rozsahu 730 výukových hodin u cca 460 studentů v průběhu jednoho akademického roku. Z tohoto pohledu jde o nezanedbatelnou náplň činnosti tohoto pracoviště.

Teoretická a praktická východiska:

Problematiku efektivního a účelného využívání didaktických prostředků ve výuce ošetřovatelských postupů řešíme na Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol dlouhodobě. Přitom vycházíme ze starého čínského přísloví, které praví, že vidět znamená zapomenout, vidět a slyšet znamená znát a vidět, slyšet a dělat znamená umět. Zejména rozvíjení specifických dovedností studentů je při výuce ošetřovatelských postupů klíčové. K tomu však musí být vytvořeny odpovídající podmínky, zejména vybavenost pracoviště vhodnými didaktickými prostředky. Kalhous a Obst (1998) uvádí, že podle Geschvindera (1994) technické didaktické prostředky plní ve výuce funkce základní, didaktické, ergonomické a řídicí. U základních funkcí zdůrazňují funkce informační, formativní a instrumentální. U didaktických funkcí zdůrazňují plnění zásady názornosti a aspekty motivace a stimulace, zpevnování nově získaných informací a dovedností, systemizace učiva, kontroly a řízení. U funkce ergonomické a řídicí pak akcentují objektivizaci zpětné vazby, využití zpětnovazebních informací pro řízení výuky a ke snižování podílu neproduktivního času ve výuce (Kalhous, Obst, 1998, s. 117, Raudenská et al., 2010).

V této souvislosti jsme v roce 2010 analyzovali naplňování těchto funkcí při výuce ošetřovatelských postupů a dospěli jsme k jednoznačnému závěru, že naprostá většina používaných didaktických prostředků byla funkčně i morálně zastaralá a zčásti i nefunkční. Jejich počet ve většině případů neumožňoval nácvik ošetřovatelských dovedností přímo studenty v potřebném rozsahu. Konstrukce používaných pomůcek neodpovídala reálným podmínkám (např. nevhodná povrchová úprava, nesoulad s anatomickými poměry apod.). Počet, ale i technický stav pomůcek často omezoval realizaci praktické výuky pouze na demonstraci ošetřovatelského postupu či intervence vyučujícím, což nevedlo k vytvoření

vhodných předpokladů pro získání a fixaci základních profesních dovedností budoucích lékařů i sester v laboratorních podmínkách a bylo nahrazováno v průběhu klinické ošetrovatelské praxe přímo u lůžka pacienta.

Na základě této analýzy byl stanoven záměr komplexně modernizovat vybavenost speciální laboratoře pro výuku ošetrovatelských postupů, který byl podpořen vedením UK 2. LF jednak nákupem části nových didaktických pomůcek z finančních prostředků fakulty a jednak podporou projektového záměru a následně i vlastního projektu z Fondu rozvoje vysokých škol, jehož cílem je vybudování simulačního centra pro výuku ošetrovatelských postupů pořízením souboru trenažérů, simulátorů a dalších pomůcek pro praktický nácvik ošetrovatelských postupů a intervencí a uvedení tohoto centra do provozu od akademického roku 2011/2012.

V této souvislosti očekáváme, že nácvik ošetrovatelských postupů a intervencí v laboratorních podmínkách simulačního centra povede k větší aktivizaci studentů ve výuce, přispěje k propojení teoretické a praktické výuky a zároveň při soustavném a jednotném působení spočívajícím v opakovaných nácvicích jednotlivých činností na realistických modelech poskytujících zpětnou vazbu vytvoří také vhodné podmínky pro bezproblémový transfer dovedností do klinické praxe a ve spojení s ní i dlouhodobou nebo i trvalou fixaci získaných dovedností nezbytných jak pro výkon povolání lékaře, tak i všeobecné sestry. Nácvik ošetrovatelských postupů a intervencí na výukových modelech v laboratorních podmínkách simulačního centra by měl zároveň snížit i riziko nevhodného nebo nesprávného provedení ošetrovatelského výkonu (intervence) u pacienta v průběhu klinické ošetrovatelské praxe.

Charakteristika funkcí didaktických prostředků:

Simulační centrum pro praktickou výuku ošetrovatelských postupů umožní studentům nácvik následujících ošetrovatelských postupů a intervencí: hygienická péče u pacienta na lůžku; aplikace injekcí (i.d., s.c., i.m. a i.v.); aplikace infuzí; kanylace periferních žil; nácvik odběrů žilní krve; nácvik klyzmatu; péče o stomie (včetně PEG); zavádění nasogastrické sondy; palpační vyšetření prsu a prostaty; katetrizace močového měchýře u žen i mužů; orální i nasální intubace; simulované sledování a měření krevního tlaku a tepové frekvence; nácvik obvazové techniky; ošetřování deltoidních a abdominálních řezných poranění; péče o dekubity; péče o novorozence.

Didaktické prostředky zároveň umožňují i další funkce (např. kardiopulmonální resuscitaci se záznamem) a mohou být tedy využity i ve výuce, kterou zajišťují jiná pracoviště 2. lékařské fakulty. Naším záměrem je však maximálně využít všechny funkce didaktických simulátorů a trenažérů, které při výuce potřebujeme a eliminovat funkce, které jsou pro provoz simulačního centra zbytné. V souvislosti s tím vznikl ojedinělý soubor vzájemně provázaných didaktických prostředků (mechanických i elektronických), které se vzájemně doplňují a jejich aktivní využití ve výuce usnadňuje naplňování didaktických cílů.

Počet pořizovaných didaktických prostředků umožní studentům individuální a hlavně opakovatelný nácvik ošetrovatelských postupů a intervencí u většiny pomůcek navíc spojený se zpětnou vazbou, neboť část didaktických simulátorů bude na nesprávné provedení výkonu automaticky reagovat světelným nebo zvukovým signálem (např. injekční simulátory).

Závěr:

Aktivní využití moderních didaktických prostředků ve výuce nepochybně povede k lepšímu a k rychlejšímu naplňování didaktických cílů výuky v laboratorních podmínkách. Zároveň vytvoří předpoklady pro úspěšné a bezpečné absolvování klinické praxe v průběhu studia a spolu s ní povede k získání dovedností nezbytných jak pro výkon povolání lékaře, tak i všeobecné sestry.

Tento příspěvek prezentuje projekt č. 216/2011: Zřízení simulačního centra pro praktickou výuku ošetřovatelských postupů na Univerzitě Karlově v Praze - 2. lékařské fakultě financovaný z Fondu rozvoje vysokých škol.

Literatura:

JIRKOVSKÝ, D. 2010. *Zřízení simulačního centra pro praktickou výuku ošetřovatelských postupů na Univerzitě Karlově v Praze - 2. lékařské fakultě, projektová žádost, č. projektu: 216/2010*, Praha: Fond rozvoje vysokých škol, 2010, 18 s.

KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. 1. vyd.: Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 178 s. ISBN 80-7067-920-4

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika, věda o edukačních procesech*. 1. vyd.: Praha: Portál, 1997, 495 s. ISBN 80-7178-170-3

RAUDENSKÁ, J. RAUDENSKÝ, M. JAVŮRKOVÁ A. Praktické využití hry u dětí i dospělých. *Sociální práce/Sociálna práca*, roč. 10, č. 1, 2010, s. 108 -117. ISSN1213-6204

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

INFORMAČNÍ PODPORA CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Daniel Jirkovský

Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol

Souhrn:

Příspěvek popisuje význam informační podpory celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků zejména v oblasti plánování, organizování, realizace a hodnocení vzdělávacích akcí nebo jejich částí a přibližuje způsob řešení této oblasti ve Fakultní nemocnici v Motole.

Klíčová slova:

Celoživotní vzdělávání; Softwarová podpora; Zdravotnický pracovník;

Úvod:

Dynamický vývoj v oblasti poskytování zdravotní péče přináší stále větší požadavky na systematické postkvalifikační vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. Kvalitní celoživotní vzdělávání vždy bylo, je a zcela určitě i v budoucnu bude předpokladem pro úspěšný výkon povolání každého zdravotnického pracovníka. Vzhledem k tomu, že zvyšující se požadavky na celoživotní vzdělávání přinášejí stále vyšší a vyšší náklady, je nezbytně nutné, zejména při omezených finančních zdrojích, oblast celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků racionalizovat. To však bez relevantních informací není a nebude možné. V této souvislosti se FN Motol rozhodla pořídit specializovaný software, který bude umožňovat plánování, organizování, realizaci a hodnocení vzdělávacích akcí, včetně sledování jednotlivých nákladů na tyto akce jak u lékařských, tak i nelékařských zdravotnických pracovníků.

Vlastní text:

Aplikační software Vzdělávání (dále jen aplikační software) bude zaveden ve FN Motol do zkušebního provozu od října do prosince 2011. Aplikační software bude provozován v portálovém řešení v rámci Intranetu, čímž bude zajištěn komfort interaktivní práce jak pro zaměstnance, tak i pro zaměstnavatele. Aplikační software bude provozován ve společném datovém prostředí s ostatními aplikacemi, které již ve FN Motol fungují, tj. s aplikací Mzdy a Personalistika. Software bude, mimo jiné, umožňovat:

- vedení evidence o veškerých vzdělávacích akcích v organizaci;
- vedení evidence jednotlivých účastníků na vzdělávacích akcích;
- sledování a vyhodnocování komplexních nákladů vynaložených na školení pro jednotlivé zaměstnance;
- vedení agendy specializačního vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Motol jak za teoretickou, tak i za praktickou část vzdělávacích programů;
- vedení komplexní agendy dotačního programu MZ ČR Rezidenční místa (sestavování vzdělávacích plánů, finančních plánů, kontrola jejich plnění, včetně poskytování výstupů požadovaných MZ ČR);
- plánování a realizaci stáží a odborných praxí ve FN Motol;
- sledování a vyhodnocování komplexních nákladů vynaložených na školení pro celou organizaci;
- tisk a rozesílání pozvánek na vzdělávací akce;
- vytvoření plánu vzdělávání zaměstnanců, jeho průběžné sledování a vyhodnocování plnění;

- ze strany zaměstnance hodnocení realizovaných kurzů, evaluaci a vyhodnocení vzdělávacích akcí formou ankety či dotazníků;
- evidenci externích vzdělávacích agentur;
- evidenci vlastních vzdělávacích kapacit s podrobnou evidencí využití učeben;
- automatické sledování termínů periodických kurzů;
- evidenci interních a externích lektorů s možností vedení adres, různých typů spojení, odborností a finančních požadavků;
- přiřazování jednotlivých lektorů a školitelů ke konkrétním vzdělávacím akcím;
- sledování odměňování lektorů.

Aplikační software také umožní e-learningovou formu samostudia s poskytováním studijních textů a materiálů ke studiu (studijních opor), včetně možnosti vyplnění testu s automatickým vyhodnocením jeho správnosti.

Systémové řešení bude přirozeně umožňovat tisk různých typů informačních výstupů pro potřeby vedoucích zaměstnanců klinik, ústavů a oddělení a vrcholového managementu FN Motol.

Propojení aplikačního software s dalšími HR aplikacemi, bude přinášet podklady pro hodnocení jednotlivých zaměstnanců ve FN Motol a výhledově umožní předávání relevantních informací pro aktualizaci (zpracovávání) systemizace pracovních míst v rámci nemocnice.

Závěr:

Zavedení specializovaného softwaru je pouze jedním z předpokladů pro racionalizaci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků ve FN Motol. Předpokládáme, že umožní efektivnější čerpání alokovaných finančních prostředků na celoživotní vzdělávání a zároveň povede k redukci podpory vzdělávacích aktivit, které přímo nevedou k profesnímu rozvoji zaměstnanců v jejich pracovním zařazení, což povede k vyšší efektivitě celého systému celoživotního vzdělávání lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Motol.

***Tento příspěvek prezentuje dílčí část projektu č. CZ.2.17/1.1.00/33070 s názvem
Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako
jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti
pacientů, který je realizován v rámci Operačního programu Praha – adaptabilita.***

Literatura:

- 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.
- JIRKOVSKÝ, D. 2010. Rozvíjení komunikačních a manažerských kompetencí zdravotnických pracovníků jako jeden z předpokladů kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče. In. *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. vyd. 1.: Praha, Fakultní nemocnice v Motole, 2010, s. 112 – 115 ISBN 978-80-87347-03-4

Korespondence:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: daniel.jirkovsky@fnmotol.cz

SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTŮ S PSYCHÓZOU

Jiřina Hosáková

Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik Slezská univerzita Opava

Souhrn:

Psychózy patří mezi závažná onemocnění, při kterých dochází u pacientů ke změnám v chování, vnímání i myšlení. Tyto změny mají různé podoby a v různých fázích onemocnění je nutné přizpůsobit aktuálnímu stavu také přístup personálu. Jiný přístup je nutný v akutních fázích, kdy pacient nedokáže jednat v souladu požadavky společnosti a je ohrožením pro sebe nebo své okolí, jiný přístup volíme k nemocnému ve fázi doléčování, kdy se sestra velkou měrou podílí na resocializaci pacienta a jeho návratu do domácího prostředí. Mezi psychózy řadíme podle klasifikace MKN-10 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. Všechna tato onemocnění mají chronický charakter, často pacienta provázejí celý život a významně ovlivňují jeho kvalitu života.

Díky podpoře formou grantu FRVŠ probíhá na Ústavu ošetřovatelství FVP Slezské univerzity v Opavě příprava učebních textů, které budou sloužit studentům k bližšímu seznámení se s problematikou specifik ošetřovatelské péče o tuto skupinu nemocných.

Klíčová slova

Psychózy, ošetřovatelská péče, kvalita života, stigma, psychiatrie, sebek péče

Vlastní text

Psychózy patří mezi onemocnění, která mají různou formu průběhu a působí různé změny v chování nemocných. Léčba ale vždy vyžaduje dlouhodobou péči a specifický přístup. U nemocných dochází k častým hospitalizacím, mění se jejich vztah k blízkým a přátelům. Nemocný často vůbec nemá pocit nemoci, cítí se zdravým, dissimuluje a léčbu odmítá. Vlivem halucinací, bludů a změnám nálady si vytváří svůj vlastní svět, kterému jeho okolí nerozumí a tím se odcizuje. Dostává se do izolace, snižuje se jeho sociální podpora, kterou od svých blízkých získával. Změny v chování mají za následek omezení všech sociálních vztahů. U pacientů dlouhodobě hospitalizovaných dochází k úbytku schopnosti sebek péče, pacienti mají tendence k regresi a tím se stávají závislejšími na okolí. Řadu negativních důsledků má taky stigmatizace pacientů s duševní poruchou. Pacienti s duševní poruchou bývají často považováni za nebezpečné a proto ztrácí přátel. [1] Tím se snižuje jejich subjektivní prožívání kvality života, neboť nedochází k uspokojení sociálních potřeb pacienta, ale naopak dochází ke snižování vnímání sebeúcty. [7]

Obvykle se střídají období ataky choroby se zhoršením stavu s obdobím remise, kdy dochází k úplnému vymizení nebo alespoň zmírnění symptomatologie. Sociální vztahy ale zůstávají narušené trvale bez návaznosti na fázi choroby.

Schizofrenie, schizoafektivní poruchy

Schizofrenie je onemocnění, které je charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí, především myšlení, vnímání, emotivity a jednání. Může se projevovat různými způsoby. Nejčastěji lze zaznamenat halucinace, bludy, dezorganizaci v myšlení, kdy hovoříme o pozitivních příznacích. U nemocných může být patrná ale i apatie, abulie, ztráta prožitku radosti, sociální stažení či jiný příznak ochuzení psychiky. Tuto symptomatologii označujeme jako negativní příznaky. Může docházet zároveň k poruchám afektu nebo změnám v kognitivní oblasti. [2] Pokud jsou přítomny výrazné změny afektu a halucinace a bludy jsou v menším rozsahu, hovoříme o schizoafektivní poruše.

V ošetřování nemocných je nutno volit přístup podle aktuálního stavu. Při atace choroby si nejsou pacienti schopni zajistit téměř žádnou ze základních biologických potřeb. Necítí potřebu příjmu stravy a tekutin a nejsou schopni si jídlo zajistit, ztrácí schopnost dodržování hygienických návyků, potřebují usměrnit při výběru vhodného oděvu. Často nesou nelibě pomoc okolí a neshody mohou vyústit ve slovní nebo fyzické násilí. V těchto situacích bývá za určitých okolností nutné pacienta omezit v pohybu, což lze provést formou kurtace, umístěním do izolace nebo farmakologickou sedací.

Ve fázi doléčování je naopak sestra tím, kdo pacienta povzbuzuje, aktivně zapojuje do sebepečce a nácviku sociálních dovedností, dbá na dodržování pravidelného denního režimu. Formou edukace pomáhá rozpoznávat varovné příznaky při zhoršování stavu, čímž napomáhá ke zvyšování jistoty a sebevědomí nemocného i jeho blízkých.

Poruchy s bludy

Porucha s bludy je charakteristická především poruchou myšlení. Pacient je přesvědčen o něčem nereálném, co ale považuje za skutečnost a nepřipouští jiný názor. Mimo tuto poruchu myšlení ale nelze vyzorovat žádný jiný příznak a v ostatních oblastech je nemocný schopný jednat, myslet a chovat se naprosto přiléhavě. Tito nemocní se často chovají dominantně a kriticky vůči svému okolí a proto mohou být vylučováni ze společnosti. Tito nemocní jsou plně soběstační. Při ošetřování spočívá role sestry v pomoci při získávání nadhledu na svou nemoc a při hledání přijatelného způsobu v komunikaci s okolím. [3]

Všude na světě mají psychicky nemocní ztížené postavení ve společnosti. Běžně se setkávají s nepochopením svých blízkých i v zaměstnání či bydlišti. Jejich chování bývá považováno za kriminální, okolím jsou považováni za nežádoucí a méněcenné. Při jakékoliv změně chování nebo neuposlechnutí příkazů blízkých je jim vyhrožováno hospitalizací v psychiatrickém zařízení. Hovoříme o stigmatizaci. [4] Stigma je slovo, které označovalo cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech. V současnosti je takto označován stav, kdy jsou nemocní okolím odmítáni v běžném životě. U nemocných dochází následkem tohoto přístupu ke snižování sebeúcty, zvýšenému psychickému tlaku a následně ke zhoršení duševní choroby. [5] Někdy vedou obavy ze stigmatizace k prodlužování hospitalizace, neboť nemocní nechtějí opustit chráněné prostředí lůžkového zařízení. Jiným projevem obav je zatajování duševní choroby a nespolupráce v léčbě.

Závěr

Ošetřování duševně nemocných je vysoce specifická činnost, která je náročná na znalosti o této problematice, na schopnost empatie a vhodné produktivní komunikace. Byť bývají zdravotnickou veřejností psychiatrické sestry často vnímané jako neúspěšné a neschopné práce na somatických odděleních, musí být naopak sociálně vyzrálé osobnosti, které jsou schopné zajišťovat tuto náročnou péči za dodržování všech etických pravidel.

Literatura:

- [1] VERHAEGHE, Mieke , et al. Stigma and Client Satisfaction in Mental Health Services. *Journal of Applied Social Psychology* [online]. 2010, 9, [cit. 2011-07-11]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2010.00659.x/full>>. ISSN 1559-1816.2010.00659.x.
- [2] HOSÁKOVÁ, J. a kol. *Ošetřovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita, 2007. 152s. ISBN 978-80-7248-442-3

- [3] JANOSIKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivost'*. Martin: Osveta, 199. 518s. ISBN 80-8063-017-8
- [4] Poruchy nálady-unipolární poruchy (mánie a deprese), Bipolární afektivní poruchy (Maniodesivní poruchy). *Pražský model spojených národů*. [online]. [cit. 2011-07-11]. Dostupný z: <<http://www.amo.cz/soubory/pmun/VIIrocnik/WHO/BRG-7-WHO-1-DusevniZdravi.doc>>
- [5] MARKOVÁ, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatel'ská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.
- [6] VALÁŠKOVÁ, Kamila. *Kvalita života nemocných s psychózou* [online]. Masarykova univerzita v Brně : Masarykova univerzita v Brně , 2007. 47 s. Dizertační práce. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Psychologický ústav. Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/th/23439/ff_r/Teze_-_PhDr_1_._2007.pdf>.
- [7] BROWNE, Stephen , et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2000, 176, [cit. 2011-07-11]. Dostupný z WWW: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/176/2/173>>. ISSN 1472-1465.

Kontaktní adresa:

Mgr. Jiřina Hosáková
Ústav ošetrovatelství Fakulty veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě
Hauerova 4
746 01 Opava
Email: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

PROGRAM TRANSPLANTACE PLIC – POROVNÁNÍ OBJEMU PRÁCE KOORDINÁTORA S MIMORENÁLNÍMI TRANSPLANTAČNÍMI PROGRAMY

¹Jana Krejčová, ¹Anna Habrmanová, ³Lucie Baudyšová, ³Jana Kopečná, ²Jan Šimonek, ³Pavel Březovský, ¹Jaroslav Špatenka

¹ Transplantační centrum, ² III. chirurgická klinika FN Motol Praha,

³ Koordinační středisko transplantací Praha

Souhrn:

Práce transplantačního koordinátora je velmi náročná, porovnávat objem práce v jednotlivých orgánových programech je obtížné. Objem práce koordinátora jsme vyjádřili počtem nabídek potenciálních kadaverózních dárců orgánů, které za určité časové období jednotlivé orgánové programy dostaly z Koordinačního střediska transplantací České republiky a počtem transplantací, které byly ve stejném období realizovány. Všeobecně se ví, že na koordinaci je „nejjednodušší“ nejdéle praktikovaný program transplantace ledvin, protože díky dlouhé tolerované době studené ischemie je na vše relativně dost času. Mimorenální transplantační programy jsou náročné především tím, že se zkracuje tolerovaná doba studené ischemie a současně se zpříšňují medicínská kritéria na akceptaci dárce. Z obou těchto důvodů je plicní transplantační program považován za velmi náročný, ale obtížnost jednotlivých programů zatím nebyla objektivizována. Retrospektivně jsme proto v letech 1998 - 2009 vyhodnotili poměr počtu nabídek indikovaných kadaverózních dárců na odběr plic s počtem realizovaných transplantací. V období 2008 - 9 jsme potom tyto údaje porovnali s údaji pro ostatní mimorenální transplantační programy v naší zemi. K odběru jater bylo indikováno ve zmiňovaných dvou letech 376 dárců a transplantací bylo provedeno 199, tedy 53% z indikovaných. K odběru srdce bylo indikováno 355 dárců a realizováno 139 transplantací tedy 39,2% z indikovaných a k odběru slinivky břišní bylo indikováno 153 dárců a transplantací uskutečněno 54 tzn. 35,3 % z indikovaných. U plic je tento poměr významně jiný – bylo transplantováno pouze 22 % z počtu nabídek. Čili v posledních 2 letech byla v průměru 1 transplantace jater realizována ze 2 nabídek, 1 transplantace srdce z 2.6 nabídek, 1 transplantace slinivky břišní z 2.8 nabídek a 1 transplantace plic ze 4.6 nabídek. Lze předpokládat, že zpracování jedné nabídky kadaverózního dárce orgánu představuje v průměru srovnatelný objem práce. Na základě našich výsledků lze tedy soudit, že koordinační činnost v rámci programu transplantace plic vyžaduje největší organizační nasazení a úsilí v přepočtu na jednu realizovanou transplantaci v porovnání s transplantacemi srdce, jater a slinivky břišní.

Klíčová slova:

Transplantační centrum, Koordinační středisko transplantací, transplantační koordinátor, transplantace plic, transplantace jater, transplantace slinivky břišní, potenciální dárce orgánů, kadaverózní dárce orgánů, tolerovaná doba studené ischemie.

Úvod

Práce transplantačního koordinátora je velmi náročná, porovnávat objem práce v jednotlivých orgánových programech a jednotlivých transplantačních centrech (TC) je obtížné. Všeobecně se ví, že na koordinaci je „nejjednodušší“ nejdéle praktikovaný program transplantace ledvin, protože díky dlouhé tolerované době studené ischemie je na vše relativně dost času. Mimorenální transplantační programy jsou náročné především tím, že se zkracuje tolerovaná doba studené ischemie a současně se zpříšňují medicínská kritéria na akceptaci dárce

(Gabbay, 1999, Straznicka, 2001, Snell, 2000 a 2008, Třeška, 2002). Z obou těchto důvodů je plicní transplantační program právem považován za jeden z nejnáročnějších, ale obtížnost jednotlivých programů zatím nebyla objektivizována.

Program transplantace plic (TxP) řeší od prosince roku 1997 s celorepublikovou účinností TC Fakultní nemocnice v Motole (FNM). K TxP jsou indikováni pacienti v chronické respirační insuficienci, kteří jsou na čekací listinu zařazováni optimálně v době, kdy je jejich perspektiva dožití 12 – 18 měsíců (Pafko, 1999, Třeška, 2002). V současnosti je evidováno 46 pacientů. Předpokladem úspěšných TxP jsou vhodní dárce. Pouze 15 – 20 % z celkového počtu dárců je ale literárně vhodných také jako dárce plic. Při akceptaci nabídky koordinátorka svolává celý odběrový a transplantační tým, zajistí urgentní převoz příjemce plic i převoz odběrového týmu do nemocnice dárce a vše časově zkoordinuje s možnostmi ostatních odběrových týmů zúčastněných TC a s klinickým stavem oběhu potenciálního multiorganového dárce. Odběrový tým TC FNM (většinou 4 členný) musí mít připraveno vše tak, aby byl soběstačný a co nejméně při odběru plic zatěžoval personál operačních sálů v nemocnici dárce.

Cíl práce

Posouzení objemu práce koordinátora transplantačního centra v programu transplantace plic a porovnání s koordinační aktivitou v dalších mimoreálních transplantačních programech České republiky.

Metodika

Lze předpokládat, že zpracování jedné nabídky kadaverózního dárce orgánu, stejně jako koordinace jedné transplantace mimoreálních orgánů představují v průměru srovnatelný objem práce. Náročnost práce koordinátora plicního transplantačního programu jsme se rozhodli retrospektivně posoudit z dostupné dokumentace (TC FN Motol a KST). Objem práce koordinátora (vyjádřený poměrem počtu nabídek indikovaných dárců s počtem realizovaných transplantací) v programu transplantace plic jsme porovnali s aktivitou v dalších mimoreálních transplantačních programech. V letech 1998 - 2009 jsme zjistili počet dárců orgánů, počty nabídek na odběr plic a srovnali s počty realizovaných transplantací. V období 2008 - 2009 jsme potom tyto údaje porovnali s údaji pro ostatní mimoreální transplantace.

Materiál

Ve sledovaném období v letech 1998 - 2009 jsme retrospektivně zjistili počet kadaverózních dárců orgánů, realizovaných v tomto období v České republice, počty nabídek na odběr plic a srovnali s počty uskutečněných plicních transplantací – viz tabulka 1.

Tab. 1: Realizování dárců orgánů, indikace k odběru plic a realizované transplantace plic v České republice v letech 1998 – 2009.

	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Dárci v ČR	198	164	175	172	146	191	211	207	195	217	198	200
Indikace k odběru plic	93	68	75	67	79	84	100	117	119	101	102	93
Realizované TxP	8	14	7	10	9	11	7	11	15	12	20	22

V letech 2008 a 2009 jsme dále zjistili počty nabídek k odběru jednotlivých orgánů, počty provedených odběrů a realizovaných transplantací (Tx) u mimoreálních transplantací – viz tabulka č. 2.

Tab. 2: Mimoreálnní transplantace v České republice v letech 2008 a 2009 (Tx = transplantace)

Rok	Dárci	Orgán	Indikace (počet)	Odběr (počet)	Tx	% Tx z indikací	% Tx z počtu dárců
08	198	Játra	195	104	97	54.2	49
		Srdce	172	59	59	34.3	29.8
		Pankreas	81	30	26	25	16.7
		Plíce	102	25	20	19.7	10
09	200	Játra	197	94	102	53.7	51
		Srdce	183	78	80	43.7	40
		Pankreas	72	30	28	29.7	17.5
		Plíce	93	23	21	23.7	11

Výsledky

V letech 1998 - 2009 bylo zpracováno 1109 nabídek plic, a provedeno 145 TxP, transplantováno jich bylo pouze 13%. V letech 2008 - 2009 se potom podíl transplantovaných plic z nabídky zvýšil na 21.5% plic. V letech 1998 - 2009 bylo realizováno 2274 dárců orgánů (tabulky neuvádějí). Pro mimoreálnní transplantace bylo indikováno 1079 dárců a od nich bylo odebráno a transplantováno 52.9% jater, 39.2% srdcí, 35.4% pankreatů a pouze 21.5% plic.

Čili v posledních 2 letech byla v průměru 1 transplantace jater realizována ze 2 nabídek, 1 transplantace srdce z 2.6 nabídek, 1 transplantace slinivky břišní z 2.8 nabídek a 1 transplantace plic ze 4.6 nabídek!

Výsledky za oba hodnocené roky jsou přehlednějším způsobem shrnuty v tabulce č. 3.

Tab. 3: Porovnání vyhodnocených multiorgánových nabídek a realizovaných mimorenálních transplantací v České republice v letech 2008 – 2009

Orgán	Indikace	Tx	% Tx z indikací	Nabídky z 1 Tx
Játra	376	199	52.9	2.0
Srdce	355	139	39.2	2.6
Pankreas	153	54	35.3	2.8
Plíce	195	42	21.5	4.6

Diskuse

Práce transplantačních koordinátorů je velmi náročná (Třeška, 2002). Zejména její psychická náročnost je podle našeho názoru nedocenená. Nicméně v tomto sdělení jsme se rozhodli porovnat objem práce transplantačního koordinátora v programu u transplantace plic a ostatními mimorenálními programy realizovanými v naší zemi. Samozřejmě si uvědomujeme, že je skutečně velmi obtížné porovnávat objem práce transplantačních koordinátorů v jednotlivých TC, provádějících mimorenální transplantace a také to, že je otázkou, zda to má nějaký hlubší smysl.

V úvodu je zdůrazněno, že pouze 15 – 20 % z celkového počtu dárců je ale literárně vhodných také jako dárci plic. Narůstající počet nemocných, celosvětově zařazovaných na čekací listiny pro transplantace plic a zlepšující se výsledky vedly k tomu, že jsou průběžně rozšiřována akceptační kritéria pro posouzení vhodnosti dárce plic (Gabbay, 1999, Straznicka, 2001, Snell, 2000 a 2008). V praxi to znamená, že při nabídkách kadaverózních multiorgánových dárců je požadováno více laboratorních i klinických údajů o dárcích orgánů obecně a o dárcích plic zejména. Z toho důvodu je vlastně zpochybnitelný ji základní předpoklad naší práce, tedy myšlenka, že objem práce koordinátora při jedné nabídce je v jednotlivých programech v průměru srovnatelný.

Nicméně jsme zatím přesnější porovnání v literatuře nenašli a tak tento způsob navrhuje s vědomím toho, že jde vlastně o hrubý odhad. Na druhou stranu ale i naše práce potvrzuje všeobecně známou skutečnost, že dárci plic jsme mezi multiorgánovými kadaverózními dárci „vzácní“ a právě od toho se bezesporu odvíjí velká náročnost právě tohoto programu na bezchybnou a operativní koordinaci.

Závěr

Programy transplantace mimoreálních orgánů znamenají díky krátké tolerované době studené ischémie odebraných orgánů a díky vyšším nárokům na zdravotní způsobilost dárců velké nároky na práci koordinátorů. Program transplantace plic je z tohoto pohledu nejvíce zatěžující.

Literatura

- 1) Gabbay E, Williams TJ, Griffiths AP, Macfarlane LM, Kotsimbos TC, Esmore DS, Snell GI. *Maximizing the utilization of donor organs offered for lung transplantation* Am J Respir Crit Care Med. 1999 Jul;160(1):265-71.
- 2) Pafko P., Kabát M., Schützner J., Lischke R., Cvachovec K., David I., Špatenka J., Stolz A. (1999): *První plicní transplantace v České republice*, Rozhl. Chir., roč. 78, č. 4, s.148 – 149
- 3) Pafko P., Schützner J., Lischke R., David I., Špatenka J. (1999): *První sequenční transplantace obou plic v ČR*, Rozhl. Chir., roč. 78, č. 5, s. 235 – 326
- 4) Straznicka M., Follette DM, Eisner MD, Roberts PF, Menza RL, Babcock WD. *Aggressive management of lung donors classified as unacceptable: excellent recipient survival one year after transplantation*. J Thorac Cardiovasc Surg. 2002 Aug;124(2):250-8
- 5) Snell GI, Griffiths A, Macfarlane L, Gabbay E, Shiraishi T, Esmore DS, Williams TJ. *Maximizing thoracic organ transplant opportunities: the importance of efficient coordination*. J Heart Lung Transplant. 2000 Apr;19(4):401-7.
- 6) Snell GI, Griffiths A, Levvey BJ, Oto T. *Availability of lungs for transplantation: exploring the real potential of the donor pool*. J Heart Lung Transplant. 2008 Jun;27(6):662-7
- 7) Třeška V. a kolektiv (2002): *Transplantologie pro mediky*, 1. vyd. Praha Universita Karlova – Karolinum, 2002, 104 s. ISBN 80-246-0331-4

Kontaktní adresa:

Jana Krejčová, CTBS
Transplantační centrum
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: tc@fnmotol.cz

ŽIVOT S CELIAKIÍ

Veronika Luksová

Kardiologická klinika Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

CS je onemocnění způsobené nesnášenlivostí lepku. Lepek je směs bílkovin, které jsou obsaženy v obilovinách. Jedná se o vrozené onemocnění, které postihuje celý organismus. CS může propuknout v jakémkoli věku. Jedinou kauzální léčbou je bezlepková dieta, kterou pacient musí dodržovat po celý život. V tomto příspěvku se pokusím nastínit problematiku onemocnění a poukázat na jeho zákeřnosti. Poukážu na celiakii jako na onemocnění mnoha tváří, která se promítá do všech klinických oborů.

Klíčová slova:

Celiaki, Celiakální sprue, Lepek, Bezlepková dieta, Autoimunitní onemocnění.

Použité zkratky:

CS (celiakální sprue), LMD (lehká mozková dysfunkce)

Úvod

Celiakie je nazývána onemocněním mnoha tváří. Tento název jí byl přidělen proto, že se promítá ve všech klinických oborech. Pokud není celiakie včas odhalena a léčena nastávají velmi vážné problémy. Osobně znám několik pacientů, kterým se správné diagnózy dostalo až po letech potíží, kdy onemocnění poškozovalo celý jejich organismus. Celiakie se může projevit klasickými příznaky, jako jsou průjemy, nechutenství, úbytek na váze. Ale také osteoporózou a následnými patologickými zlomeninami, únavovým syndromem, psychickými poruchami. U dětí vede ke vzniku LMD (v důsledku kalcifikace mozku), onemocnění v sobě také nese rizika pro těhotné ženy a samotný porod (potraty, předčasné porody), nezřídka končí nádorovým onemocněním. Bezlepková dieta je celoživotním osudem pacientů s CS. V tomto příspěvku se zaměřím na pacienty s celiakií a jejich nejčastější potíže.

Cíl práce

Cílem mé práce je definovat problematiku nemoci a poukázat na její zákeřnosti.

Podstata onemocnění celiakie

„Označení celiakie pochází z latinského názvu „coeliacus“ – týkající se břišní dutiny a z řeckého „koilia“ – břišní dutina.“ (Sedláčková, 2003)

Synonymní názvy: (celiakální sprue, celiakální syndrom, glutensenzitivní enteropatie, glutenová enteropatie).

Celiakie je autoimunitní, zánětlivé onemocnění tenkého střeva, které se projeví nejen v kterémkoli věku, ale také mnoha způsoby. Jedná se o onemocnění vrozené a nevyhléditelné. U dětí se první příznaky nemoci objevují nejčastěji mezi 1. a 2. rokem života, u dospělých zpravidla mezi 40. a 50. rokem. (Listy celiaků, č.5-6, 2007, str.2) Celiakie je vrozená, geneticky založená, celoživotní nesnášenlivost (přecitlivělost) lepku.

„Lepek (gluten) je bílkovina rozpustná v alkoholu, nerozpustná ve vodě. Nachází se v pšenici (gliadin), v žitě (sekalin), v ječmeni (hordein) a v ovse (avenin). Toxicita uvedených bílkovin se liší, nejvyšší toxicitu má gliadin.“ (Rujner; Cichanská, 2006)

„U jedince vnímavého na lepek“ způsobí chronický zánět sliznice tenkého střeva a atrofii (vymizení) slizničních klků. Chronický zánět sliznice způsobí, že některé funkce postižené části tenkého střeva nefungují tak, jak by měly. Porušeno je trávení složených cukrů (např. mléčného, řepného), nedostatečné je vstřebávání bílkovin i tuků, vitamínů, železa. (Listy celiaků, č. 4., 2006) Dalším příznakem je velmi výrazně zvýšená produkce hlenu a je také porušena pohyblivost stěny tenkého střeva. (Listy celiaků, č. 2., 2006)

Anatomie a patofyziologie tenkého střeva

Anatomie tenkého střeva (intestinum tenue)

Tenké střevo je nejdelší oddíl trávicí trubice. Měří 3 – 5 m, šířka je 3 cm. Jeho hlavní funkcí je trávení potravy a vstřebávání živin. Tenké střevo se skládá ze tří oddílů: dvanáctník (duodenum), lačnick (jejunum), kyčelník (ilum). Žlázy sliznice produkují střevní šťávu, která štěpí všechny složky potravy. Bílkoviny a cukry se vstřebávají do cév krevních, tuky do cév mízních. Tenké střevo začíná vrátníkem (pylorus) a končí vyústěním do tlustého střeva. Sliznice tenkého střeva tvoří četné příčné řasy a klky, které značně zvětšují resorpční plochu. (Kott, 2000)

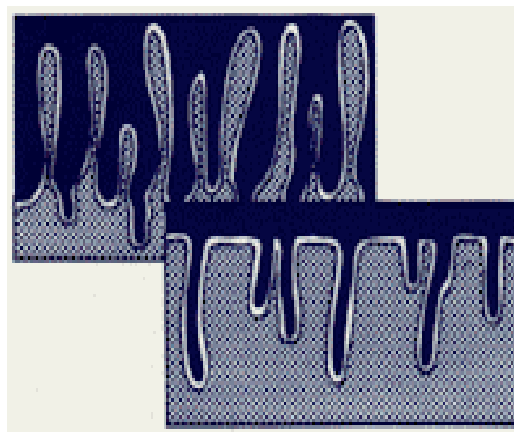
Patologická sliznice tenkého střeva

Následkem nesnášenlivosti lepku je rozvoj zánětlivých histologických změn ve sliznici tenkého střeva, které mohou vést až k úplnému vymizení (atrofii) střevních klků, tj. výběžků, které normálně umožňují značné zvětšení povrchu střeva. Protože v těchto klcích jsou rozmístěny enzymy, které jsou nutné k řádnému trávení a vstřebání živin, jejich zánik je provázen vznikem poruch trávení a vstřebávání. Klasicky je postižen horní úsek lačnicku (jejuna), ale poškození se může šířit v různém rozsahu, až dolů do horního úseku kyčelníku (ilea), nebo naopak nahoru do dvanáctníku. (Sedláčková, 2003) Neresorbované peptidy a aminokyseliny podléhají v tlustém střevě hnilobným procesům. Podílejí se na vzhledu stolice a zvyšují kreatoreu (nestrávené zbytky potravy ve stolici). Cukry zkvašují a tvoří se kyselina mléčná, pH stolice je nízké, kolem 5 a nižší. Neresorbované (nevstřebané) tuky v lumen (vnitřní výstelka) váží kalcium, vitamíny A, D, E a odvádějí je z těla. Je zvýšená steatorea (nadměrné množství tuku ve stolici). Poruchy vstřebávání postihují dále vitamín B12, kyselinu listovou, železo, zinek, magnézium, selen, vodu, elektrolyty. (Mihál, 1998)

Obr. 1

Fyziologická sliznice tenkého střeva

Patologická sliznice tenkého střeva



Zdroj: <http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/lf/js08/>

Zdroj: http://www.szpi.gov.cz/en/ViewImage.aspx?atlas/pics/d_coeliakie/001_001.jpg,2008physid=13809j

Etiologie onemocnění

Příčina onemocnění není známá. Nesnášenlivost lepku je porucha vrozená, geneticky založená, je to patologická imunologická odpověď postiženého jedince na přítomnost lepku v tenkém střevě. (Sedláčková, 2003)

Spouštěcím mechanismem nemoci bývá nespecifická zátěž (operace, psychické trauma, porod). Celiakie se často sdružuje s chorobami, které vznikají na podkladě abnormální imunitní reakce organismu proti vlastním tkáním – jedná se o tzv. nemoci z auto-imunity. Častý je např. výskyt celiakie a cukrovky I. typu (diabetes mellitus) nebo celiakie a zánět štítné žlázy. (Listy celiaků, č. 4, 2006, str. 16)

Touto nemocí jsou ohroženi především příbuzní nemocného celiaka – sourozenci, rodiče, prarodiče. „Celiakie postihuje všechny rasy a vyskytuje se na všech kontinentech.“ (Listy celiaků, č. 5–6, 2007, str. 2)

Projevy onemocnění

Projevy u dětí

U dětí se projeví klasickými příznaky: neprospívání, nepřibývání na váze, mastné, objemné a nápadně zapáchající stolice nebo kašovité světlé průjmy, které vedou k podvýživě, dále plynatost, křeče, bolest a postupně vzednuté, nafouklé břicho, které nápadně kontrastuje s hubenými končetinami. Děti také ztrácejí chuť k jídlu, jsou plačtivé a mrzuté. Často se rovněž projevuje anémie z nedostatku železa. Tím pádem jsou děti unavené, apatické k okolí a malé děti nápadně zaostávají za svými vrstevníky v pohybu. (Sociální péče, 2008, str. 40)

Projevy u dospělých

U dospělých se onemocnění projevuje podobně, ale časté jsou případy s méně vyvinutými příznaky. Kromě typických rysů se může objevit řídnutí kostí, zvýšená kazivost zubů, bolesti kloubů a svalů, kožní problémy, deprese, krvácivé stavy (př. časté krvácení z nosu bez zjevné příčiny), zvýšená náchylnost k infekcím, opožděná puberta, otoky končetin. (Sociální péče, 2008, str. 40)

Atypické projevy

Celiakie se často řadu let projevuje velmi nenápadně, a proto je někdy obtížné pro lékaře i pacienta odhalit skutečnost, že pacient touto nemocí trpí. Celiakie patří oborově pod gastroenterologii, ale pokud pacient nemá typické gastrointestaciální potíže, bývá diagnóza

odhalena pozdě, nebo vůbec. Lékaři ostatních oborů si diagnostikování celiakie často vůbec nepřipouštějí. (Listy celiaků, č. 5–6, 2007, str. 2)

Dle amerického výzkumu patří celiakie mezi 10 nemocí, které jsou nejvíce přehlíženy, jedním z hlavních důvodů je to, že 90 % pacientů nemá klasické příznaky.

Rizika nepoznané celiakie: psychosomatická retardace u dětí, snížená kvalita života, osteoporóza, objevuje se vysoké riziko pro těhotenství a porod: neplodnost, potraty, předčasný porod. (Listy celiaků, č. 5-6, 2006, str. 12)

Dühringova nemoc – herpetiformní dermatitida

Jedná se o kožní projev nesnášenlivosti lepku a je závažnější než celiakie. Vznikají při něm svědivé puchýřky podobné oparům, které se nacházejí zejména na vnější straně loktů, na kolenou, ale i na dalších částech těla. Často bývá poškozeno tenké střevo, ale při biopsii se nemusí prokázat poškození, protože atrofie sliznice může být jen ložisková. Toto onemocnění se objevuje kdykoliv během života, podobně jako celiakie. I zde je bezlepková dieta základní terapií. Odezva organismu na dietu však může být daleko pomalejší než u celiakie. Někdy je také nutné pro zabránění tvorby puchýřků nasadit léky. (Sociální péče, 2008, str. 40)

„Dermatitis herpetiformis je vzácné onemocnění (1:800 dermatologických pacientů), častěji postihuje muže.“ (http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/standardy/dermatitis_herpetiformis_duhring.htm, 2009)

Obr. 2 Dermatitis herpetiformis Duhring



Zdroj:
<http://www.pyly.cz/pyly/images/celiakie/obr3.jpg>

Zdroj: <http://www.dermis.net/bilder/CD199/550px/img0132.jpg>

Celiakální krize

Nejtěžší projev onemocnění, zde je pacient ohrožen na životě. Projevuje se těžkými průjmy, rozvratem minerálního hospodářství a acidobazické rovnováhy, těžkou dehydratací a v nejtěžších případech hypovolemickým šokem. Vzniká nejčastěji u dlouho neléčené celiakie na podkladě stresu či nasedající infekce. „Vyžaduje urgentní léčbu na jednotce metabolické péče s úpravou vnitřního prostředí, totální parenterální výživu, často i léčbu kortikoidy.“ (Kohout; Pavlíčková, 1995)

Diagnostika

První fáze diagnostiky

„První fází diagnostiky je provedení sérologických testů, tj. krevních testů, které v těle prokáží přítomnost nadměrného množství protilátek.“ (Listy celiaků, č. 5–6, 2007, str. 3)

Pro celiakii jsou typické následující protilátky: Antiretikulární (ARA), proti endomysinu (EmA) a proti tkáňové transglutamináze (tTG). Obvykle jsou označeny ve třídě IgA (imunoglobulin IgA). (Rujner; Cichánská, 2006)

Druhá fáze diagnostiky

„Druhá fáze diagnostiky je střevní biopsie, tj. odebrání vzorku střevní sliznice a její pečlivé prozkoumání zkušeným patologem.“ (Listy celiaků, č. 5-6, 2007, str. 3)

Lidem, u nichž se zjistí pozitivní protilátky, vysoká hladina imunoglobulinů, hlavně slizniční imunita – IgA (IgG, IgM), se doporučí střevní biopsie, která definitivně potvrdí, nebo vyloučí podezření na celiakii. Podmínkou řádné diagnózy je provedení enterobiopsie v době, kdy není dodržována bezlepková dieta. Odebraný vzorek slouží k podrobnému mikroskopickému, patologickému vyšetření. Biopsii by měli popisovat dva na sobě nezávislí patologové. Protilátky obsažené v krvi slouží jen jako orientační vyšetření. (Sociální péče, č. 5, 2008, str. 40)

Vyšetření při prokázané celiakii

Pokud neexistují pochybnosti o diagnóze, je vhodné, aby pacient absolvoval pravidelné kontroly ve specializovaném středisku, kde se posoudí některé laboratorní výsledky, zvláště pak: hladina železa v krvi (krevní obraz, železo, feritin). Případný trvalý nedostatek železa může být doplněn léky, protilátky anti-tTG (pokud jsou pozitivní, ukazují na nedostatečné dodržování diety), vyšetření pro včasnou diagnózu případných autoimunitních patologií, (hlavně protilátky ukazující na zánět štítné žlázy). Monitoring osteoporózy pomocí kostní denzitometrie je indikován hlavně v případech pozdní diagnózy, zvláště u žen. (Catassi; Schär, 2007)

Výzkumy ukázaly, že asi 50 – 100 % lidí při počáteční diagnóze celiakie následně trpí osteopenií nebo osteoporózou. Osteopenie je řídnutí kostí. Osteoporóza představuje větší odchylku od normálu než osteopenie. Podle zkušeností Dr. Greena, „téměř 100 % pacientů s celiakií trpí osteoporózou.“ (Listy Celiaků, č. 3, 2007, str. 9)

U osob, které při kontrolním vyšetření vykazují výrazné zvýšení tělesné hmotnosti, je užitečné provést metabolické vyšetření první úrovně (celkový cholesterol, cholesterol-HDL, triglyceridy, glykémie). (Catassi; Schär, 2007)

Součástí následné péče by mělo být stanovení hladiny vitamínů a minerálů. Je nutné zjistit, léčit a sledovat nízkou hladinu jednotlivých živin v těle. Někteří pacienti vstřebávají příliš mnoho vitamínů rozpustných v tucích, což se projeví například onemocněním jater (způsobným toxicitou vitamínů A) nebo hyperkalcémií (způsobenou toxicitou vitamínů D), která se projevuje zmateností, zácpami a ledvinovými problémy. Jelikož existuje genetická predispozice k celiakii, dalším důležitým prvkem následné péče je screening členů rodin na celiakii. U dětí a ostatních přímých příbuzných by měla být zjištěna hladina protilátek. (Listy celiaků, č.3, 2007, str. 9)

Léčba

Bezlepková dieta

Hlavní zásadou léčby je nasazení přísné bezlepkové diety. Z potravy je nutné vyloučit potraviny, které obsahují lepek. Ten je hlavní součástí některých zrn obilovin – pšenice, žita, ječmene a ova, lepek se naopak nevyskytuje v kukuřici, rýži, sóje, prosu (jáhly), pohance, amarantu. Nevyskytuje se také v bramborách, luštěninách, zelenině a ovoci. Léčba je odstupňována podle závažnosti onemocnění:

V nejtěžším stádiu (celiakální krizi), kdy je pacient vážně ohrožen na životě rozvratem vodního a minerálního hospodářství a vnitřního prostředí, je nutné pacienta intenzivně léčit na jednotce intenzivní péče. Nejprve je nutné upravit rozvrat vnitřního prostředí, začít s výživou podávanou přímo do žilního řečiště s vynecháním střeva (tzv. úplnou parenterální výživou). Často je nutné podat kortikoidy (hormony kůry nadledvin). (Kohout; Pavlíčková, 1995, str. 13)

Po zklidnění stavu začínáme postupně zatěžovat zažívací trakt nejprve speciálními přípravky, které obsahují již rozštěpené živiny (tzv. kosmonutrická strava), postupně přidáváme potraviny, o kterých víme, že jsou dobře snášeny i poškozenou střevní sliznicí (bývají to zpočátku škrábaná jablka, bramborová kaše, banány). Řepný cukr (sacharózu) nahrazujeme jednoduchými cukry (glukózou), která je obsažena v medu či glukopuru. Z diety musíme vynechat mléko a mléčné výrobky vzhledem k tomu, že poškozená střevní sliznice neobsahuje enzym, který rozkládá mléčný cukr (laktázu). Dietu postupně upravujeme podle stavu pacienta, počtu stolic a mizení jednotlivých příznaků. Vždy je nutné se snažit, aby dieta byla plnohodnotná, aby obsahovala dostatečné množství bílkovin, tuků i cukrů, dostatek energie a minerálů (zvláště vápníku a železa) a vitamínů. Pokud pacient není schopen některé živiny vstřebávat v dostatečném množství, neváhá se s jejich podáním v medikamentózních přídavcích, případně i v injekční formě. (Kohout; Pavlíčková, 1995, str. 13)

V klidové fázi spočívá léčba v přísném dodržování bezlepkové diety. Již na tomto místě je nutné upozornit, že i malé množství lepku může zapříčinit přetrvávání příznaků a pokračování aktivity choroby. Na celiakii je záluďné i to, že i malé množství lepku v potravě většinou nevyvolá příznaky a projeví se až později, případně komplikacemi. (Kohout; Pavlíčková, 1995, str. 13)

Jako součást celiakie se může vyskytnout i nesnášenlivost mléka. Jak již bylo řečeno, lidé s těžkou akutní formou celiakie musí zpočátku mléko vynechat – podle tíže onemocnění z diety vyloučí buď pouze čerstvé mléko, nebo i mléko kysané a další mléčné výrobky. Dále je nevhodné konzumovat tučné, těžké a dráždivé potraviny. Toto opatření je nutné dodržovat během doby, než se „vzpamatuje“ sliznice tenkého střeva – většinou několik týdnů až měsíců v závislosti na stavu pacienta. Po jejím zahojení je možné jíst všechny potraviny neobsahující lepek. (Sociální péče, č. 5, 2008, str. 40)

Neexistuje lék nebo metoda, která by „uzdravila sliznici tenkého střeva“, aniž by nemocný s celiakii vynechal lepek ze stravy. Proto je bezlepková dieta trvalá, celoživotní. (Pozler, 2001)

Důsledky porušování bezlepkové diety

Důsledky nedodržování bezlepkové diety závisí na délce porušování diety a věku pacienta. (Frühauf, 2005)

Pokud pacient s celiakií nedodrží přísnou bezlepkovou dietu, hrozí nebezpečí, že nedojde k uklidnění choroby nebo může dojít k novému vzplanutí choroby. Může dojít k progresi do celiakální krize s velkými průjmy a vyčerpáním pacienta. (Kohout; Pavlíčková, 1995)

Je vysoce pravděpodobné, že u pacientů s celiakií, kteří dlouhodobě (roky) nedodrží bezlepkovou dietu, existuje vyšší riziko vzniku zhoubného nádoru než u těch, kteří dietu dodržují. U dětí školního věku se dlouhodobé porušování diety dokonce nemusí projevit. Pokud však přísun lepku pokračuje, mohou se objevit pro celiakii charakteristické potíže – občasné bolesti břicha, menší vzrůst, chudokrevnost, poruchy menstruačního cyklu, zvýšená lomivost kostí, úbytek na váze. (Frühauf, 2005)

Krátké porušení diety nemá pro pacienta z dlouhodobého hlediska negativní význam, ale může mít nepříznivý psychologický efekt („Proč musím držet dietu, když mi nic není?“). Může se projevit jako dietní chyba – nevolnost, změna stolice, bolesti břicha, zvracení. (Frühauf, 2005)

Pokud pacient s celiakií dietu dodržuje, dojde k vymizení příznaků, normalizaci nálezu na střevní sliznici a ke snížení rizika vzniku nádorových onemocnění na riziko stejné jako u ostatní populace. (Kohout; Pavlíčková, 1995)

Je důležité, aby všichni nemocní, kteří musí dodržovat bezlepkovou dietu, měli trvale na paměti, že potřeba vitamínů, zejména antioxidantů, je u nich již díky této chorobě zvýšená. Navíc však mají další komplikující problém v tom, že jejich střevo, pokud je třeba jen občas drážděno ne zcela absolutní vylukou gliadinu z potravy, většinou vstřebává řadu důležitých nutričních hůř a tím se deficit některých potřebných živin vlastně sečítá či znásobuje. Z toho vyplývá požadavek, aby takto postižení jedinci dbali daleko pečlivěji na dodržování zásad správné výživy, to je zejména na dostatek zeleniny a ovoce. Pokud však z řady důvodů není možné zajistit konzumaci tohoto potřebného množství všech nutričních hůř, je třeba použít vhodné medikamenty nebo nutriční suplementy. Jinak organismus pracuje nejen bez rezervy, ale trvale v nutričním deficitu, což se pochopitelně negativně odráží na zdravotním stavu, a to buď v dohledné době, nebo třeba i s určitým časovým odstupem, ale bohužel o to hůř. (Listy celiaků, č. 5-6, 2003, str. 3)

Závěr

Je dobré přijmout onemocnění za své, za určitý způsob životního stylu, protože s ním člověk bude žít celý život. Je také výhodou důkladně se s chorobou seznámit a získat o ní co nejvíce informací. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že zjištění, že mým lékem je jídlo a že své zdraví ovlivňuji sama tím co jím, je povzbuzením.

S celiakií lze žít naplno a hodnotně, přestože je nutné dodržovat určitá pravidla. Život člověka postiženého celiakií může být nepochybně plnohodnotný! Pacient musí jen vědět, jak na to. Proto je výhodou sledovat i nové poznatky o chorobě, které jsou díky rozvoji komunikačních prostředků, ale i nemoci samotné, stále dostupnější.

Literatura

- CATASSI, C. (2007). Postal : Dr. Schär, 2007. ISBN – neexistuje.
- FRÜHAUF, P. (2005). *Rukověť celiaka*. Praha : Sdružení celiaků ČR, 2005, ISBN 80-902803-1-5.
- KOHOUT, P.; PAVLÍČKOVÁ, J. (1995). *Celiakie bezlepková dieta*. Čestlice : P. Momčilová, I. vydání, 1995. ISBN – 80-9011-37-6-1.
- KOTT, O. (2000). *Anatomie*. Plzeň : Vysoká škola v Plzni, 2000. ISBN – neexistuje.
- MIHÁL, V. (1998). *Vybrané kapitoly z pediatrie II*. Olomouc : Univerzita Olomouc, 1998. ISBN- 80-70-67-850-X.
- POZLER, O. (2001). *Celiakie a bezlepková dieta – letáček*. Praha. ISBN -neexistuje.
- RUJNER, J.; CICHANSKÁ, B.A. (2006). *Bezlepková a bezmléčná dieta*. Brno : Computer Press, 2006. ISBN – 80-251-0775-2.
- SEDLÁČKOVÁ, M. (2003) *Bolesti břicha a jiné břišní obtíže u dětí I.*, Praha : Triton s.r.o, 2003, 1.vydání. ISBN 80-72-54-365-2.
- SOCIÁLNÍ PÉČE. Číslo 5, (2008), Brno: LS ZENTIS, 2008- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 10194. ISSN 1213-2330
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 5-6, (2007), Praha : LS ZETIS, 2007-. Reg.Min.kultury č. MK ČR E 7821.
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 3, (2007), Praha: LS ZENTIS, 2007- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 7861
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 4,(2006), Praha: LS ZENTIS, 2006- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 7861.
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 2, (2006), Praha: LS ZENTIS, 2006- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 7861.
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 5-6, 2006, Praha: LS ZENTIS, 2006- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 7861
- LISTY CELIAKŮ. Číslo 5-6, 2003, Praha: LS ZENTIS, 2003- Reg. Min. kultury č. MK ČR E 7821
- Česká dermatovenerologická společnost. 2009. *Dermatitis herpetiformis Duhring* [on line] In. www.lfhk.cuni.cz [cit. 2009-03-10]. Dostupný na <http://www.lfhk.cuni.cz/dermat/standardy/dermatitis_herpetiformis_duhring.htm>

Kontaktní adresa:

Bc. Veronika Luksová
Kardiologická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: Luksova.v@seznam.cz

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY A PREVENCE KATÉTROVÉ INFEKCE

Kateřina Lisová, Vendula Paulínová

Interní klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Cévní vstup je velmi častou příčinou vzniku infekce krevního řečiště, podílí se na závažných nozokomiálních nálezích. Vedle celé řady faktorů, jako je věk, tíže onemocnění, místo a doba zavedení katétru má i způsob ošetřování cévních vstupů významný vliv na prevalenci katérových infekcí. V příspěvku autorky definují faktory, které jsou spojeny s významně zvýšeným rizikem vzniku katérové sepse. Význam ošetřovatelské péče je zhodnocen na podkladě konkrétních výsledků sledování na našem pracovišti. Důraz je kladen na prevenci extraluminální infekce pomocí striktně dodržovaných ošetřovatelských postupů.

Klíčová slova:

Intravenózní vstup; Infekce krevního řečiště; Edukace; Ošetřování cévních vstupů; Antiseptika; Transparentní krytí katétru; Protokol o ošetřování

Úvod

Intravenózní vstupy do centrální žíly jsou v současné době nepostradatelným prostředkem v péči o pacienta. Avšak cévní vstup se stal velmi častou příčinou vzniku infekce krevního řečiště a podílí se na závažných nozokomiálních nálezích. Vznik infekce v souvislosti se zavedeným katérem ovlivňuje celá řada faktorů jako je např. doba, po kterou je katétr zaveden, typ katétru, umístění katétru, počet lumen, důvody používání katétru, základní onemocnění pacienta, jeho věk a v neposlední řadě i způsob ošetřování katétru. Správná a důkladná ošetřovatelská péče pomáhá nejenom udržet katétr funkční – předchází jeho uzavření a poškození, ale především kontaminaci katétru, extra i intraluminální cestou, která následně vede k infekci krevního řečiště – tedy nejnebezpečnější komplikaci zavedeného centrálního žilního katétru.

Vlastní text

V doporučeních CDC (centrum pro kontrolu a prevenci nemocí), nalézáme důležitá obecná i konkrétní doporučení týkající se přístupu k cévním vstupům. Prevence infekce cévního vstupu začíná již při jeho zavedení lékařem za asistence sestry. Musí být dodržena bariérová opatření a výkon proveden aseptickou technikou. Značný důraz je kladen na velmi důkladnou edukaci lékařů i sester, kteří katétr zavádějí a následně se o něj starají, a to podle přesných protokolů. Zvýšený důraz je kladen na hygienu rukou. V doporučeních jsou uvedeny i vhodné dezinfekční roztoky k provedení antiseptiky kůže – jako účinné jsou uvedeny zejména Chlorhexidin, jod nebo 70% alkohol. Po zavedení katétru přiložení pouze sterilního krytí, a to fólie nebo gázy resp. netkaného textilu.

V současné době se na trh dostávají i krytí, která jsou napuštěna antiseptikem. Toto krytí je doporučováno tam, kde je katétr ponechán zavedený déle než 5 dní.

Na našem pracovišti jsme společně s používáním nových krycích materiálů, které obsahují antiseptikum, zavedli konkrétní protokol k ošetřování centrálních žilních katétru, který všechny sestry dobře znají a katétr podle něj striktně převazují a ošetřují.

Dodržování daného protokolu začíná již při přípravě instrumentaria k zavedení centrálního žilního vstupu, důležitá jsou bariérová opatření – sestra má umyté a vydezinfikované ruce, pracuje zásadně v ústence a čepici. Lékař má navíc sterilní empír a rukavice.

Po zavedení katétru sestra místo vpichu ošetří. Vždy pracují dvě sestry, jedna má navíc sterilní rukavice a druhá asistuje. Místo vpichu je důkladně očištěno od zbytků krve, k tomu používáme sterilní fyziologický roztok nebo dezinfekční roztok. Následuje dvoufázová dezinfekce: Jako první použijeme dezinfekční roztok Betadine, který necháme 1 minutu působit. Následuje dezinfekce roztokem Skinsept F a opět necháme 1 minutu působit. Poté místo vpichu osušíme sterilním mulovým čtvercem, není-li dezinfekce ještě zaschlá. Místo vpichu musí být před přiložením krytí suché.

V případě, že místo vpichu neprosakuje krví nebo katétr není zaveden na místě, které neumožňuje řádné přilnutí náplasti a nepředpokládáme tedy častější výměnu, zvolíme krytí Tegaderm s Chlorhexidinem - fólie s antiseptikem (obr.1), který ponecháváme zpravidla na místě vpichu 7 dní. Pokud místo vpichu prosakuje, katétr je zaveden na špatně přístupném místě a předpokládáme častější výměnu, zvolíme Excilon (čtverce z netkaného textilu s antimikrobiální složkou polyhexametylen biquanid), který sekundárně kryjeme Curaporem (obr.2). Tento typ krytí ponecháváme na místě 48 hodin. Tento postup v obou případech dodržujeme, neobjeví-li se některá z indikací k dřívější výměně – odchlípující se náplast, prokrvácení náplasti, náplast s Chlorhexidinem mění svoji konzistenci.

Současně jsme se rozhodli sledovat a zjišťovat do jaké míry náš postup – striktní protokol, proškolený personál a používané výše uvedené krycí materiály ochrání místo vpichu, tak že nedojde k rozvoji katérové infekce v důsledku extraluminální kontaminace katétru. U každého pacienta při převazu provádíme 1 x týdně stěr z místa vpichu (po odstranění staré náplasti a před provedením dezinfekce), dále provádíme stěr tehdy, dojde-li z nějakého uvedeného důvodu k potřebě předčasného převazu. Dále každý vyjmutý katétr posíláme na mikrobiologické vyšetření. Máme v současné době poměrně velký vzorek pacientů a katétrů. Naše současné výsledky výskytu počtu katérových infekcí (pozitivní mikrobiologický nález na katétru a pozitivní hemokultura) svědčí jednoznačně pro potvrzení správnosti a nutnosti dodržovat striktně protokoly v péči o katétr. Ukazuje se jednoznačný trend podstatně lepších výsledků a redukce počtu katérových infekcí tam, kde je protokol dodržen (tab. 1).

Tab.1 Výskyt počtu katérových infekcí na Metabolické jednotce

	CŽK	HDK
Ošetření bez protokolu	5,8/1000 dnů	12,8/1000 dnů
Ošetření podle protokolu	2,4/1000 dnů	5/1000 dnů

Tab. 2 Zveřejněné výsledky - J.Parillo,Critical Care Medicine,2008

Krátkodobé CŽK (v. subclavia, v. jug. interna)	2,7/1000 dnů
Tunelizované katétry a porty	0,1-1,6/1000 dnů
PICC	1,1/1000 dnů
Arteriální katétry	1,7/1000 dnů
HD katétry netunelizované	4,8/1000 dnů
HD katétry tunelizované	1,6/1000 dnů
Periferní kanyly	0,5/1000 dnů

Obr. 1 Ošetřený katétr Tegadermem CHG (Chlorhexidinem)



Obr. 2 Ošetřený katétr Excilonem a sekundárně krytý Curaporem



Literatura:

- ČERMÁK, P. *Mikrobiologická diagnostika infekcí krevního řečiště*. Praha: Maxdorf, 1996, 182 s. ISBN 978-80-7345-142-4
- MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada, 2006, 178s. ISBN 80-247-1673-9
- PARRILLO, J. E. *Critical Care Medicine*. Philadelphia, 2008, 1776 s. ISBN – 978-0-323-04841-5

Kontaktní adresa:

Mgr. Kateřina Lisová
Interní klinika UK 2.LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: katerina.lisova@lfmotol.cuni.cz

PÉČE O DÍTĚ PO POŽITÍ BATERIE

Petra Kostřížová, Adriana Roškaňuková

Klinika krční nosní a ušní UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Článek se zabývá problematikou stavu dítěte po požití baterie. Uvedená kazuistika ukazuje, jak závažný stav může po zdánlivě banální příhodě vzniknout. Následně je probrána léčba, možné komplikacemi a edukace rodiny.

Klíčová slova:

Poleptání jícnu; Požití baterie; Eesofagoskopi; Nasogastrická sonda.

Úvod

Pracujeme jako sestry na oddělení dětského ORL ve Fakultní nemocnici v Motole. Na našem oddělení často léčíme děti po nešťastném požití leptavých látek na bázi kyselin nebo louhů (čističe WC, tablety do myčky, odstraňovače skvrn...). V poslední době se ovšem stále častěji objevují stavy po požití baterií, které se ve většině případů jeví jako velmi závažné. Dochází zde ke kombinaci poleptání a poškození elektrickým proudem. Z drobné nepozornosti rodičů může vzniknout problém, který ovlivní život dítěte i celé rodiny na dlouhou dobu, v nejhorších případech je ohrožen i život dítěte.

Vlastní text

Pro názornou představu čím dítě poleptané baterií, nebo jinou leptavou látkou prochází uvádíme případ 18. měsíční Esterky. 1.3. 2010 požila mincovou baterii do dálkového ovladače, poté zvracela a objevily se u ní dechové obtíže. Navštívili obvodního ORL lékaře, který je ihned odeslal do nemocnice v Ústí nad Orlicí. Zde při rtg vyšetření byl potvrzen nález baterie v jícnu. Baterie byla při ezofagoskopii odstraněna, současně bylo potvrzeno poleptání 3. stupně. Následně zde byla hospitalizována od 1.3. do 12.3.2010 na JIP dětské kliniky. Vzhledem ke svému celkovému stavu byla intubována a napojena na umělou plicní ventilaci. Opakovaně se zde pokoušeli Esterku extubovat, což se podařilo až na třetí pokus. Dýchala spontánně, velmi obtížně s těžkým stridorem. Tento stav se nelepšil. Po cca 24 hodinách, proto byla 12.3.2010 odeslána na ARO FNM, kde byla znovu zaintubována a napojena na umělou plicní ventilaci. Následně se zde též nepodařilo dívku extubovat. Proto byla 19.03.2010 provedena tracheotomie z důvodu nemožnosti extubace, dušení po extubaci, respektive pro stav po požití mincové baterie s následnou paresou obou zvratných nervů. Dne 22.3.2010 byla přeložena na ORL JIP k dořešení celé situace a zacvičení matky v péči o tracheostomickou kanylu. 14.4.2010 byla provedena další ezofagoskopie a zároveň i laryngotracheobronchoskopie, při těchto vyšetřeních bylo shledáno, že jícnem se volně rozvíjí až ke kardii, je bez známek striktury či léze stěny jícnu. V hrtanu je zřetelný pohyb hlasivek. i arythenoidních hrbolů, hlasová štěrbinu je při spasmech téměř uzavřena. Jednalo se o výrazné zlepšení. Děvčátko prodělalo opakovaně tato vyšetření v celkové anestezii, aby bylo možné sledovat vývoj jejího stavu a podle toho reagovat. V současné době Esterka volně polyká i pevná sousta. I s tracheostomickou kanylou se naučila dobře tvořit hlas. Bohužel ji zatím tracheostomické kanyly nelze zbavit. Rodina se o ni pečlivě stará. V místě bydliště byla opakovaně hospitalizována pro záněty plic.

U dětí k poleptání dochází téměř výhradně nešťastnou náhodou. Jedinou prevencí je důsledná opatrnost při nakládání s leptavými látkami, ale i předměty ve kterých jsou mincové baterie a jejich bezpečné uložení.

Poleptání rozdělujeme podle stupně poškození v rozsahu 1 až 4. Při 1. stupni dochází k zarudnutí sliznice, ta následně regeneruje a bez následků se zhojí. Při poleptání 2. stupně se objevují okrsky šedobělavých povlaků, dochází k prostoupení zánětu do hlubších vrstev sliznice a objevují se povlaky. Při poleptání 3. stupně vznikají splývavé šedobělavé povlaky a dochází k nekrotizaci sliznice. Pokud dojde až k poleptání 4. stupně, nacházíme nekrotická ložiska, postupně dochází ke vzniku granulačních tkání. Později pak k odlučování těchto okrsků a následné perforaci jícnu.

U dětí provádíme esofagoskopii v celkové anestezii. Tomuto vyšetření předchází předoperační příprava. Pokud je odůvodněné podezření na požití baterie, provádí se endoskopické vyšetření bez přípravy z vitální indikace, jelikož poškození baterií se výrazně zvyšuje s dobou působení na stěnu jícnu. Je proto důležité baterii co nejdříve odstranit.

Před endoskopickým zákrokem je nutné edukovat rodiče o všech alternativách, které mohou nastat, včetně možnosti zavedení nasogastrické sondy.

Po výkonu přivážíme pacienta zpět ze sálu na oddělení, pokud se jedná o poleptání vyššího stupně a byla zavedena nasogastrická sonda, je nemocný k další péči umístěn na jednotku intenzivní péče.

Ihned po příjezdu ze sálu je pacient napojen na infuzní terapii. Sondy vyvěsíme a měříme množství žaludeční šťávy, kterou odvádí. Podařilo se nám vypořádat, že u většiny pacientů po požití baterie, kteří mají poleptání vyššího stupně, odchází ze sondy velké množství tmavého sekretu. U těžkých poleptání jinými leptavými látkami se tento jev nevyskytuje. Také sledujeme její charakter, barvu, zápach a příměsi. Léky podáváme dle ordinace lékaře. Pečujeme o sondu tak, aby si ji pacient nevytrhl. Často, hlavně u menších dětí bývá sonda přišita tak, aby ji nebylo možné vytrhnout. Jako první podáváme do nasogastrické sondy sterilní vodu. Následně pacientovi podáváme plnohodnotnou enterální stravu.

Co nejdříve se snažíme edukovat matku dítěte tak, aby se o dítě v plném rozsahu dokázala postarat a mohla o malého pacienta pečovat doma. Většinou k propuštění do domácího ošetřování dochází asi za 10 dní.

Komplikace, se kterými se u takto postižených pacientů můžeme setkat jsou akutní nebo pozdní. Akutní komplikací může být otok dýchacích cest, perforace jícnu, při které hrozí vznik mediastinitidy nebo peritonitidy, také může vzniknout tracheozofageální píštěl. Mezi pozdní komplikace počítáme zejména jizvení jícnu a následná stenóza, srůsty v oblasti dutiny ústní a dysfáгии. Léčba pozdních komplikací je velmi obtížná a zdlouhavá. Oproti jiným procesům při kterých vznikají stenózy jsou v tomto případě srůsty pevnější a hůře ovlivnitelné. Řešením je balónková dilatace, pokud nelze balónek použít, přistupujeme k dilataci gumovými dilatátory. Dilatace balónkem pod RTG kontrolou považujeme za jemnější a šetrnější než dilatátorem. Opatrnost je nutná i v tomto případě, protože i při tomto zákroku může dojít k iatrogennímu poškození, a to roztržení stěny jícnu. Balónkovou dilataci je nutno opakovat ve všech indikovaných případech několikrát, nejméně dvakrát. V těžších případech, pokud dilatace není úspěšná, je proveden chirurgický zákrok. Podle tíže poškození provádíme resekci jícnu, nebo operační náhradu jícnu.

Závěr

Většina dětí po ukončení léčby nemá trvalé následky. Bohužel v poslední době narůstá počet těžších postižení a to zejména po spolknutí mincových baterií.

Literatura:

HYBÁŠEK, I. *Ušní nosní a krční lékařství*. Praha: Galén, 1999.

LISÝ, J., ŠNAJDAUF, J., ŠIMSOVÁ, M., HEROLDOVÁ, D.,
VYHNÁNEK, M., RYGL, M., ZEMAN, L., TŮMA, S., NEUWIRTH, J. Kdy lze považovat balónkovou dilataci striktury jícnu u dětí za úspěšnou? *Česká radilogie*, 2002, roč. 56, č. 4, s. 82-86.

TRAPANI, G., BERTINO, E., a kol. *První pomoc a zdraví dítěte*. Praha: Portál, 2006

Kontaktní adresa:

Petra Kostřížová

Klinika krční nosní a ušní UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

Email: petra.kostrizova@fnmotol.cz

DLOUHODOBÁ INTENZIVNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A BAZÁLNÍ STIMULACE V PRAXI

¹Helena Dvořáková, ²Petr Karmazín

¹Ústřední vojenská nemocnice – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

²Ústřední vojenská nemocnice – Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče, Emergency

Souhrn:

Autoři příspěvku prezentují integraci konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče Ústřední vojenské nemocnicivčetně dosažených výsledků .

Klíčová slova: dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče, bazální stimulace, bazálně stimulující péče

Úvod

Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) bylo otevřeno v Ústřední vojenské nemocnici Praha 1. května 2010. Vzniklo na základě potřeby návaznosti péče o pacienty z akutních oddělení po závažných nehodách, úrazech apod. Jedna z vizí vedení oddělení byla plná integrace konceptu bazální stimulace do ošetrovatelské péče a maximální podpora a vedení nemocných se získaným poškozením mozku.

Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

Pracoviště poskytuje intenzivní ošetrovatelskou péči pacientům se závažným, nejčastěji neurologickým postižením. Stav nemocných již nevyžaduje UPV, vyžaduje však intenzivní dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Pracoviště by mělo sloužit pro přechod z dlouhodobé intenzivní péče (DIP) do LDN či obdobného pracoviště a zabezpečit hospitalizaci dlouhodobého charakteru pro pacienty ve vegetativním stavu.

Oddělení DIOP v ÚVN disponuje deseti lůžky a personální zajištění je následující: lékař (0,5 úvazku), 6 všeobecných sester, 6 sanitářů (1 na rehabilitační ošetrovatelství), fyzioterapeut, klinický logoped, sociální pracovnice, klinický psycholog a kaplan.

Za první rok působení bylo na oddělení DIOP hospitalizováno 28 nemocných. Během hospitalizace se u dvaceti nemocných zlepšil jejich stav vědomí (71%), pět nemocných zemřelo (18%) u tří pacientů došlo ke zhoršení stavu (11%). Z počtu nemocných, u kterých došlo ke zlepšení, bylo sedm přeloženo k následné péči do rehabilitačního zařízení nebo LDN a 5 nemocných bylo předáno přímo do domácího ošetrování.

Základem ošetrovatelské péče na oddělení DIOP je koncept bazální stimulace. V bazální stimulaci je proškolen veškerý personál a do péče jsou integrováni i rodinní příslušníci, kteří jsou školeni přímo lektorkou bazální stimulace.

Koncept bazální stimulace

Koncept bazální stimulace se vyvinul v Německu a jeho autorem je prof. dr. Andreas Fröhlich. Při své práci s dětmi s těžkými kombinovanými vadami hledal způsob, jak s nimi navázat kontakt a dále s nimi komunikovat. Komunikace na bázi verbální (mluveného slova)

byla velmi ztížena nebo nebyla možná. Proto s nimi začal komunikovat na úrovni somatické, vestibulární a vibrační. Jeho práce zaznamenala úspěchy a stala se vodítkem pro další vědecké práce, jejichž výsledky podpořily zájem o koncept v řadách odborníků a jeho další zavádění do praxe. Do ošetrovatelské péče přinesla tento koncept zdravotní sestra prof. Christel Bienstein, která v 80. letech minulého století úzce spolupracovala s prof. dr. Fröhlichem. Působila v Německém profesním spolu a díky ní byl koncept oficiálně přijat mezi odbornou veřejností.

Bazální stimulace je uznávaným konceptem v evropských zemích, je používána v oblasti speciální pedagogiky i ošetrovatelské péče. Pro mnoho pacientů se změnou vnímání se stala neodmyslitelnou součástí života.

Bazální stimulace je úspěšně aplikován u pacientů s těžkými kombinovanými vadami, tělesným postižením, mentálním postižením, u pacientů v kómatu, vegetativním stavu, po poraněních mozku, těžkých úrazech, u pacientů v dlouhodobém umělém spánku, u seniorů se změnou vnímání, u předčasně narozených dětí (Bienstein, Fröhlich, 2008) .

Bazální stimulace vychází z podstaty, že lidské tělo je schopno přijímat signály a následně na ně reagovat. Pokud člověk vnímá, je schopný se pohybovat, případně komunikovat – vnímání, pohyb a komunikace vytváří trilogii, kde se jeho jednotlivé složky vzájemně prolínají. Lidský mozek je unikátním orgánem, který je schopen ukládat a uchovávat zážitky. Bazální stimulace umožňuje lidem, postiženým změnou vnímání nebo hybnosti, objevit paměťové stopy, které jsou uloženy v mozku, a znovuobnovit jejich činnost. Stimulace smyslů v kombinaci s rannou rehabilitací výrazně zvyšuje kvalitu života nemocného, snižuje délku hospitalizace v nemocničním zařízení, působí zlepšení v oblasti psychiky. Bazálně stimulující péče zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče. Utváří vztah pacient-sestra, kdy se oba stávají rovnocennými partnery. Sestra aktivně reaguje na potřeby pacienta a celý proces směřuje k maximálnímu profitu nemocného. Cílem bazálně stimulující péče je rozvoj identity pacienta, snaha o navázání komunikace s jeho okolím, zlepšení orientace v prostoru a čase, zlepšení funkcí organismu.

Literatura

Bienstein, Ch., Fröhlich, A.. Basale Stimulation in der Pflege, Verlag Kellmeyer, 2008, ISBN 978-3-7800-4001-5

PREFERENTIAL LOOKING PL – METODA TESTOVÁNÍ VIZU U DĚTÍ V PREVERBÁLNÍM OBDOBÍ

Jana Králíčková, Jana Miketová

Oční klinika dětí a dospělých UK 2. LF FN MOTOL

Souhrn:

Příspěvek přináší základní informace o vyšetřovací metodě, která umožňuje zjistit a sledovat vizus u malých dětí v preverbálním období.

Klíčová slova:

Dítě; Metoda; Preferential looking; Vizus – zraková ostrost, Vyšetření

Úvod

Zrak je nejcennějším lidským smyslovým orgánem, zprostředkovává 70-90 % informací. Pod pojmem zrak rozumíme vnímání světla, barev, tvarů, kontrastu, hloubky, rozlišovací schopnost a adaptaci.

Vývoj zraku

Po narození je vidění nedokonalé, novorozenec vnímá pouze světlo. Vnímáním světla je fotomotorický reflex zornice. Při narození je oblast žluté skvrny (místo nejostřejšího vidění) ještě nezralá. Proto vnímá novorozenec pouze periferií sítnice jen světlo a tmu. Vývoj žluté skvrny je dokončen zhruba v 6. měsících života, definitivně dokončen až ve třetím roce života. Ve 2. měsíci se vyvíjí fixační reflex - dítě fixuje pohyblivé se předměty. Ve 3. měsíci se vyvíjí reflex konvergence a divergence - dítě sleduje bližší a vzdálenější předměty. Ve 4. měsíci se vyvíjí reflex akomodace-umožňuje ostré vidění blízkých předmětů. V 6. měsíci se vyvíjí reflex fúze - centrální schopnost spojit obrazy obou očí v jeden smyslový vjem. Ke konci prvního roku, kdy dítě začíná chodit, se binokulární spolupráce dále zdokonaluje, chůze přispívá k rozvoji prostorového vidění, smyslu pro vzdálenost, velikost a polohu předmětů. Vývoj všech zrakových funkcí je dokončen do 7 let života dítěte.

Období po narození dítěte je označováno latentní fází senzitivní periody, v tomto období je třeba odhalit a řešit překážky v optické ose (například operace vrozené katarakty). Senzitivní perioda je období do ukončení vývoje oka a binokulárních funkcí. Pokud se v této době onemocní nediagnostikuje a neřeší vzniká amblyopie (tupožrakost).

Vyšetření vizu

Vyšetření vizu (zrakové ostrosti) patří mezi základní vyšetřovací metody, které nás informují o zrakových funkcích pacienta. Pro vyšetření vizu se používají znaky (písmena, číslice, obrazce), které se nazývají optotypy. V současnosti dochází k přechodu od Snellenových optotypových tabulí k tabulím „log Múr“.

Preferential Looking

U malých dětí v preverbálním období, u pacientů s poruchami komunikace a u pacientů s kortikálním postižením zraku používáme ke zjištění vizu test preferenčního vidění (preferential looking – PL) Tato metoda spočívá v prezentaci stimulů v podobě mřížky definované počtem páru černých a bílých pruhů a jeho preferenci před neutrální šedou

plochou. Zaznamenává se fixace oka v závislosti na šířce šrafovaní stimulu. Tam, kde již oko nefixuje, můžeme předpokládat, že šrafovanou plochu vnímá jako souvislou šed'.

K testu preferenčního vidění u nás používáme testy: Teller Acuity Card (obr.1) nebo Lea Gratings (obr.2). Předpokladem úspěšného vyšetření se spolehlivým výsledkem je úplná absence rušivých podmětů například: hluk v místnosti, strach, hlad nebo únava dítěte. Pokud dítě v průběhu vyšetření začne ztrácet pozornost, musíme vyšetření přerušit. Nejprve vyšetřujeme binokulárně, poté oko pravé následně oko levé. Nevyšetřované oko zakryjeme, některé děti se zakrytí oka brání, je tedy nutné vyšetření opakovat a zakrytí oka s dítětem cvičit. Nejlépe tolerují zakrytí nevyšetřovaného oka kojenci ve věku 2 až 3 měsíců. Výsledek se hodnotí podle věku dítěte a dosaženého stimulu.

Při testu Teller Acuity Card je použito šedého pozadí (šedý paravan s průřezem), které nerozptyluje pozornost dítěte. Na jedné straně paravanu je dítě, na straně druhé vyšetřující, který otvorem v liště sleduje pohyb očí dítěte, které fixuje černobílý stimul. Vzdálenost stimulu od očí dítěte je 57 cm. Vyšetřující, ani doprovod dítěte nesmí vidět, na které straně lišty se stimul nachází, mohl by bezděčným pohybem ovlivnit reakci dítěte. Test by měl být koncipován jako hra (obr.3).

Závěr

Vyšetřovací metoda preferenčního vidění je využívána především k diagnostice a sledování vývoje vrozených i získaných onemocnění oka u dětí v preverbálním období. Je součástí komplexní péče, která je poskytována pacientům se zrakovým postižením.

Využití pruhů, jejich kontrastu proti pozadí, úprava barev a tvarů zrakových podmětů je používáno při zrakové stimulaci, která je součástí celkového přístupu k dětem se zrakovým a kombinovaným postižením. Prezentace zajímavých zrakových vjemů je aplikována také u zdravých dětí, toho příkladem je využívání kontrastních vzorů s aplikací černobílé, žlutočerné nebo oranžovočerné na hračkách pro kojence a batolata.

Literatura:

- HROMÁDKOVÁ, L. (1995). *Šilhání*, 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. s. 25 – 35. ISBN 80-7013-207-8
- KRAUS, H. a kol. (1997). *Kompendium očního lékařství*, 1.vyd. Praha: Grada, 1997. s. 37-41. ISBN 80-7169-079-1
- MORAVCOVÁ, D. (2004). *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*, 1.vyd. Praha: TRITON, 2004. s. 32-34, s. 46-52. ISBN 80-7254-476-4

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Králíčková
Oční klinika dětí a dospělých UK 2. LF FN MOTOL
V Úvalu 84
15006 Praha 5
Email: kralickova.jana@fnmotol.cz

Obrázek 1.



Obrázek 2.



Obrázek 3.



OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA S NÁDOROM HLAVY A KRKU

¹Edita Zezulková, ²Andrea Botíková, ²Karin Liptáková

¹Onkologická klinika FN Trnava

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

Súhrn:

Prístup ošetrovateľského personálu v starostlivosti o onkologického pacienta je veľmi náročný. Každý pacient je individuálny a preto si vyžaduje zo strany ošetrovateľského personálu individuálny a jedinečný prístup. Príspevok prezentuje ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s diagnózou nádoru hlavy a krku. Vzhľadom k narušenému obrazu tela sme sa v ošetrovateľskej starostlivosti zamerali najmä na psychickú podporu pacienta.

Kľúčové slová:

ošetrovateľské intervencie, komunikácia, pacient, sestry

Úvod

Epidermálne karcinómy, t.j. zhubné nádory s pôvodom v krycom epiteli, predstavujú viac ako 90 % zhubných nádorov v oblasti hlavy a krku (Poruban et.al., 2008, s. 116). V etiológii malígnych nádorov hlavy a krku zohrávajú úlohu chemické, biologické, fyzikálne a hereditárne vplyvy. Medzi etiologické faktory u väčšiny nádorov hlavy a krku sa zaraďuje fajčenie, alkoholizmus, malnutícia, ale aj nedostatočná hygiena ústnej dutiny. Typický pacient s nádorom hlavy a krku je muž nad 50 rokov, s nižším socioekonomickým zázemím, nesprávnou životosprávu, malhygienou ústnej dutiny, fajčiar, alkoholik, ktorý väčšinu času trávi v nevhodne vetracích a zafajčených priestoroch (Jurga, 2010, s. 849). Liečba pokročilých karcinómov hlavy a krku je multimodálna a hlavnými liečebnými modalitami sú chirurgická liečba a rádioterapia. Chemoterapia sa v liečbe dostala na kvalitatívne vyššiu úroveň v 90 – tých rokoch zavedením platínových derivátov. Zvýšil sa počet dosiahnutých kompletných remisí a dosiahlo sa predĺženie intervalu progresie ochorenia. Novou etapou v liečbe pokročilých karcinómov hlavy a krku sa v súčasnosti stáva použitie monoklonových protilátok. Prognóza sa líši od jednotlivých podtypov a lokalizácií, pokročilosti ochorenia. Podstatné je, že 60 % až 70 % ochorení sa diagnostikuje v pokročilom štádiu. Výsledky liečby pokročilých nádorov sa dlhodobo pohybujú v rozmedzí 0 % až 60 % prežívajúcich 5 rokov, pri výskyte regionálnych metastáz 45 % až 90 % a vzdialených metastáz medzi 10 % až 30 %. Ochorenie a jeho liečba majú devastujúci vplyv na celkový sociálno-zdravotný stav pacienta určujúci kvalitu života (Poruban et al., 2008, s. 116).

Neoddeliteľnou súčasťou liečby o pacienta s diagnózou nádoru hlavy a krku je ošetrovateľská starostlivosť. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná najmä na problémy prameniace z primárneho ložiska nádorového procesu a samotného liečebného procesu. Ošetrovateľské problémy súvisia s poruchou príjmu potravy a tekutín, poruchami dýchania, bolesťou, narušenou komunikačnou schopnosťou, depresiou, sociálnou izoláciou, narušenou integritou kože s pocitom vnímania narušeného obrazu tela. Progresia nádorového procesu spôsobuje hnilobný zápach, ktorý diskriminuje pacienta. Pacient sa vyhýba kontaktu s okolím, ale väčšinou aj kontaktu s rovnako postihnutým pacientom. Rodinný príslušníci taktiež veľmi ťažko znášajú ochorenie svojej blízkej osoby. Často sa stáva, že rodina sa svojim spôsobom dištancuje, pretože samotný pohľad na devastačný výraz tváre, ale aj hnilobný zápach je pre rodinných príslušníkov neznesiteľný. Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s nádorom

hlavy a krku je náročná, nakoľko hnilobný proces je aj pre ošetrovateľský personál nepríjemný.

Kazuistika

V čase stanovenia diagnózy 03/2005, 64 – ročný pacient s diagnózou Ca margo lingue 1. dx., histologicky rohovatejúci epidermoidný CA, G2, tubulárny typ, iníciaľne pT3pN0pMO, t.č T4N0M0. 3/2005 chirurgickú liečbu a externá rádioterapia. 06/2009 lokálna recidíva, aplikovaná chemoterapia – 9. cyklov paliatívnej chemoterapie (Taxol + cDDP), po 8 cykle len sóľo Paklitaxel pre neuropathiu. 03/2011 lokálna recidíva, fistula submentálne vpravo, infiltrácia a patologická zlomenina mandibuly. Pre zhoršené dýchanie a prehĺtanie zavedená tracheostómia, PEG (perkutánná endoskopická gastrostómia). Chirurgicky paliatívny zákrok – odstránenie mandibuly. Momentálne zaradený do štúdiovej liečby Zalutumumabom.

V anamnéze pacienta uvádzaná genetická predispozícia na nádorové ochorenie. Pacient pracoval ako čašník, fajčiar (20 cigariet za deň), alkohol konzumoval pomerne často (najmä pivo a tvrdý alkohol), zanedbával hygienu ústnej dutiny ako aj preventívne prehliadky u stomatólóga. Pre progresiu nádorového procesu vedúcemu k zhoršenému dýchaniu a poruchám príjmu potravy u pacienta zavedená tracheostómia a PEG.

5/2011 pacient prijatý na Onkologickú kliniku v Trnave pre bronchopneumóniu I. dx za účelom intravenózneľ aplikácie ATB (antibiotiká) liečby. Pacient na príjmoveľ ambulancii prejavoval odmietavý postoj k hospitalizácii, avšak po správne vedeneľ formy komunikácie lekára a sestry pacient s hospitalizáciou súhlasil. Po predchádzajúcih negatívnyh skúsenostiach pacient požadoval od ošetrovateľského personálu samostatnú izbu, nakoľko pacient intenzívne pociťoval svoj narušený obraz tela. Uvedomoval si, že narušená integrita koža spôsobuje hnilobný zápach a spolupacienti prejavujú odmietavý postoj byť s ním hospitalizovaní na jednej izbe. Narušený obraz tela v oblasti tváre súvisel s devastačnými zmenami nádorového procesu. Pacient izolovaný v samostatnej izbe, zahájená intravenózna aplikácia ATB pre pretrvávajúcu bronchopnemóniu. Pacient s prejavmi depresie, odmietaním komunikácie s ošetrovateľským personálom si vyžadoval komplexnú starostlivosť ošetrovateľského personálu. Ošetrovateľské intervencie boli zamerané na uspokojenie potrieb pacienta. Sesterský plán starostlivosti sa zameral na hygienickú starostlivosť, zvýšenú hygienu ústnej dutiny, polohovanie pacienta, prevenciu vzniku dekubitov, ošetrovanie PEGu, ošetrovanie a odsávanie z tracheostomickej kanyly, ošetrovanie defektu v oblasti tváre a krku, vyprázdňovanie moču a stolice, starostlivosť o výživu a príjem tekutín, aplikáciu p.o. liekov, aplikáciu ATB i.v. a podpornej liečby, sledovanie vitálnych funkcií, komunikáciu a psychickú podporu pacienta a rodinných príslušníkov. Pacient odmietal p.o. príjem potravy a tekutín, výživa (Nutrison) a tekutiny aplikované do PEGu. Taktiež pacient odmietal perorálnu aplikáciu liekov s nutnosťou náhrady intravenóznou formou. Pacient už dlhšiu dobu pre bolesti nastavený na liečbu silnými opioidmi, aplikovaná transdermálna náplast Fentanyl 100 µg. V súvislosti s aplikáciou silných opioidov sa u pacienta rozvinula obstipácia. Terapia obstipácie spočívala v aplikácii Glycerine supp., Duphalac sirup p.o. Sestry pri jednotlivých ošetrovateľských postupoch komunikovali s pacientom, ten však naďalej odmietal komunikáciu s ošetrovateľským personálom. Negatívnyh prejavmi verbálnej a neverbálnej formy komunikácie prejavoval odmietavý postoj k ošetrovateľskému personálu a aj k návšteve manželky. Z rodinných príslušníkov pacienta navštevovala iba manželka, pre ktorú ochorenie jej manžela bolo psychicky veľmi náročné. Syn prerušil kontakt s pacientom, počas opakovaných hospitalizácií otca nenavštívil. Podporná osoba pacienta – manželka opakovane komunikovala s ošetrojúcih lekárom a sestrami kliniky, prejavovala ľútosť nad momentálnym psychickým stavom svojho manžela. Časom však vhodnou komunikáciou

sestry docielili spätnú komunikačnú väzbu od pacienta, ktorý sa rozhovoril o svojich problémov, hlavne pocit hanby za svoj narušený vzhľad v oblasti tváre. Domnieval sa, že svojim zmeneným vzhľadom upriamuje na seba zvýšenú pozornosť a stáva sa terčom posmechu ľudí. Sestry však pacientovi vysvetlili, že svojim zmeneným vzhľadom v oblasti tváre môže na klinike počas svojej hospitalizácie pociťovať pocit istoty a bezpečia, že nebude upriamovať pozornosť od spolupacientov a ani personálu kliniky. Pacient naďalej udával, že je určite svojej manželke na záťaž a ktorá taktiež pociťuje hanbu za jeho zmenený výraz tváre. Sestry sa pacientovi snažili vysvetliť, že manželka sa trápí nad jeho odmietavým postojom a nepociťuje pocit hanby nad jeho zmeneným vzhľadom (v oblasti tváre). Nakoľko klinika nedisponuje klinickým psychológom, sestry konzultovali psychický stav pacienta s ošetrovúcim lekárom. Pacient bol nastavený psychiatrom na liečbu antidepresívami. Na základe úspešných ošetrovateľských intervencií a vplyvom antidepresívnej liečby prišlo postupom času k psychickej zmene pacienta. Pacient otvorene komunikoval s ošetrovateľským personálom, spolupodielal sa na jednotlivých ošetrovateľských intervenciách, zapájal sa do hygienickej starostlivosti, opäť začal prijímať p.o. lieky a malé množstvo tekutín. Prejavoval aj záujem o spoločenské dianie, sledoval televíziu, ošetrovateľský personál požiadal o zabezpečenie novín a časopisov. Pacient sa prestal sociálne izolovať a začal navštevovať spoločenskú miestnosť pre pacientov. Manželka pacienta prejavila spokojnosť so psychickou zmenou svojho manžela, aj keď signalizovala, že takáto psychická pohoda jej manžela, je iba určitým prechodným stavom. S veľkou pravdepodobnosťou pár dní po príchode do domácej starostlivosti príde opäť k zmene psychického stavu. Pacient po zlepšení klinického stavu bol po troch týždňoch hospitalizácie prepustený do ambulantnej starostlivosti. Kontrola na onkologickej ambulancii za účelom pokračovania v onkologickej liečbe. Manželka pacienta bola edukovaná o potrebnej ošetrovateľskej starostlivosti, ošetrovanie PEGu, aplikovania výživy a tekutín do PEGu, ošetrovanie a odsávanie z tracheostomickej kanyly, ošetrovania defektu v oblasti tváre a krku, aplikácie p.o. liekov. Starostlivosť o pacienta s nádorom hlavy a krku v domácom prostredí je po fyzickej a psychickej stránke náročná. Ako pozitívne možno hodnotiť oporu a ochotu manželky pacienta, ktorá sa o manžela starala v jeho domácom prostredí.

Záver

Nádory hlavy a krku majú v súčasnej dobe mierne stúpajúcu tendenciu. Pokrokom v liečbe týchto nádorov by mohlo byť aj zaradenie vhodných preventívnych programov zameraných najmä na rizikové skupiny obyvateľstva. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná pacientom s nádormi hlavy a krku je náročná. Ošetrovateľský personál sa častokrát stretáva s neochotou a nespoluprácou pacientov na liečebnom procese. Netreba nikdy zabúdať na individualitu pacienta a treba k nemu pristupovať s úctou a rešpektom.

Literatúra

JURGA, E. et al. (2010) *Klinická a radiačná onkológia 1+2*, 1.vyd. Martin : Osveta, 2010, 849 s. ISBN 978-80-8063-302-8.
PORUBAN, D. et al. (2008) Cielená liečba karcinómu hlavy a krku – kazuistika. *In. Onkológia*, 2008, roč. 3 (2) s. 116. ISSN 1803-5345.

Kontaktná adresa:

Mgr. Edita Zezulková
Onkologická klinika FN Trnava
Žarnova 11
917 75 Trnava
Email: edita.zezulkova@gmail.com

PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY STOMIKŮ

Helena Michálková

Katedra ošetřovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v
Českých Budějovicích

Souhrn:

Příspěvek je zaměřen na psychosociální potřeby klienta se stomií. Cílem výzkumu bylo zmapovat současný stav poskytované péče o stomiky. Z analýzy výsledků je zřejmé, že stomie je pro pacienta složitá životní situace. Pro stomika se jedná o zásah do jeho společenského i intimního života. Stomik se s touto situací smiřuje velmi pomalu a velmi bolestně. Proto je kladen důraz na předoperační přípravu, tak aby pacient získal dostatek informací o nové situaci a měl dostatek času se na situaci připravit. Z výzkumu je zřejmé, že většina respondentů má dostatek informací o péči o stomii. Stomici navštěvují nejčastěji stoma sestru, která je informuje o novinkách v péči o stomie. Péče o stomika nekončí po výměně zádržného systému. Je důležité, aby se stomik naučil vyměňovat sáček, ale musí se především naučit se stomií žít. Stomik se velmi často obrací o radu a pomoc právě k sestře, která umí dát odbornou radu a poradit kde stomik najde informace.

Klíčová slova:

Stomie; Stoma sestra; Stomik; Edukační činnost; Potřeba; Holismus; Stoma klub

Úvod:

Populace v České republice je, co do výskytu kolorektálního karcinomu, na předním místě v Evropě. Chirurgická řešení chorob na gastrointestinálním traktu vedou často k dočasné či trvalé stomii. Navíc, vzhledem k vzestupnému trendu, u nás klientů se stomií dále přibývá, v současné době je v ČR kolem osm tisíc těchto klientů. Je proto namístě klást si otázky, zda je v našich současných podmínkách pro takto hendikepované osoby učiněno vše, aby byly satureovány jejich biopsychosociální potřeby a mohly i se stomií vést plnohodnotný život. Stomik je člověk, jehož problém spočívá v inkontinenci stolice, kdy mu chirurg z důvodu onemocnění či úrazu musel vyvést střevo před břišní stěnu. Stomik je pak nucen zachycovat odchod stolice do specializované soustavy sáčků. Situace je to pro člověka velmi stresující, je to mimořádně velký zásah do jeho osobního i společenského života. Zdravotnický tým se však často orientuje pouze na fyzickou péči o stomika a řešení následných sociálních a psychických problémů jsou odsouvány do pozadí. Nežádka se stává, že klient opouští nemocniční zařízení s informacemi jak pečovat o stomii, ale neví, na koho se může obrátit, jaké jsou již existující systémy pomoci vyrovnat se s novou situací, kde najde potřebné informace. (Bubníková, 2007) Ošetřování stomika a rozsah péče je již natolik specializovaný, že vyžaduje kvalifikovaného odborníka, kterého nazýváme: Stoma sestra (nebo stomická sestra či enterostomický terapeut). Tento vysoce specializovaný odborník je s problematikou stomiků dokonale seznámen a je schopen poskytnout jim odpovídající péči a odbornou radu. Stoma sestra dovede stomika nejen ošetřit, ale především poskytuje klientovi odborné rady a pomáhá mu zapojit se zpět do jeho života. Na stoma sestru jsou kladny vysoké nároky. Musí to být vzdělaný zdravotnický profesionál, který má velmi specifické kompetence. Fyzické ošetření stomie, výměna zádržného systému, využití vhodných pomůcek je jen jedna část práce tohoto profesionála. Samotnou výměnu zádržného systému nelze považovat za komplexní holistickou péči o stomika, protože moderním ošetřovatelství chápeme člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální celek. Je proto nutné, aby se stoma sestra zaměřila i na psychickou podporu klienta a do péče o stomika zapojila také jeho rodinu. Edukační činnost je základní pracovní náplní tohoto specialisty. Moderní pedagogika používá termín

kaučování, kdy specialista – edukátor neošetřuje klienta, ale učí ho jak se může ošetřit sám. Samostatnost, nezávislost na okolí je totiž pro klienty základní prioritou. (Michálková, Tóthová, 2009)

Cíl práce:

Cílem práce bylo zmapovat současný stav poskytované zdravotní a sociální péče o stomiky.

- C 1. Zjistit současný stav poskytované zdravotní a sociální péče o stomiky.
- C 2. Zjistit psychosociální problémy stomiků.
- C 3. Zmapovat předoperační i pooperační péči o stomiky.
- C 4. Zjistit, zda měl klient informace a kde je získal.
- C 5. Zjistit změny v životním stylu klienta po vytvoření stomie.

Metodika:

Ke sběru dat bylo realizováno kvantitativní výzkumné šetření pomocí dotazníku. Dotazník byl určen pacientům se stomií na gastrointestinálním a urogenitálním systému. Distribuce dotazníku probíhala za spolupráce se stoma sestrami, s kluby stomiků a na setkání stomiků pořádaných firmami. Dotazníkové šetření bylo provedeno v 16 nemocnicích ve všech krajích České republiky. Výzkumu se zúčastnilo 249 respondentů. Dotazník obsahoval 91 otázek, z toho 58 uzavřených, 21 polootevřených a 12 otevřených otázek. (Bubníková, 2008) U dotazníku byla provedena pilotáž k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a zda rozumějí obsahu všech otázek. Po vyhodnocení pilotáže jsme rozšířili znění několika otázek a doplnili odpovědi o možnost „nevím“. Dotazníkové šetření bylo dobrovolné. Dotazník byl anonymní. (Michálková, Tóthová, 2010)

Výsledky z dotazníků byly podrobeny statistické analýze. Ke zpracování dat byla použita popisná statistika pomocí tabulek, vybraná data byla zpracována pomocí kontingenčních tabulek a dále bylo pomocí testu chí-kvadrát testováno, zda existují v příslušné tabulce nějaké signifikantní rozdíly. (Baštinec, 2009) Dále byly použity dvouvýběrové testy na shodu relativních četností, Kolmogorovův-Smirnovův dvouvýběrový test na posouzení shody dvou empirických distribučních funkcí. Část dat byla testována pomocí Fischerova přesného faktoriálního testu. (Hebák, Hustopecký, 2005) Statistické analýzy byly provedeny za použití standardních statistických metod za použití softwaru SPSS verze 15.0 (statistical package for the social sciences). (Michálková, Tóthová, 2010)

Výzkumný soubor:

Dotazníkovému šetření předcházelo pilotážní šetření. Po vyhodnocení pilotní studie byl dotazník upraven a následně distribuován stomikům za pomoci stoma sester, stomických klubů a na setkání stomiků pořádanými firmami. Dotazníky byly zasílány poštou nebo byly zaneseny na příslušná oddělení. Celkový počet všech rozdaných dotazníků byl 400. Vyplněno bylo 262 dotazníků, z nich bylo 13 pro neúplnost vyřazeno. Vyhodnoceno bylo 249 dotazníků což je 62,5 % návratnost. V dotazníkové akci jsou zastoupeny nemocniční zařízení ze všech krajů České republiky. Dotazníkové šetření proběhlo od května do září 2007. (Michálková, Tóthová, 2010)

Výsledky:

Tab. 1 Věděl respondent, že bude mít po operaci stomii

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	190	76,3	76,3	76,3
	Ne	59	23,7	23,7	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Na otázku, zda věděl respondent, že bude mít po operaci stomii, odpovědělo 76,3 % (190) respondentů ano a 23,7 % (59) respondentů ne.

Tab. 2 Měl respondent možnost se na situaci po operaci připravit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	120	48,2	48,2	48,2
	Ne	129	51,8	51,8	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

48,2 % (120) respondentů, se domnívá, že měli možnost se na situaci po operaci připravit a 51,8 % (129) respondentů, se domnívá, že neměli možnost se na situaci připravit.

Tab. 3 Má respondent podle vlastního názoru v současné době dostatek informací o péči o stomii

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	199	79,9	79,9	79,9
	Ne	1	,4	,4	80,3
	Nevím	49	19,7	19,7	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Na otázku zda má respondent dle vlastního názoru dostatek informací o péči o stomii odpovědělo 79,9 % (199) respondentů ano, 0,4 % (1) respondentů ne a 19,7 % (49) respondentů neví.

Tab. 4 Odebírá respondent časopis pro stomiky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	99	39,8	39,8	39,8
	Ano, Radim	145	58,2	58,2	98,0
	Ano, Zpravodaj slezského klubu	1	,4	,4	98,4
	ILKO	4	1,6	1,6	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

39,8 % (99) respondentů neodebírá žádný časopis pro stomiky, 58,2 % (145) respondentů odebírá časopis Radim, 0,4 % (1) respondentů odebírá Zpravodaj slezského klubu stomiků Ostrava a 1,6 % (4) respondentů odebírá časopis ILKO.

Tab. 5 Čerpá respondent dávky státní sociální podpory

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Částečný invalidní důchod	11	4,4	4,4	4,4
	Plný invalidní důchod	69	27,7	27,7	32,1

	Starobní důchod	132	53,0	53,0	85,1
	Pracovní neschopnost	5	2,0	2,0	87,1
	Dávky na zvýšené životní náklady	25	10,0	10,0	97,2
	Ne	7	2,8	2,8	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

4,4 % (11) respondentů má částečný invalidní důchod, 27,7 % (69) respondentů má plný invalidní důchod a 53 % (132) respondentů je ve starobním důchodu. 2 % (5) dotazovaných jsou v pracovní neschopnosti a 2,8 % (7) respondentů nečerpá žádné dávky státní sociální podpory. 10 % (25) respondentů čerpá dávky na zvýšené životní náklady. Tuto část respondenti konkretizovaly, které dávky na zvýšené životní náklady čerpají 0,8 % (2) respondentů uvedlo příspěvek na pomůcky 200,-, 0,8 % (2) respondenti uvedli příspěvek na praní prádla 100,-, 2 % (5) dotazovaní dostávají příspěvek na čisticí prostředky 200,-, 1,6 % (4) respondentů čerpají dávky na zdravotní hygienu, 2,4 % (6) respondenti uvedli částku bez popisu 200,-, 0,4 % (1) respondent označil dávku jako bezmocnost I. stupeň, 0,4 % (1) respondentů čerpá příspěvek na bydlení a 1,6 % (4) respondentů označili příspěvek na ošacení 200,-.

Tab. 6 Domníváte se respondent, že stomik má právo na sociální výhody

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	192	77,1	77,1	77,1
	Ne	8	3,2	3,2	80,3
	Nevím	49	19,7	19,7	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Na otázku zda má právo stomik na sociální výhody odpovědělo 77,1 % (192) respondentů ano, 3,2 % (8) respondentů ne a 19,7 % (49) respondentů nevím.

Tab. 7 Může respondent provádět všechny aktivity jako před operací

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	47	18,9	18,9	18,9
	Ne	157	63,1	63,1	81,9
	Nevím	45	18,1	18,1	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Na otázku, zda může respondent provádět všechny aktivity jako před operací, odpovědělo 18,9 % (47) respondentů ano, 63,1 % (157) respondentů ne a 18,1 % (45) respondentů neví.

Tab. 8 Omezuje stomie respondenta v pohybu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	15	6,0	6,0	6,0
	Spíše ano	138	55,4	55,4	61,4
	Nevím	12	4,8	4,8	66,3
	Spíše ne	54	21,7	21,7	88,0
	Ne	30	12,0	12,0	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Na otázku zda omezuje stomie respondenta v pohybu odpovědělo 6 % (15) respondentů ano, 55,4 % (138) respondentů spíše ano, 4,8 % (12) respondentů nevím, 21,7 % (54) respondentů spíše ne a 12 % (30) odpovědělo ne.

Tab. 9 Jak přijal stomii respondentův partner

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nemám partnera	41	16,5	16,5	16,5
	Důstojně	8	3,2	3,2	19,7
	Nevadí mu to	12	4,8	4,8	24,5
	Respektuje to	10	4,0	4,0	28,5
	Dobře	108	43,4	43,4	71,9
	Neumím popsat	12	4,8	4,8	76,7
	Smutný (á)	1	,4	,4	77,1
	Je rád (a), že žije	11	4,4	4,4	81,5
	Nemoc mě rozvedla	5	2,0	2,0	83,5
	Moc mi pomáhá	18	7,2	7,2	90,8
	Byl to pro něj šok	17	6,8	6,8	97,6
	Lituje mě	1	,4	,4	98,0
	Vzal (a) to na vědomí	5	2,0	2,0	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje reakce partnerů na skutečnost, že má respondent stomii. 16,5 % (41) respondentů uvedlo, že nemá partnera. 3,2 % (8) respondentů označilo, že jejich partner přijal skutečnost důstojně a 4,8 % (12) respondentů uvedlo, že stomie partnerce či partnerovi nevadí. 4 % (10) respondentů označilo, že partner stomii respektuje, 43,4 % (108) respondentů označilo, že partner přijal stomii dobře, 4,8 % (12) respondentů neumí popsat jak reagoval jejich partner na skutečnost, že mají stomii, 0,4 % (1) respondent označil, že jeho partner byl smutný a 4,4 % (11) respondentů uvedlo, že jejich partner je rád (a), že žije. 2 % (5) respondentů uvedlo, že je nemoc rozvedla, 7,2 % (18) respondentů uvedlo, že jim partner moc pomáhá a 6,8 % (17) respondentů charakterizovali reakci partnera jako šok. 0,4 % (1) respondentů uvedlo, že je partner lituje a 2 % (5) respondentů vypsalo, že jejich partner vzal stomii na vědomí.

Tab. 10 Ví respondent o existenci stomických klubů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	151	60,6	60,6	60,6
	Ano, ale velmi málo	40	16,1	16,1	76,7
	Nevím	36	14,5	14,5	91,2
	Nezajímají mne	22	8,8	8,8	100,0
	Total	249	100,0	100,0	

60,6 % (151) respondentů uvedlo, že vědí o existenci stoma klubů, 16,1 % (40) respondentů o stoma klubech ví, ale jen velmi málo, 14,5 % (36) respondentů volilo odpověď 'nevím' a 8,8 % (22) respondentů nezajímá existence stoma klubů.

Diskuse:

Pro stomika je důležitá předoperační příprava

V této části výzkumu nás zajímalo, zda byl klient na nově vzniklou situaci připraven a zda lze klienty na tak náročnou situaci připravit. 76,3 % respondentů uvedlo, že věděli že jim bude při operaci vyšita stomie. (viz. Tab. 1) Ostatní klienti prodělali akutní výkon, bez možnosti přípravy či o eventualitě stomie nevěděli. Stomie je náročná situace, na kterou je velmi obtížné klienty připravit, ale jistě je lepší předejít šoku, který může mít klient po operaci, který nevěděl, že může mít po operaci stomii. (Pontieri-Lewis, 2006) Po té co bylo 57 % klientům podávané informace o stomii před operací, 48,2 % respondentů kladně odpovědělo na otázku, že mělo možnost se na novou situaci připravit. (viz. Tab. 2) Díky informacím bylo připraveno jen 17,3 % respondentů a 39,8 % částečně. U 18,1 % respondentů vedlo seznámení s problematikou ke snížení strachu a u jen 26,9 % částečně. (Michálková, Tóthová, 2010) Analýza dat ukázala, že existuje statisticky významný vztah mezi předoperační přípravou pacienta a snížením strachu pacienta z života se stomií, proto se oprávněně domníváme, že informovanost pacienta před operací pomáhá snížit vnímání strachu z života se stomií. Dále se nám podařilo prokázat vztah mezi tím, jak pacient vnímá možnost se na situaci po operaci připravit a tím, zda jej před operací navštívila stoma sestra. Potvrdila se teze, že stomik se mohl na situaci připravit, protože ho navštívila stoma sestra.

Stomik má informace o péči o stomii

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti mají dostatek informací o péči o stomii. 79,9 % respondentů uvedlo, že v současné době má dostatek informací v oblasti péče. (viz. Tab. 3) Nejčastěji stomici dostávají informace o novinkách od stoma sester (74,3 %). Dále respondenti získávají informace ze stomických časopisů. 58,2% respondentů odebírá časopis „Radim“, ve kterém získávají informace o novinkách v péči o stomii. (viz. Tab. 4) (Michálková, Tóthová, 2010) V této části jsme zjišťovali, zda se liší informovanost stomiků dle délky života se stomií. Zde se podařilo prokázat vztah mezi délkou života se stomií a názorem respondenta na to, zda dostával dostatek informací o tom, jak pečovat o stomii. Vzhledem k pozorovaným četnostem je patrný trend ve zlepšování informovanosti lidí, kteří byli operováni v nedávné minulosti, což podporuje náš předpoklad, že stomik, který má stomii déle jak 15let, nedostal dostatek informací jak pečovat o stomii. Podařilo se prokázat vztah mezi délkou života se stomií a tím, zda měl respondent podle svého vlastního názoru před propuštěním do domácího ošetřování dostatek informací.

Stomik nemá informace o možnosti čerpání sociálních dávek

Zjišťovali jsme, zda má stomik dostatek informací i v oblasti čerpání sociálních dávek. Pouze 10,4 % respondentů uvedlo, že bylo informováno o sociálních službách. V této části výzkumu je patrné, že polovina respondentů (53 %) čerpá starobní důchod. (viz. Tab. 5) Různé dávky na zvýšené životní náklady čerpá pouze 10 % respondentů. Jsou to nejčastěji příspěvky na hygienu, ošacení či bydlení ve výši 200 Kč. Tento příspěvek byl v současné době zrušen. Většina dotazovaných stomiků (77,1 %) se domnívá, že stomik má právo na sociální výhody a bohužel nadpoloviční většina (viz. Tabulka 6) (60,6 %) odpověděla, že je o možnostech čerpání sociálních dávek nikdo neinformoval. (Michálková, Tóthová, 2010) 26,5 % respondentů informovala stoma sestra, 6 % respondentů získalo informace ve stomickém klubu a 1,2 % respondentů získalo informace v časopisu „Radim“. Pokud by stomik měl možnost čerpat nějaké sociální výhody byly by to ve 34,1 % vyšší finanční podpora, 23,3 % možnost parkování pro invalidy či užívání slev v MHD, 40,2 % respondentů by si přálo příspěvky na ošacení a hygienu (příspěvky na zvýšené životní náklady) a 1,2 % respondentů se domnívá, že má právo na průkaz ZTP.

Stomik nemůže provádět aktivity jako před vytvořením stomie

Porrett uvádí, že stomie významně naruší životní styl stomika. (Porrett, McGrath, 2005) Z analýzy této části je patrné, že 18,9 % respondentů může provádět všechny aktivity jako před operací, 63,1 % respondentů nemůže provádět všechny aktivity jako před operací. (Michálková, Tóthová, 2010) (viz. Tab. 7) 8,8 % respondentů sportuje stejně jako před stomií, 24,1 % respondentů sportuje, ale méně jak před vytvořením stomie. 62,7 % nemůže kvůli svému zdravotnímu stavu sportovat vůbec. 61,4 % respondentů uvedlo, že je stomie omezuje v pohybu. (viz. Tab. 8) Mezi důvody proč stomici nesportují uváděli nejčastěji strach ze selhání pomůcky, komplikace stomie. Stomik nemusí výrazně omezit fyzické aktivity jako je sport, záliby a koníčky. Jen musí vyloučit aktivity, při kterých zatěžuje neúměrně břišní svalstvo jako je zvedání těžkých břemen. (Juřeníková, Hůstková, 1999) 63,5 % stomiků odpovědělo, že stomie jim nenarušila možnost pěstování koníčků a zálib. Do společnosti chodí 43,8 % respondentů a 50,2 % respondentů do společnosti nechodí. Cestovní aktivity stomie nenarušila 24,5 % respondentů. Dle Markové je cílem stoma sestry dovést klienta do takové kvality života, kdy je schopen strávit každý den na vrcholu svých možností, při zachování aktivity a pozitivních sociálních vztahů. (Marková, 2006) Novák doporučuje návrat stomika do zaměstnání, pokud jeho práce není spojená s vysokou tělesnou námahou. (Novák, Zemanová, 1987) Ekonomicky aktivní je pouze 10 % respondentů z výzkumného souboru. Polovina dotazovaných (58,6 %) jsou starobními důchodci a třetina (30,1 %) jsou v invalidním důchodu.

Stomie nenarušila stomikovi partnerský život

Mnoho pacientů žilo do operace aktivní sexuální život a po operaci nemají dostatek informací, mají psychické i fyzické problémy, za které se stydí a obávají se o nich zmínit. Sexuální problematika bývá v rozhovorech se zdravotníky opomíjena. Ve výzkumném souboru 56,6 % respondentů žije s partnerem či manželem/manželkou, 18,9 % žije s chotěm a dětmi a 15,7 % respondentů žije samo. (Michálková, Tóthová, 2010) 53 % respondentů uvedlo, že stomii přijala jeho rodina velmi dobře, další reakce byly většinou velmi pozitivní např. ohleduplně, respektují situaci, klidně, statečně. 16,5 % respondentů nemají partnera, 43,4 % respondentů uvedlo, že jejich partner přijal stomii velice dobře, bohužel 2 % respondentů uvedlo, že stomie vedla k rozchodu s partnerem. (viz. Tab. 9) Dle Markové psychická odezva na stomii může být pocity méněcennosti, znetvoření a u žen pocit ztráty ženskosti. To může vést k vyhýbání se společnosti až ke společenské izolaci. (Marková, 2006) Proto je důležitá podpora rodiny a vědomí stomika o pevném chápajícím zázemí. 74,3 % respondentů ukázalo stomii rodinným příslušníkům a 25,7 % respondentů neukázalo. 74,7 % respondentů označilo, že po vyšetření stomie se v jejich rodině nic nezměnilo. 21,3 % respondentů označilo, že mu stomie velmi narušila partnerský vztah. 59,8 % respondentům stomie vztah nenarušila. Intimním životem žije stejně jako před operací 14,1 % respondentům a 65,1 % respondentů intimně vůbec nežije.

Stomie zatěžuje stejně ženy jako muže

Výzkumný soubor tvořilo 43,4 % žen a 56,6 % mužů. Zajímalo nás, zda stomie zatěžuje více ženy než muže. Předpokládali jsme větší ostych při svlékání u žen a tak jsme definovali předpoklad, že spíše ženy neukáží stomii svým blízkým. Zde analýza neprokázala vztah mezi pohlavím respondenta a tím, zda ukázal stomii svým rodinným příslušníkům. Ani pohlaví respondenta neovlivní, zda respondenti informují své přátele. Předpoklad, že muži informují své přátele častěji, než ženy se nepodařilo prokázat. Dále se nepodařilo se prokázat, že by muži měli větší obtíže se naučit ošetřovat svou stomii ve srovnání se ženami. Výsledky jsou překvapující, protože bylo zjištěno, že naopak ženy častěji odpovídaly, že měly větší problémy se naučit ošetřovat svou stomii ve srovnání s muži. Wade ve své rozsáhlé studii

uvádí, že ženy se na stomii adaptují hůře, ale nezjistila signifikantní rozdíly mezi tím jak muži a ženy vnímají kvalitu života a sociální omezení. (Wade, 1989) V další analýze se nepodařilo se prokázat, že by stomie zatěžovala muže více fyzicky než ženy, ani to, že stomie zatěžuje psychicky ženy více než muže. Výzkum neprokázal, že provedená stomie zásadněji změnila život ženám ve srovnání s muži. Také vztah, že by muži ve větší míře tvrdili, že mohou provádět stejné činnosti jako před operací ve srovnání s názorem žen, se nepodařilo prokázat.

Stomie zatěžuje stejně ileostomiky jako kolostomiky

Předpokládali jsme, že ileostomie zasáhla do života stomika výrazněji jak kolostomie. Statistická analýza neprokázala, že ileostomici vnímají výraznější zásah do života ve srovnání s kolostomiky. Naopak překvapujícím zjištěním bylo, že kolostomici odpovídali častěji než ileostomici, že jim stomie zásadně ovlivnila život. Kolostomici také uváděli delší dobu rekonvalescence než ileostomici. Dále se nepotvrdil předpoklad, že respondent s ileostomií musel častěji měnit svůj šatník v porovnání s kolostomikem. Ani předpoklad, že ileostomici mají více omezení v příjmu potravy, se nepotvrdil. Aktuální limity pojišťoven na stomické pomůcky vyhovují ve stejné míře kolostomikům jako ileostomikům. Přesto analýza potvrdila, že kolostomici jsou spokojenější s nabídkou stomických pomůcek na českém trhu více, nežli ileostomici. Také na sportovní aktivitu stomika nemá vliv, zda má stomik kolostomii či ileostomii. Omezení v pohybových aktivitách vnímají stejně tak kolostomici jako ileostomici.

Stomici nepovažují návštěvy stomického klubu za přínosné

Významnou roli a pomoc stomikům mohou sehrávat stoma kluby. Kluby organizují odborné přednášky lékařů, stoma sester, sexuologů a dalších odborníků. (Otradovcová, 2006) Marková spatřuje význam klubů v opětvovaném získání sebedůvěry, kterému mohou sloužit kulturní a společenské akce a v neposlední řadě vzájemná výměna zkušeností. (Marková, 2006) O existenci klubů ví 76,7 % respondentů, ale klub navštěvuje pouze 28,1 % dotázaných a jen 26,9 % je členem klubu. (viz. Tab. 10) 10,8 % respondentů navštěvuje klub nepravidelně a 17,3 % pravidelně. 29,3 % respondentů uvedlo, že v jejich okolí žádný klub není a proto by si 15,3 % dotázaných přálo, aby v jeho okolí vznikl stoma klub. 42,6 % respondentů nemá o návštěvy stoma klubu zájem a 19,7 % respondentů uvedlo, že pro ně není přínosné setkávat se s ostatními stomiky. 59 % dotazovaných z výzkumné studie Wade uvádí, že stomici nevěděli o existenci klubů a pouze jedna čtvrtina dotázaných se o stoma kluby zajímala. Mezi důvody proč respondenti v této studii nemají zájem o návštěvu klubů, byla uváděná vzdálenost a také představa respondentů, že v klubu stomici společně jen nařikají. (Wade, 1989) Proto nás zajímalo, zda stomici z našeho souboru vědí, jaké funkce stoma kluby mají. Jen 18,9 % respondentů neví nebo nemá zájem zjišťovat jaké funkce má stoma klub. Nejčastěji respondenti uváděli, že mezi funkce klubu patří, podávat stomikům informace a pomáhat jim. To potvrzuje zjištění, že na otázku kde stomik získává informace o novinkách 21,3 % z nich uvedla jako zdroj právě stoma klub. 29,3 % respondentů se účastní akcí pořádaných stomickým klubem a 44,6 % dotázaných uvedlo, že je pro ně přínosné setkávat se s ostatními stomiky. Kluby stomiků poskytují řadu důležitých informací a praktických zkušeností. Kreml uvádí, že důležitá je zejména psychická podpora. Někteří lékaři a sestry bohužel považují organizace stomiků za zbytečné a nepotřebné. (Kreml, 2008)

Závěr:

Výzkum byl zaměřen na problematiku uspokojování potřeb klienta se stomií. Cílem výzkumu bylo zjistit psychické a sociální potřeby stomiků a zmapovat současný stav poskytované péče o stomiky. V kvantitativní výzkum byl realizován dotazníky. Dotazník byl určen stomikům, obsahoval 91 otázek a výzkumu se zúčastnilo 249 respondentů. (Michálková, Tóthová, 2010)

Z analýzy výsledků je zřejmé, že stomie je pro klienta závažnou životní situací. Je to pro stomika zásah do jeho společenského i intimního života. Klient se s touto situací smiřuje velmi pomalu a velmi bolestně. Proto je kladen důraz na předoperační přípravu, aby klient měl dostatek informací o nové situaci a měl dostatek času se na situaci připravit. Z výzkumu je zřejmé, že většina respondentů má dostatek informací o péči o stomii. Stomici navštěvují stoma sestru, která je nejčastěji informuje o novinkách v péči o stomie. (Michálková, Tóthová, 2010) Bohužel už nemají dostatek informací o sociálních službách a sociálních dávkách. Výzkum prokázal, že sociální složka je odsunuta na pozadí. Péče o stomika nekončí po výměně zádržného systému. Je důležité, aby se stomik naučil vyměňovat sáček, ale musí se především naučit se stomií žít. Sestra by měla umět nejen ošetřit stomii, ale i vědět základní informace o tom jak řešit psychosociální problémy svých pacientů. Z této části výzkumu vyplývá, že dotazovaní nemají dostatek informací v této oblasti, přesto je většina klientů spokojena. Stomie je vážný zásah do životního stylu pacienta. Dotazovaní stomici se cítí být stomií omezení ve fyzických aktivitách, v cestování a v možnosti pěstovat své záliby a koníčky. Většina respondentů nespoutuje, protože mají strach ze selhání pomůcky a stomie jim brání v pohybu. Většina dotazovaných odpověděla, že stomii přijal jejich partner velmi dobře. V další analýze jsme hledali vztah mezi pohlavím a způsobem, kterým je stomie zatěžuje. Předpokládali jsme, že stomie zatěžuje ženy víc než muže. Statistická analýza toto zjištění nepotvrdila. Dále jsme předpokládali, že ileostomie zasáhla do života stomika výrazněji jak kolostomie. Mapovali jsme omezení ve stravování, oblékání, ve sportu a při cestování. Statistická analýza neprokázala, že respondenti s provedenou ileostomií vnímají výraznější zásah do života ve srovnání s respondenty, kteří prodělali kolostomii. Významnou roli a pomoc stomikům mohou sehrávat stoma kluby. Přestože respondenti o klubech stomiků vědí a znají i jejich funkci o návštěvy klubů nemají dotazovaní příliš zájem.

Literatura:

- BAŠTINEC, J. *Statistika, operační výzkum, stochastické procesy*. Skripta FEKT VUT v Brně, Brno 2009.
- BUBNÍKOVÁ, H. *Psychosociální problémy stomiků*, Zdravotnictvo a sociální práce, roč. 2, č.3, 2007, s. 19, Safienta SR, ISSN 1336-9326
- BUBNÍKOVÁ, H. *Holistická péče o klienta se stomií* IN: Sborník příspěvků IX. Studentská vědecká konference. Ostrava: ZSF OU, s. 25-26. 2008. ISBN 978-80-7368-502-7
- HEBÁK, P., HUSTOPECKÝ, J., MALÁ, I. *Vícerozměrné statistické metody* [2]. Praha : Informatorium, 2005.
- JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V. *Ošetřovatelství*. 1. část. 2. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 228 s. bez ISBN.
- KREML, P. *Jak se žije se stomií*. Zdravotnické noviny 39/2008 str. 20-21.
- MARKOVÁ, M. *Stomie gastrointestinálního a močového traktu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 68 s. ISBN 80-7013-434-8.
- MICHÁLKOVÁ, H., TÓTHOVÁ, V. *Kompetence stomických sester v České republice*. Ošetřovatelství. Hradec Králové: Lékařská fakulta UK. 2009. č. 1-2. s.17-22. ISSN 1212-723X.
- MICHÁLKOVÁ, H., TÓTHOVÁ, V. *Psychosocial problems of stoma clients*. Journal of Nursing, Social Studies and Public Health. ZSF JU. 1-2. 2010 ISSN 1512-0651.
- NOVÁK, J., ZEMANOVÁ, J. *Ošetřování stomií*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 56 s. ISBN 08-037-87.
- OTRADOVCOVÁ, I., KUBÁTOVÁ, L. et al. *Komplexní péče o pacienta se stomií*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 54 s. ISBN 80-7262-432-6.

PONTIERI-LEWIS, V. Basics of ostomy care. *Medsurg Nursing*. 2006, roč.15, č. 4. s. 199-202. ISSN 10920811.

PORRETT, T., McGRATH, A. *Stoma care*. Oxford: Blacwell Publisching, 2005. 184 s. ISBN 1-4051-1407-X.

WADE, B. *A stoma is for life*. 1. vyd. London: Scutari press, 1989. 219 s. ISBN 1-871364-06-X.

Kontaktní adresa:

Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství U Výstaviště 26

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

Email michalkova.hela@seznam.cz

ZÁVISLOST NA UMELEJ PLŮCNEJ VENTILACIÍ – A ČO ĎALEJ? PROCES PRECHODU PACIENTA ZÁVISLÉHO NA UMELEJ PLŮCNEJ VENTILACIÍ DO DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI

Eva Hrenáková

Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

Súhrn:

Autor predkladá pohľad na proces prechodu pacienta závislého na umelej pľúcnej ventilácii z kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny do domácej starostlivosti. Je to prechod náročný a zdĺhavý, a to nie iba pre pacienta, ale aj pre jeho rodinu. Rodina sa musí naučiť starať o svojho príbuzného, o dýchací prístroj, musí vedieť poskytnúť prvú pomoc. Chceli by sme poukázať na spôsoby starostlivosti o pacienta, ktorý je závislý na umelej pľúcnej ventilácii. Každý z týchto pacientov je iný a vyžaduje špecifickú starostlivosť. Týmto by sme chceli povzbudiť aj rodiny postihnutých, aby to vyskúšali. Predsa všade sa vyzdvihuje vplyv psychiky človeka na zdravotný stav a človek sa najprirodzenejšie cíti vo svojom prirodzenom prostredí, aj keď podmienky sú iné. A nikde nie je napísané, že prirodzené prostredie nemôže na chorého vplývať tak, že sa mu polepší a prípadne, že časom na umelej pľúcnej ventilácii závislý vôbec nebude a že bude môcť začať žiť normálny a plnohodnotný život.

Kľúčové slová:

Umelá pľúcna ventilácia, Domáca starostlivosť, Pacient, Rodina

Úvod

Už nie jedenkrát sa stalo, že naši pacienti na klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny zostali z akejkolvek príčiny závislí na umelej pľúcnej ventilácii, ale po stabilizovaní stavu, už v podstate nemali u nás na oddelení, čo robiť. Nie kvôli nám, ale najmä kvôli poisťovni. Ak pacient nepatrí na oddelenie intenzívnej starostlivosti, poisťovňa tlačí, aby bol preložený, lebo náklady za jeho starostlivosť sú zbytočne vysoké. Zväčša veľmi dlho trvá, kým takéhoto pacienta zostabilizujú a v dnešnej dobe je možné aj takéhoto pacienta si zobrať domov, a tam sa o neho starať. V prvom rade je však nutné naučiť rodinu, ako sa správne starať o svojho príbuzného a o jeho dýchací prístroj, ako ho správne ošetriť a ako mu správne poskytnúť prvú pomoc.

Chceli by sme, aby príspevok slúžil ako akýsi návod pre ľudí, ktorí sa ocitnú pred rozhodnutím, čo s takto postihnutým príbuzným. Ako si upraviť domov, keď sa chcú o neho starať a ako sa vlastne o neho starať, ako mu poskytnúť okrem starostlivosti aj lásku rodiny a teplo rodinného krbu. My si myslíme, že je potrebné využívať aj pomoc psychológa, pretože takáto zmena v rodine a jej živote je dosť zásadná a do istej miery aj obmedzujúca. A časom v každej rodine dôjde k tomu, že prestanú fungovať prirodzené väzby a starostlivosť o postihnutého je braná ako povinnosť a nutnosť. Komunikácia zväčša viazne a život v takejto rodine sa stane neznesiteľným.

Proces prechodu pacienta závislého na umelej pľúcnej ventilácii do domáceho prostredia

Prechod pacienta závislého na umelej pľúcnej ventilácii (ďalej len UPV) je veľmi náročný a zložitý. Najhoršie na celom procese je získať súhlas a dohodu s poisťovňou. Nemenovaná slovenská poisťovňa si domácu pľúcnu ventiláciu (DUPV) definuje ako liečebnú metódu

vyhradenú pre najťažšie prípady pľúcnych, ale častejšie neurologických ochorení, spojených s respiračným zlyhaním. DUPV je náročná na finančnú, lekársku i ošetrovateľskú starostlivosť. V súčasnosti je posúdenie, odsúhlasenie liečby a jej zabezpečenie v kompetencii generálneho riaditeľstva poisťovne. Keďže ide o súbor dlhodobo používaných finančne náročných zdravotných pomôcok, uzatvára poisťovňa s pacientom Dohodu o používaní zdravotníckej pomôcky. Niektorí pacienti sú liečení prístrojmi, ktoré poisťovňa zakúpila a niektorí majú pomôcky prenajaté.

Poisťovne rozlišujú:

NIPPV – ventilačná podpora formou kontinuálneho pozitívneho pretlaku s dvoma rôznymi úrovňami – BiPAP alebo formou intermitentného pozitívneho pretlaku – IPPB – sa používa pri závažnejších poruchách dýchania z rôznych chorobných príčin. Novodiagnostikovaní pacienti po indikovaní v zmluvnom pracovisku, oprávnenom na jeho doporučenie, sú vzhľadom na veľký počet požiadaviek a limitovaný počet zmluvne prenášaných prístrojov, zaraďovaní podľa závažnosti ochorenia do poradovníka (po splnení všetkých indikačných kritérií v zmysle Metodického odporúčania hlavného odborníka MZ SR pre odbor pneumológia a ftizeológia). Posúdenie, odsúhlasenie liečby je v kompetencii generálneho riaditeľstva poisťovne. Liečba je zabezpečovaná formou prenájmu prístrojov. Poisťovňa uhrádza každý deň používania prístroja (s výnimkou, ak sa pacient stane odkázaný na technicky náročnejšiu ventilačnú podporu). Pacient musí dodržiavať liečebný režim, inak je poisťovňa oprávnená mu prístroj odobrať.

Ventilačná podpora formou kontinuálneho pozitívneho tlaku generovaného prístrojom (CPAP) - sa používa pri poruchách dýchania z rôznych chorobných príčin najmä v spánku. Novodiagnostikovaní pacienti po indikovaní v zmluvnom pracovisku, oprávnenom na jeho doporučenie sú vzhľadom na veľký počet požiadaviek a limitovaný počet zmluvne prenášaných prístrojov, zaraďovaní podľa závažnosti ochorenia do poradovníka (po splnení všetkých indikačných kritérií v zmysle Metodického odporúčania hlavného odborníka MZ SR pre odbor pneumológia a ftizeológia.) Posúdenie, odsúhlasenie liečby je v kompetencii generálneho riaditeľstva poisťovne. Liečba je zabezpečovaná formou prenájmu prístrojov. Poisťovňa uhrádza každý deň používania prístroja (bez ohľadu na to, či je pacient medzičasom v nemocnici- výnimka je, ak sa pacient stane odkázaný na technicky náročnejšiu ventilačnú podporu). Pacient musí dodržiavať liečebný režim, inak je poisťovňa oprávnená mu prístroj odobrať.

Proces prechodu vystihuje nasledovná schéma

ARO – PACIENT – LEKÁR – RODINA – POISŤOVŇA – ADOS/ súkromná starostlivosť

Podnet na prepustenie pacienta závislého na UPV dávajú lekári na oddeleniach intenzívnej medicíny. Lekár by mal pacientovi aj rodine vysvetliť dôkladne celý postup, mal by ich pripraviť na možné prekážky a komplikácie. Pacient by mal mať spolu s rodinou čas na dôkladné premyslenie. Ak sa rodina s pacientom dohodne, že chcú vyskúšať domácu starostlivosť, začne sa rodina učiť zabezpečovať všetky potreby pacienta, v prvom rade odsávať pacienta z dýchacích ciest, poskytovať prvú pomoc, obsluhovať dýchací prístroj, poskytovať komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Po zvládnutí všetkých potrebných činností prichádzajú na rad administratívne záležitosti. Rodina požiadava písomnou formou vedenie daného zdravotníckeho zariadenia o prepustenie príbuzného do domáceho prostredia. Ak vedenie žiadosť schváli, rodina podpisuje informovaný súhlas. Potom prichádza na rad žiadosť zdravotníckeho zariadenia, konkrétne lekára anestéziológa a intenzivistu o možnosť poskytovať DUPV. Zdravotné poisťovne majú na tieto účely vypracované formuláre, čo podstatne skracaie priebeh vybavovania. Žiadosť obsahuje aj návrh na vybavenie prístrojovou

technikou (potřebný ventilátor případne s kyslíkovým koncentrátorem, inhalátorom, odsávačka, pulzný oximeter, ambu-vak, polohovateľnú posteľ a antidekubitárnym matracom, odsávacie katétre, odberové pomůcky a iné pomůcky). Tu nastáva pre rodinu celý kolotoč vybavovania s poisťovňami a príslušnými lekármi na predpis pomôcok (otorinolaringológ, lekár FRO, posudkový a revízny lekár, neurológ, urológ, gastroenterológ...). Do procesu prechodu do domáceho prostredia môže rodina zapojiť aj agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti alebo súkromnú osobu, prípadne zapojiť sociálnu starostlivosť.

Pred prepustením pacienta je potrebné skontrolovať pripravenosť domáceho prostredia, funkčnosť prístrojov, kontaktovať praktického lekára, nahlásiť rodinu do elektrárni a na dispečing Rýchlej zdravotnej služby.

DOMÁCA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA ZÁVISLÉHO NA UMELEJ PĽÚCNEJ VENTILÁCIÍ

Je mnoho prípadov, keď pacienti z oddelení intenzívnej starostlivosti sa nedajú odpojiť od dlhodobej umelej pľúcnej ventilácie. Ak je pacient stabilizovaný a intenzívnu starostlivosť už nepotrebuje, personál oddelenia sa dohaduje s príbuznými, či sú schopní sa naučiť starať o takéhoto príbuzného a zobrať si ho domáceho prostredia. Ak nie sú ochotní alebo spôsobilí (pokročilý vek, zmyslové, fyzické postihnutie...) takúto starostlivosť svojmu príbuznému poskytovať, personál po stabilizácii stavu musí pacienta preložiť na iné oddelenie (najčastejšie interné, chirurgické alebo neurologické JIS-ky) alebo do špeciálneho zariadenia (môže ním byť aj zariadenie sociálnych služieb, ale s potrebným vybavením a starostlivosťou, alebo iné strediská). Ak má pacient odísť do domáceho prostredia, personál mu zavedie TRS kanylu dvojplášťovú (tzv. hovoriaca) s tesniacim balónikom, aby hlien, sliny a potrava nezatekali do dýchacích ciest. Kanylu treba vymieňať podľa potreby, ale minimálne aspoň raz ročne. Ak je pacient v domácom prostredí, riadi sa pokynmi ošetrojúceho personálu.

Úprava domáceho prostredia

Pokiaľ je vybavený preklad pacienta závislého na UPV do domáceho prostredia, je potrebné, aby rodina zabezpečila úpravu domáceho prostredia. Je potrebný bezbariérový prístup, bezbariérová kúpeľňa a WC. Je to závislé aj od toho, ako je pacient postihnutý. Ak je trvalo ochrnutý úprava nemusí byť bezbariérová a všetka starostlivosť sa môže poskytovať na posteli. Ak je pacient schopný presúvať sa na vozíku, treba prostredie upraviť a podporovať ďalej jeho sebestačnosť. Posteľ pacienta by mala byť polohovacia, aby sa predišlo spolu s aktívnym polohovaním a rehabilitáciou prevenciam z imobility. Príbuzní musia vybaviť a zariadiť domácnosť tak, aby pacient mal vlastný priestor. Musia zabezpečiť miesto na ventilátor, musia si zabezpečiť fungujúce odsávačky na hlien, podávkové kliešte na manipuláciu so sterilnými odsávacími katétami pri odsávaní pacienta, funkčným ambu-vakom pre prípad nutnosti predýchať pacienta, vybaviť si jeho okolie aj intravenóznymi katétami, ihlami, striekačkami, predlžujúcimi hadičkami, infúznymi súpravami, infúznymi roztokmi, liekmi prvej pomoci, odberovými skúmavkami, sterilnými štvorcami, obvazmi, polohovacími pomôckami, pomôckami na zabezpečenie okruhu ventilátora pri bežných aktivitách pacienta. Dôležité je zabezpečiť si dostatok antibakteriálnych filtrov, náhradné okruhy ventilátora, sterilné rúšky, sterilné rukavice. Potrebná je aj nádoba so sterilnou vodou a nejakým dezinfekčným prostriedkom (chloramín) na preplachovanie odsávacej hadice, ktorá spája odsávačku so sterilným odsávacím katétom. Dôležité je mať k dispozícii aj pulzný oximeter na sledovanie saturácie hemoglobínu kyslíkom.

Starostlivost' o tracheostomickú kanylu, odsávanie z dýchacích ciest

Ako sme už spomínali, dôležité je sledovať okolie kanyly a kožný kryt. Podľa aktuálnej potreby sa okolie kanyly ošetruje dezinfekčným roztokom a prekryva sterilnými štvorcami. Vonkajšie súčasti kanyly je potrebné očistiť benzínalkoholom alebo iným nefarebným roztokom, aby sa na nich nedržali baktérie. Vnútorňý plášť kanyly je potrebné pravidelne vyberať a kontrolovať, najlepšie pri každom odsávaní dýchacích ciest, či sa v ňom neusadili hlieny. Tie je potrebné odstrániť pod tečúcou vodou špeciálnou štetkou na to určenou. Bolo by vhodné, aby tečúca voda bola sterilná, ale ak sa dokonale ošetrí a osuší vnútorňý plášť, postačí aj nesterilná voda z vodovodu. Dôležité je pri manipulácii s kanylou používať ochranné pracovné pomôcky, rukavice, rúška na ústa a nos, aby sme chránili seba pred baktériami, ktoré má pacient získané z pobytu v nemocnici, ale chrániť aj pacienta pred baktériami a vírusmi z okolitého prostredia. Kanylu je potrebné zabezpečiť a prifixovať tak, aby nevypadla a zároveň, aby neťahala a neobmedzovala pacienta. Najčastejšie sa využíva hydrofilové ovínadlo. Treba ho vymieňať podľa potreby tak, ako aj štvorce, ktoré prekryvajú okolie kanyly.

Toaleta dýchacích ciest sa robí otvoreným alebo zatvoreným systémom. Uzatvorený systém sa využíva u pacientom s vysokým PEEP a je zabezpečený pripojením 24 hodinovej odsávačky na to špeciálne vyrobenej na okruh ventilátora a k pacientovi. V domácom prostredí sa využíva otvorený systém. Cieľom toalety dýchacích ciest je náhrada fyziologickej funkcie, a to vykašliavania, prevencia atelektáz, prevencia retencie sekrétu v dýchacích cestách, prevencia vzniku nozokomiálnych infekcií. K odsávaniu potrebujeme: masku a rukavice, sterilné odsávacie katétre, funkčnú odsávačku, odsávaciu hadicu, sterilné podávkové kliešte s tulcom, vodu s dezinfekčným roztokom v nádobe na preplach odsávacej hadice, striekačka, lavážny roztok (Infúzny roztok, sterilná ihla a striekačka).

Postup pri odsávaní je nasledovný: Zvolíme vhodný odsávací katéter v sterilnom balení, otvoríme ho na jeho konci a zastrčíme ho do odsávacej hadice. Prichytíme ho rukou, stiahneme obal a prichytíme si katéter sterilnou pinzetou alebo sterilnými podávkovými kliešťami. Zapni odsávačku, ktorú si pred tým vyskúšal, či dostatočne saje. Rozpoj okruh pri kanyle pacienta a polož ho na sterilný štvorec (dbaj, aby sa neznesterilnil). Zasuň pomocou sterilnej pinzety sterilný katéter do kanyly a jemne s ním manipuluj. Ak sa nedarí hlieny dostatočne odsat', do kanyly vstriečni sterilný lavážny roztok (fyziologický roztok) a dôkladne poodsávaj hlieny aj s lavážnym roztokom. Používaj prerušované sanie. Všímaj si farbu hlienov a prímiesi. Odsávaj za stáleho pozorovanie pacienta. V kontakte s ním preruš odsávanie a napoj ho na okruh ventilátora, ak má pocit nedostatku vzduchu. Podľa potreby odsávanie opakuj.

Starostlivost' o ventilátor, dýchací okruh, odpájanie pacienta

Ak je pacient schopný, môže sa zúčastňovať bežného života, ale musia byť dodržané určité pravidlá. Ventilátor nemôže byť vystavený extrémny teplotám a vôbec nie otrasom. Ak pacient niekam ide, treba ventilátor zabezpečiť proti pádu, fixovať ho na vozík, na lôžko. Pravidelne treba volať technikovi, aby stroj skontroloval. Zväčša sa na pravidlách dohaduje technik, ktorý ventilátor dodal, s rodinou a personálom ešte na oddelení. Prístroj treba pravidelne kontrolovať. Dýchací okruh by sa mal zostavovať za prísne aseptických podmienok a minimálne raz týždenne meniť. Antibakteriálny filter by sa mal meniť jeden krát za 1-7 dní, záleží od konkrétneho výrobcu a jeho nariadení a zvyklostí. Všetky informácie sú uvedené v príručke, ktorá musí byť doručená spolu s prístrojom. Ventiláčny režim sa nastavuje priamo na oddelení lekárom pacienta v spolupráci s technikom. Určitý čas sa ventilátor skúša priamo na oddelení na pacientovi a ak je všetko v poriadku, môže byť pacient

zverený do domácej starostlivosti. Príbuzní sa učia odsávať pacienta, starať sa o okruh ventilátora, poskytovať celkovú starostlivosť o pacienta. V momente, ako nadobudnú zručnosti a príbuzní nadobudnú určitú istotu v aktivitách súvisiacich s poskytovaním starostlivosti o pacienta, môže byť pacient prekladaný do domáceho ošetrovania. Ak sa rodina dohodne s ošetrovateľom, môže aj v domácom prostredí prebiehať aktívne odpájanie pacienta. Vtedy je ale zväčša potrebná zásobáreň kyslíka. Stačí kyslíková bomba s redukčným ventilom a hodinami, umožňujúcimi nastaviť si redukciu závislú od požadovaného množstva kyslíka. Treba mať k tomu potrebné vybavenie a pomôcky. A robiť to za účasti minimálne skúsenej sestry.

Hygienická starostlivosť, starostlivosť o kožu, starostlivosť o rany

Hygienická starostlivosť o pacienta v domácom prostredí prebieha denne. Je závislá od stavu pacienta. Niektorí pacienti sú schopní presunúť sa do sprchy, prípadne do vane s pomocou inej osoby, niektorí pacienti sú schopní sa presunúť na špeciálnu stoličku a sprchovať sa v kúpeľni. Ale niektorí pacienti sú úplne závislí od starostlivosti iných osôb. Závisí od vybavenia domácnosti, či si príbuzní umyjú pacienta vo vani, v kúpeľni alebo na posteli. V každom prípade treba chrániť ventilátor, okruh a kanylu pacienta pred pôsobením vody a pred vodou samotnou. Dôležité je aspoň raz týždenne umyť vlasy pacienta. Podstatná je toaleta úplná aj čiastočná. Pod kompletnou toaletou si predstavujeme kompletnú starostlivosť o celé telo. Patrí k tomu starostlivosť o oči, o nos, uši, o dutinu ústnu a zuby, o nechty, u mužov holenie. Kožu po umytí je potrebné premasťovať. Pomoc pri obliekaní a vyzliekaní pacienta je závislá od jeho požiadaviek. Niektorí pacienti zvyknú byť nahí na posteli a iba zakrytí niečím, niektorí sa obliekajú do bežného odevu. Obmedzenia nie sú veľké. Pacienti si len nemôžu obliekať roláky a tesné veci, ktoré by mohli ohroziť kanylu. A ktoré by dráždili okolie kanyly.

Ak má pacient aj iné rany okrem TRS kanyly, tak musia príbuzní byť poučení o ich správnom ošetrovaní. Na chronické rany a aj na dekubity je na trhu mnoho špeciálnych prípravkov, náplastí. Je dôležité všetko, čo príbuzní chcú na ranu dať, prehodnotiť s chirurgom.

Výživa pacienta

Pacient, ktorý bol dlhodobo na oddelení intenzívnej starostlivosti a dlhodobo na umelej pľúcnej ventilácii určite stratil veľa svalovej hmoty a sily. Preto je potrebné po dlhodobom umelom vyživovaní zahájiť plnohodnotný príjem per os. Mal by obsahovať adekvátny prísun bielkovín, sacharidov a tukov, stopových prvkov, minerálov a vitamínov. Samozrejme, že je to závislé aj od spôsobu príjmu potravy. Niektorí pacienti sú prepúšťaní s nazogastrickou alebo orogastrickou sondou, cez ktorú sú živí, niektorí majú obnovený klasický príjem per os, niektorí majú zavedený špeciálny PEG do tenkého čreva. Vo všetkých troch spôsoboch sa pacient stravuje bolusovými / nárazovými dávkami /. Najprirodzenejší spôsob cez ústa je pre nich najvhodnejší. Okrem vône a vzhľadu môžu cítiť aj chuť podávaného jedla. Strava by mala byť bohatá na vlákninu, na ovocie a zeleninu, na mliečne výrobky, na ryby, na mäso a samozrejme aj na tekutiny. Nemožno zabúdať aj na umelý prísun vitamínov a minerálov. Strava by mala byť pestrá a mala by vyhovovať požiadavkám pacienta. Niektorí sú schopní si jedlo pripraviť a vziať sami, niektorí sú závislí od starostlivosti iných. Pri kŕmení pacienta je potrebné nezabúdať, že kŕmime živú bytosť. Riadime sa jej pokynmi na ďalšie sústo, na ukončenie jedenia.

Vyprázdnění pacienta

U dlouhodobě ležících pacientů je vyprázdnění ovlivněné imobilitou. Ak sú pacienti schopní pohybovať sa, tak je to jednoduchšie. Nevyskytujú sa u nich komplikácie z imobility. Jedná sa o tvorbu močových kameňov a o zápchu. Takýto pacienti majú zväčša zavedený permanentný močový katéter alebo je vyvedená epicystostómia. V oboch prípadoch je potrebné za sterilných podmienok močový katéter pravidelne meniť. Prípadne aj preplachovať sterilným fyziologickým roztokom. Ďalšia skupina pacientov má zabezpečené fyziologické vyprázdnění. U pacientov, ktorí trpia inkontinenciou, je vhodné, aby neboli balení do plienok, ale je to pohodlnejšie a jednoduchšie. V tomto prípade by bolo vhodné, aby aspoň na čas, ktorý trávi na lôžku, nebol balený do plienok, ale zostal len rozbalený na jednorazovej podložke. Potrebné je, aby koža v sakrálnej oblasti a v inguinách bola riadne očisťovaná a ošetrovaná ochrannými krémami (Menalind, Jecoris pasta, Bórová masť...). U pacientov, ktorí majú kolostómiu je potrebná starostlivosť o kolostómiu. Je dôležité byť zaškolený v tomto ošetrovaní. V prvom rade je potrebné chrániť okolie stómie –riadne vyčistiť, nakrémovať ochrannými pastami. Potom sa lepí stomické vrečko, po vystrihnutí vhodne veľkého otvoru. Treba si skontrolovať tesnosť vrečka. A pravidelne zabezpečiť ošetrovanie stómie. Pri vyprázdnění pacienta by si príbuzní mali všímať prímеси v moči a stolici. Ak je pacient schopný sa presúvať na WC alebo na mobilné WC, je to veľká výhoda. Vyprázdnění je najprírodzenejšie a najjednoduchšie.

Rehabilitácia, polohovanie, prevencia preležanín

U pacienta závislého na UPV je veľmi dôležitá dôkladná rehabilitácia a keďže títo pacienti bývajú veľakrát imobilizovaní, aj prevencia preležanín. ADOS vie zabezpečiť buď poskytovanie ošetrovateľskej rehabilitácie, ktorá predstavuje cviky na prevenciu vzniku trombov, cievnú gymnastiku, prekrvenie tela popri sledovaní fyziologických funkcií, alebo môže zabezpečiť profesionálneho fyzioterapeuta pre daného klienta.

Pri polohovaní je dôležitá pravidelnosť polohovania, a to, počas dňa každé dve hodiny a v noci každé tri hodiny. Pri polohovaní pacienta je potrebné využívať rôzne polohovacie pomôcky, je dôležité odľahčovať predilekčné miesta vzniku dekubitov, premasťovať predilekčné miesta, pravidelne ošetrovať a umývať pokožku pacienta. Ak polohujeme pacienta závislého na UPV a napojeného na domáci ventilátor, treba dávať pri polohovaní pozor, aby sa nedyslokovala tracheostomická kanyla a aby po napolohovaní pacient necítil ťhanie kanyly hadicami od ventilátora. Pri polohovaní je potrebné zabezpečiť spojenie kanyly a hadice od ventilátora, aby sa neodpájali. Ventilátor signalizuje odpojenie pacienta alarmom, ale môžeme a mali by sme spojenie zabezpečiť tak, aby sa zbytočne nerozpájalo, najmä, ak je pacient úplne závislý na prístroji. Vyskúšane máme prifixovanie kanyly a hadice pružným tenkým elastickým obvinadlom z vrchu kanyly.

Ak to stav pacienta dovoľí, je potrebné ho vysádzať do kresla. Kreslo si môžeme vyrobiť aj z polohovacej postele, ale môžeme pacientovi zabezpečiť špeciálne polohovacie kreslo a úplne stačí, keď ho vysádzame do vozíka. Okrem toho, že to prospieva ako prevencia preležanín, prospieva to aj fyziologickej funkcií dýchania a vyprázdnění dýchacích ciest od hlienov a nečistôt, a tým aj prevencií vzniku pneumónie. Popri polohovaní a vysádaní do vozíka sú veľmi dôležité poklepové masáže, fyzioterapia zameraná na dýchanie, správne vykašliavanie a uvoľnenie hlienov z dýchacích ciest.

Ďalšia starostlivosť

Ku ďalšej starostlivosti by sme mohli zahrnúť prevenciu vzniku trombov, starostlivosť o spánok a aktivizáciu pacienta, dôslednú komunikáciu s pacientom, starostlivosť o podávanie liečby, návštevy odborných lekárov, predpis liekov a pomôcok, edukácia pacienta a jeho rodiny, prípadne aj nácvik prvej pomoci a niektorých ošetrovateľských úkonov rodinou.

Pri prepúšťaní pacientov z ústavného zariadenia, najmä ak sú imobilní, dostávajú na predpis injekcie na antitrombotickú liečbu. Často sú to prípravky na subkutánne podávanie typu Heparín, Clexane, Fraxiparine, Fragmine. Ordinujú sa na základe výsledkov hemokoagulačných faktorov a váhy a výšky pacienta. Zväčša sa aplikujú jeden až dva razy denne v približne rovnakom čase a pravidelne sa menia miesta vpichu. Popri aplikácii týchto prípravkov je dôležitá pravidelná kontrola krvných testov. Spočiatku sa krv berie raz mesačne, ak sú výsledky stabilizovaná, neskôr stačí raz za tri mesiace, prípadne podľa dohoda s hematológom alebo obvodným lekárom. Takže k ďalšej starostlivosti patrí aj vykonávanie pravidelných odberov biologického materiálu. Zahŕňame sem odber krvi na biochemické vyšetrenie, na hematologické vyšetrenie, na vyšetrenie hemokoagulačných faktorov, na sérologické a iné špeciálne vyšetrenie, na vyšetrenie sedimentácie erytrocytov. Zahŕňame sem aj odber spúta z dýchacích ciest, či už vykašlaním pacienta alebo sterilným poodsávaním z dýchacích ciest, odber sterov výterov z tonzíl, z nosa, z recta, z rany, z ucha, oka, odber moču. Dôležité je dodržať správne postupy pri odbere biologického materiálu a zásady pre správny a rýchly transport materiálu do príslušného laboratória. Keďže pri odbere biologického materiálu a pri aplikácii injekcií nám zostávajú kontaminované ihly, je potrebné zabezpečiť ich likvidáciu. Ihly a biologický odpad sa musia zbierať do špeciálnej nádoby, ktorú nemožno prepichnúť a zabezpečiť ich pravidelné spaľovanie. Zväčša je to vyriešené uzatvorením dohody s nemocničným zariadením, ktoré má vlastnú likvidáciu biologického odpadu.

Pacienti, ktorí boli dlhodobo na oddeleniach intenzívnej starostlivosti, majú zväčša problémy so spánkom. Je potrebné u nich vypestovať určité rituály, ako pravidelné večerné umývanie, vetranie, ktoré sa často spájajú s pravidelným užívaním liekov na spanie. Počas noci je potrebné zabezpečiť izbu s chorým tak, aby nebol rušený, ale zároveň, aby rodina počula, keby bol zahlienený a potreboval by poodsávať, keby sa dusil, keby sa odpojil dýchací prístroj... Rodina by mala byť poučená o možnom vzniku dýchacích ťažkostí, o použití ambuvaku, o volaní LSPP alebo RZP, RLP, o aplikácii niektorých liekov (inhalačné spreje...).

S pacientom by sa malo dostatočne komunikovať. U pacientov s tracheostomickou kanylou je zväčša problém s dorozumievaním, keďže nemajú hlas. Je dôležité naučiť pacienta výrazne artikulovať, využívať písanie alebo ukazovanie písmen abecedy. Pri komunikácii s ním je potrebné pozeráť sa na neho a vnímať aj jeho neverbálne prejavy. Komunikácia sa dá spájať s aktivizáciou pacienta. Ak je pacient schopný samostatných úkonov, môže byť časom zapojený do domácich prác, do samostatnej rehabilitácie, do akejkoľvek aktivity. Ak je však pacient ochrnutý, zväčša môže len čítať, počúvať, hovoriť a pozeráť. Vtedy je potrebné mu napríklad televízor nastaviť tak, aby na neho videl. Alebo mu asistovať pri pretáčaní stránok pri čítaní.

Okrem injekčných liečiv a perorálnych liečiv, sa často aplikujú aj liečivá per rectum, na kožu, sublinguálne, intranasálne, intravenózne, do oka, do ucha, do nosa. Vtedy e potrebné, samozrejme že len pri niektorých formách aplikácie liečiv, naučiť rodinu správnej technike, správneho dávkovaniu, kontrolovaniu expirácií a zabezpečovanie ďalších liečiv a pomôcok dostatočne dopredu, aby nevznikla rezerva, najmä pri niektorých dôležitých liekoch

a pomôckach. Obvodný lekár zväčša po absolvovaní prvotných vyšetrení môže využívať kódy odborných lekárov pripísaním na recept alebo predpis. Niektorí obvodní lekári však trvajú na pravidelných kontrolách pacientov. Návštevy odborných lekárov sa robia po dohode s nimi. Niektorí sú ochotní a schopní navštíviť pacienta v domácom prostredí, a tým minimalizovať náklady za prevoz RZP a všetky komplikácie s tým spojené. Niektoré návštevy a vyšetrenia je potrebné absolvovať osobne. Vtedy je dôležité mať žiadanku na prevoz, objednanú sanitku, pripraveného pacienta aj so strojom a pomôckami na neodkladnú resuscitáciu, predýchavanie pacienta, na poodsávanie pacienta... Vždy je potrebné so sebou brať ambu-vak, odsávačku, odsávaciu hadicu a katétre, lavážny roztok s napichnutou ihlou a striekačkou, rukavice, buničitú vatú, inhalačné spreje. A netreba zabúdať na to, že každý dýchací prístroj nevydrží dlho bez zdroja elektrického prúdu, zväčša sú to dve hodiny. Preto hneď po prevoze pacienta je potrebné vybaviť prednostné vyšetrenie pacienta a zapojenie ventilátora do siete.

Myslíme si, že v neposlednom rade je dôležitá aj starostlivosť psychológa a psychiatra, pretože človek, ktorý sa zväčša z plného zdravia stane závislý na dýchacom prístroji, prípadne je ochrnutý alebo inak obmedzený, je vystavený veľmi veľkej záťažovej situácií, ktorú určite sám alebo len s podporou rodiny, nech už je akokoľvek veľká, nezvládne. Títo pacienti sú často na antidepresívach celý život. A čo je veľmi zlé, izolujú sa od predošlého života. Je im nepríjemný pohľad a ľútosť okolia a je zlé, že verejnosť a okolie im to neuláhčujú. Verejnosť je zvyknutá na izolovanie akokoľvek postihnutých ľudí, a to nie je dobré. Každý z nás by si mal uvedomiť, že on alebo niekto z jeho blízkych sa môže vyskytnúť v situácií, že sa stane závislý na dýchacom prístroji, a tým aj na pomoc a starostlivosť iných. A tým sa možno aj zamyslieť nad tým, aké by to bolo pre neho a ako by chcel žiť a ako by chcel, aby sa k nemu okolie správalo....

Záver

Starostlivosť ako taká nie je vôbec ťažká, je len možno pre príbuzných ťažké vidieť svojho blízkeho v takomto stave. Na jednej strane sme radi, že nám prežil, ale na druhej strane nám ho je veľmi ľúto. Ľútosť by mala ísť vždy stranou, aby sa pacient nepustil menejcenný a malo by sa k nemu pristupovať ako k rovnocennému, tak ako keby nebol vôbec postihnutý.

Literatúra:

- LARSEN, Reinhard: ANESTÉZIE. Grada: 2004, Praha, 7.vydanie, ISBN 80-247-0476-5, 1392 strán
- MAREČKOVÁ, Jana: OŠETROVATELSKÉ DIAGNÓZY V NANDA DOMÉNACH. Grada: 2006, Praha, 1. vydanie, ISBN 80-247-1399-3, 264 strán
- FIRMMENT, Jozef et al.: ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MADICÍNA. Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Košice, 2004, 2. vydanie, ISBN 80-7097-562-8, 370 strán
- HULÍN, Ivan et al.: PATOFYZIOLÓGIA A KLINICKÁ FYZIOLÓGIA. Slovak academic press: 2005, Bratislava, ISBN 80-89104-66-5, 593 strán
- KAPOUNOVÁ, Gabriela: OŠETROVATELSTVÍ V INTENZIVNÍ PÉČI. Grada: 2007, Praha, 1. vydanie, ISBN 978-80-247-1830-9, 352+16 strán
- POČTA, Jaroslav: KOMPENDIUM NEODKLADNÉ PÉČE. Grada: 1996, Praha, 1. vydanie, ISBN 80-7169-145-3, 272strán
- HANZLÍKOVÁ, Alžbeta: KOMUNITNÉ OŠETROVATELSTVO. Osveta: 2006, Martin, 2. vydanie, ISBN 80-8063-213-8, 279 strán

Kontaktná adresa:

PhDr. Eva Hrenáková
Univerzitná nemocnica Bratislava, pracovisko Ružinov
Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny
Pažitková 4
821 01 Bratislava
Slovenská republika

ZÁKLADNÍ DRUHY DOTEKU JAKO SOUČÁST TERAPEUTICKÉHO KONTAKTU

¹⁾Tereza Jirmanová, ¹⁾Tomáš Gombala, ²⁾Marie Hlaváčová

¹⁾UK 2. LF, studenti magisterského studia Všeobecného lékařství

²⁾Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek pojednává o základních formách doteku, které jsou součástí bodyterapeutických technik. Zabývá se jejich vlivem na psychiku v holistickém pojetí a přibližuje možnosti terapeutického kontaktu v souvislosti se zdravím člověka.

Klíčová slova:

zdraví, dotek, terapeutický kontakt, sebepoznání, bodyterapie

Úvod

Každý z nás někdy zažívá nepohodu, stres, napětí, nebo úzkost. Tyto prožitky se odrážejí nejen v naší psychice, ale mají vliv i na naše tělo. A právě s těmito prožitky pracuje bodyterapie – psychoterapie zaměřená na tělo.

Zakladatelem bodyterapie je Wilhelm Reich (žák Sigmunda Freuda), který rozvinul psychoterapeutickou metodu nazývanou vegetoterapie. Ta se stala základem mnoha současných terapií zaměřených na tělo. Významným pokračovatelem Wilhelma Reicha byl americký lékař a psychoterapeut Alexander Lowen, který je považován za zakladatele metody zvané bioenergetika. Pomocí bioenergetických cvičení je uvolňováno chronické svalové napětí, tím se obnovuje životní energie a prohlubuje emoční vnímání. „Podle Lowena spočívá obecný postup psychoterapie v pomoci pacientovi, aby si uvědomil nevědomé konflikty a strachy, které omezují a ovládají jeho schopnost vnímat a reagovat, a aby nahlédl, že tyto strachy a konflikty patří k minulosti a v přítomnosti již nejsou opodstatněné“ (Smith, 2007, s. 27)

Současná bodyterapie pracuje s mnoha technikami, které vedou ke zlepšení psychofyzické kondice, pomáhají zvládat každodenní stres a napětí. Tyto techniky nám také umožňují navázat lepší vztah s naším tělem a prohloubit sebepoznání.

Základní formy doteku

Nedílnou součástí psychoterapie zaměřené na tělo je dotek. V každé tělesné intervenci využíváme jiný druh doteku. Přitom sledujeme signály, které k nám klient vysílá. Jsou to informace o tom, co se v klientovi odehrává, co právě prožívá. K těmto signálům patří neverbální projevy (např. výraz ulehčení nebo stísněnosti, oční kontakt) a somatické projevy (změny v dýchání, barva obličeje, změny v napětí svalů). Proto je důležité, aby při terapii dotekem terapeut komunikoval s klientem a ve vhodné chvíli se dotázal, zda je vše v pořádku (například síla a rychlost doteku).

V každé somatické terapii využíváme dotek jako základní nástroj práce s tělem. Britský psychoterapeut David Boadella během své práce vytvořil charakteristiku čtyř základních forem doteku, pro které užívá metaforická označení podle základních elementů – země, voda, oheň, vzduch. Tyto symboly nám tak přibližují charakter doteku.

Dotek země

V doteku země používá terapeut ruce nejčastěji ve formě opory. Tento dotek posiluje důvěru klienta, jeho klid a stabilitu. Zprostředkuje zážitek pevnosti, dokazuje, že spolehlivým základem může být nejen země, ale i druhý člověk. U klientů, kteří vyžadují přílišnou nezávislost, využívá terapeut dotyk země jako princip opory, pomáhá tak klientovi více věřit druhým lidem a učí ho schopnosti přijímat pomoc. Dotyk země posiluje muskuloskeletální systém, pomáhá stavět ego-sílu a učí lepšímu vztahu ke gravitaci. Může být využit k zakotvení jedné části těla, aby se jiná část těla mohla pohybovat volně. Dotek země se využívá hlavně pro klienty, kteří mají potíže s hranicemi a pro klienty úzkostné a nedůvěřivé (Vašina, 1999)

Dotek vody

Dotek vody je plynulý, houpající pohyb, který klientovi zprostředkovává zážitek proudění. Terapeut i klient by si symbolicky měli představit, jak voda plyne, je měkká a odplavuje vše, co jí stojí v cestě. Ruce terapeuta se stávají nástrojem pro uvolnění energie, která proudí směrem ze středu těla na povrch. Tento proud se projevuje jako vlnění, kmitání a chvění celého těla. Dotek vody je využíván k posílení cirkulačního systému a střevní peristaltiky. Uvolňuje klientovo stažení a podporuje proudivé pohyby v těle. Posiluje klientův kontakt s vnitřními pulsacemi. Dotek vody působí velmi do hloubky, může tedy uvolnit potlačené emoce, jako je vztek, nenávisť, hrůza, děs, agrese a deprese. Terapeut musí být připraven pomoci klientovi tyto emoce přijmout, případně obnovit pulsaci energie po prožitém šoku. Pohyb vody často přináší klientům hluboké potěšení, někdy může dokonce navodit prožitek těla, jako by bylo v plodové vodě a připomenout pocity z prenatálního období.

Dotek vzduchu

Dotek vzduchu terapeut využívá pro podporu dechu a posílení respiračního systému klienta. Ruce terapeuta zde fungují jako jemné pumpy za účelem vmasírování dechového rytmu do těla jako celku. Tento dotek podporuje pohybový rytmus naplňování a vyprazdňování, prodlužování a zkracování v celém svalovém systému. Dotek vzduchu může být označován i jako brániční dotek, protože otevírá bránici, důsledkem čehož se zvýší pulzování v oblasti pánve, na chodidlech a v dlaních, stejně jako na bránici samotné. Zvýšené pulzování se zprostředkovane může projevit i na temeni hlavy (pulzování mozkomíšního moku). Tento dotek je tedy vhodný pro lidi s ochablou bránicí. Prostřednictvím doteku vzduchu se dostává dechový rytmus i do nehybných částí těla. Dochází tak k posílení respiračního systému. Klient může získat prožitek určité lehkosti a nadhledu a následně pak může dojít i k uvolnění myšlení.

Dotek ohně

Dotekem ohně terapeut reguluje proudění tepla a může tak navodit příjemný hřejivý pocit v těle. Pomocí tohoto doteku se terapeut snaží přivést vnitřní teplo na povrch těla. Usiluje o rozehrání chladných, zatuhlých a zablokovaných míst a pomocí rukou vysílá tepelnou energii do těla. Pracuje s přímým zahříváním chladných částí těla, nebo se zaměřuje pouze na energetické pole v prostoru nad takzvanou „staženou“ oblastí těla. Terapeut pracuje i s horkými oblastmi těla, které mají nadměrný náboj a musí být zpracovány tak, aby se nadbytečné teplo přeměnilo v pohyb. Dotek ohně evokuje teplo, pomáhá kontaktu s vnitřním základem a posiluje sebeúctu. Je doporučován u klientů, kteří mají málo energie a nízké sebevědomí.

Úskalí při práci s dotekem

Doteky v bodyterapii mohou postupovat do intimních zón člověka, a proto je zde nebezpečí, že by mohly vyvolat pro terapii nežádoucí pocity. Terapeut si musí uvědomovat, proč konkrétní formu doteku používá a jakým způsobem by měl dotek působit, za své doteky nese plnou odpovědnost. Fyzickému kontaktu musí předcházet domluva s klientem o tom, jakých částí těla je možné se dotknout, aby dotek nebyl vnímán nepříjemně, případně jako zneužití. Dotek může u klienta vyvolat silnou psychickou i somatickou reakci. Klient může prožívat negativní emoce jako například pocit studu, pocit odcizení od vlastního těla nebo obavu z toho, že se ztrapní. Somatickou reakcí na dotek může být například bolest, spasmus nebo lechtání. Je třeba s klientem neustále hovořit o pocitech, které prožívá, aby byly uvolněny a zpracovány.

Závěr

Bodyterapie přistupuje k člověku jako k celku, protože tělesná a duševní stránka spolu úzce souvisí. Neboť tělo a duše jsou dvě strany jedné mince, které se mohou vzájemně doplňovat a zastupovat ve svých výrazových možnostech (Danzer, 2001, s. 77). Pokud pocítujeme stres, nervozitu, úzkost, nebo své emoce potlačujeme, zatěžujeme své tělo. Následkem toho nám ubývá energie, vytvářejí se chronické svalové bloky a dochází k rozvoji psychosomatických onemocnění. Bodyterapeutické techniky nám pomáhají uvolnit napětí, znovu nalézt energii a spontaneitu. Umožňují nám vyjádřit naše tělesné i emoční prožitky.

Literatura

- DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla a duše*. vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7
- MRÁZKOVÁ, Lenka. *Možnosti práce s tělem v psychoterapii*. Olomouc, 2010. 62 s. Bakalářská práce. Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci.
- SMITH, Edward. *Tělo v psychoterapii*. Praha: Portál, 2007. 205 s. ISBN 978-80-7367-144-0
- VÁŠINA, Lubomír. *Sanoterapie*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1999. 300 s. ISBN 80-210-2017-2

Kontaktní adresa

Tereza Jirmanová
Studentka magisterského studijního programu Všeobecné lékařství
Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta
Email: tereza.jirmanova@gmail.com

PLICNÍ ONKOLOGIE V AMBULANTNÍ PÉČI (abstrakt)

Pavla Vyhnánková, Jana Tomášková
Pneumologická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Rozdělení jednotlivých druhů nádorových onemocnění, jejich diagnostické a léčebné metody, včetně typů aplikace u pacientů s bronchogenním nádorem v rámci naší ambulantní péče.

Klíčová slova:

rozdělení, diagnostika, TNM klasifikace, léčba, aplikace

Úvod:

Celosvětově je bronchogenní karcinom již na druhém místě mezi ostatními maligními chorobami. Nádorové onemocnění bývá diagnostikováno v průměrném věkovém rozmezí 35-85 let a i přes stále se vyvíjející léčebné metody zaujímá první místo v mortalitě na zhoubná onemocnění.

Cíl práce:

Seznámení s jednotlivými druhy plicních nádorů, včetně nejdostupnějších diagnosticko-léčebných metod a způsoby aplikace chemoterapie.

Literatura:

VORLÍČEK, VANÍČEK a kol., *Diagnostické a léčebné postupy u maligních chorob*, Grada publishing, 2004, s.41-61, ISBN: 80-247-0896-5.

VORLÍČEK, ABRAHÁMOVÁ a kol., *Klinická onkologie pro sestry*, Grada publishing, 2006, s.110, ISBN: 80-247-1716-6.

Kontaktní adresa:

Bc. Pavla Vyhnánková
Pneumologická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: pviper@centrum.cz

PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE A ÚLOHA SESTRY PŘI OŠETŘOVÁNÍ DĚTÍ

Alena Madejová

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Autorka příspěvku předkládá základní informace a poznatky získané dlouhodobou praxí na oddělení dětské gastroenterologie.

Klíčová slova:

Perkutánní endoskopická gastrostomie / PEG /, indikace, PEG set, výživa, ošetrovatelská péče, řešení komplikací

Úvod:

Perkutánní endoskopická gastrostomie a úloha sestry při ošetřování dětí

Perkutánní endoskopická gastrostomie / PEG / je malá invazivní metoda, při které je zaveden gastrostomický set pro enterální výživu stěnou břišní do žaludku za pomoci gastroskopu. Při gastrostomickém vyšetření se provede punkce žaludku, do kanálu se protáhne nitěný vodič. Biopstickými kleštěmi se nitěný vodič uchopí a vytáhne i s gastroskopem ústy ven. Na niť se naváže set pro enterální výživu a opatrně se vtáhne za druhý konec nitě do žaludku a ze žaludku břišní stěnou ven. V žaludku je set fixován vnitřním diskem, který brání uvolnění a vypadnutí setu ze žaludku.

PEG – indikace

Pacienti živení nasogastrickou sondou déle než 6 týdnů až 3 měsíce

Neurogenní poruchy polykání

Malnutrice při chronických onemocněních

Dlouhodobá bezvědomí

Polytraumata

Operace v oblasti čelisti

Tumory v ORL oblasti

Tumorová kachexie

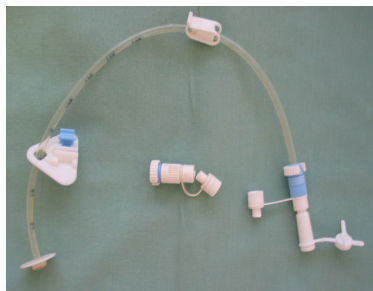
Neoperabilní tumorózní stenóza v horní části gastrointestinálního traktu

PEG – indikace u dětí

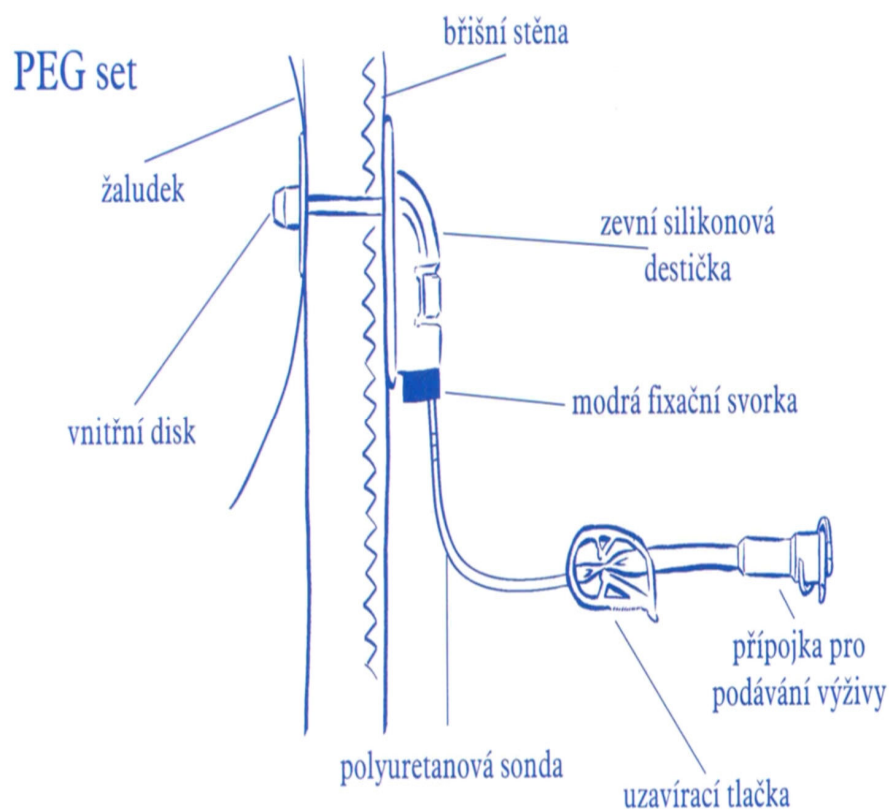
Poruchy polykání částečné nebo úplné

Nutnost přídatné výživy u chronicky nemocných dětí trpících nechutenstvím

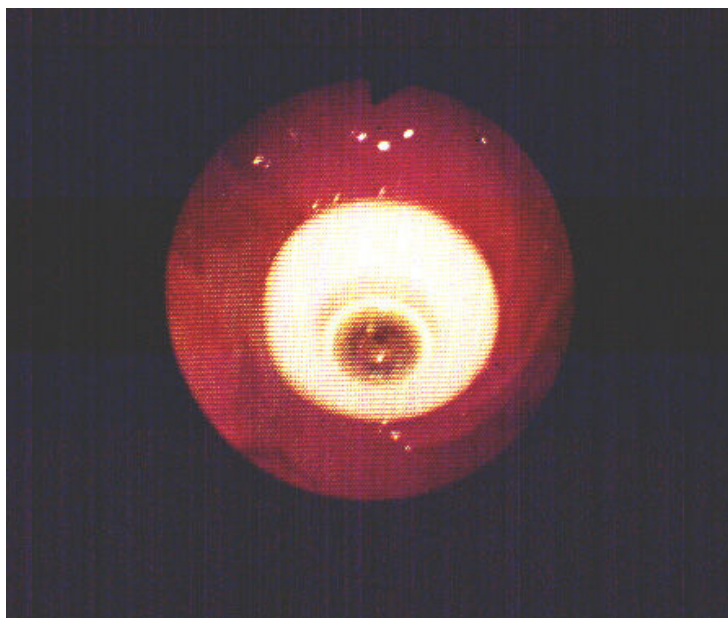
Obr. 1: PEG set



Obr. 2: PEG set schéma



Obr. 3: Vnitřní disk



Příprava dítěte na výkon

Psychologická příprava
Informovaný souhlas rodiče /zákonného zástupce/ s výkonem
Pacient na lačno
Výkon v celkové anestezii
Podání premedikace
Krytí antibiotoky

Po výkonu

Sledování fyziologických funkcí
Zajištění polohy
Kapací infúze 24 hodin – nic per os
Kontrola okolí PEG
Zajištění léků intravenózní cestou
Po 24 hodinách po výkonu čaj a dále enterální výživa
Převaz a kontrola místa zavedení
Zápis do dokumentace
Komplikace hlásit lékaři

Podávání výživy

Kontinuálně nutriční pumpou
Bolusově stříkačkou – pomalá aplikace v časovém intervalu odpovídajícímu jídlu ústy
Propláchnutí setu před a po podání výživy čajem nebo vodou
Nepoužívat kyselé roztoky – komplikace srážení výživy s následným ucpáním a neprůchodností setu
Prevence aspirace – během podání výživy a 30 – 60 minut po podání zajistit polohu dítěte vsedě či polosedě

Podávání léků

Upřednostňují se kapky a sirupy zředěné vodou nebo čajem
Tablety pečlivě rozdrčené
Léky dáváme po jídle
Nesmí se setkat s výživou
Propláchnutí setu čajem nebo vodou
Do dalšího krmení ponechávat v setu čaj, stolní nebo převařenou vodu

Ošetřovatelská péče

V prvních dnech převaz denně – sledování změn (zarudnutí, hnis, vytékání výživy)
Stěr z okolí rány a léčba (cíleně antibiotika, Flaminal nebo Inadine lokálně)
Dezinfekce místa vpichu Betadine
Posunutí zevní silikonové destičky zpět za stálého tahu a fixace modrou svorkou (PEG set je označen číslicemi)
Zvýšená hygiena

Převaz

Pod přítlačnou zevní silikonovou destičku vkládáme sterilní čtverce
Překrýt prodyšným obvazem
Fixace volného konce setu náplastí nebo prubanem
Po 14 dnech od zavedení PEGU dojde ke zhojení vazivovým kanálkem
Při převazu provádíme posunutí a otáčení setu

Pravidelný převaz 2 x týdně
Zácvik a edukace rodičů - brožura

Řešení komplikací – neprůchodný set

Proplach setu vlažnou vodou stříkačkou s menším objemem
Proplach setu Coca – colou
Nepoužívat násilí a tlak
Nikdy nezavádět drátěný vodič
Nepodaří – li se set zprůchodnit, je nutná výměna

Výměna PEG je individuální

Po několika měsících (snížená imunita, nekvalitní ošetrovatelská péče)
Po několika letech

Zrušení PEG

Odstranění setu při gastrokopii
Stomie se během několika dní sama uzavře

Po propuštění do domácí péče

Ambulantní kontrola do měsíce
Pravidelná kontrola 1 x za půl roku
Mimořádná kontrola při komplikacích
Kontrola dle domluvy z důvodů předepsání enterální výživy
V domácí péči lze podávat mixovanou stravu – edukace nutričním terapeutem

Literatura:

U autorky

Kontaktní adresa:

Alena Madejová
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: alena.madejova@fnmotol.cz

MORBUS LEGG-CALVÉ-PERTHES

Věra Deriánová¹, Jana Hoppeová²

¹Dětská a dospělá ortopedia e traumatologie UK 2. LF a FN Motol

²Interní oddělení Nemocnice v Blansku

Souhrn:

Vysvětlení pojmu a historie poznávání nemoci, způsoby vyšetřování, posuzování závažnosti, možností léčby a ošetrovatelské péče, psychologický a sociální dopad na dítě a rodinu, následky onemocnění kyčelních kloubů zvaného morbus Legg-Calvé-Perthes, nebo také coxa plana.

Klíčová slova:

Onemocnění kyčle, dítě, rodiče, operace, následky, rehabilitace, protetika

Úvod:

Dovolujeme si vás seznámit s jedním z nejzávažnějších onemocnění dětského pohybového aparátu v historických, teoretických, léčebných, ošetrovatelských a společenských souvislostech.

Cíl práce:

Chceme poukázat na potřebu důkladného vysvětlení problematiky Perthesova onemocnění a jeho možných následků rodině nemocného dítěte i samotnému dítěti a na důležitost vyjádření pochopení nastalých problémů rodiny ošetřujícím personálem pro úspěšnou spolupráci při dlouhodobé léčbě.

Historie poznávání nemoci:

Onemocnění označované zkratkou M.LCP, plně pak morbus Legg-Calvé-Perthes, bylo popsáno v roce 1910 krátce po nově zaváděném rentgenovém vyšetření. A to hned třemi na sobě nezávislými vědci: Georgem Perthesem v Německu, Jacquesem Calvé ve Francii a Arthurem T.Leggem v USA, jejichž příjmení název choroby nese. V praxi se ale nejčastěji používá zkrácený název Perthesova choroba.

Klasifikace Perthesovy choroby:

- 1, Waldenström – už v roce 1922 rozdělil průběh této avaskulární nekrózy kyčle do 4 stadií
- 2, Catterall – zavedl v roce 1971 rozdělení podle rozsahu poškození kloubu na 4 skupiny
 - I. postižena pouze přední část epifýzy
 - II. postižena větší část hlavice, vytvořen centrální sekvestr, může kolabovat, epifýza zůstává v normální výšce
 - III. sekvestrována většina epifýzy, mediálně a laterálně zůstávají okraje nepoškozené, občas v AP nález „hlavice v hlavici“
 - IV. postižení hlavice v plném rozsahu
- 3, Salter s Thompsonem roku 1984 doplnili Catteralovo dělení podle rozsahu subchondrální zlomeniny na dva stupně – do poloviny epifýzy a více
- 4, Herring se zaměřil na rozsah kolapsu laterálního pilíře
 - A není postižen
 - B zůstalo víc než 50% z výšky pilíře
 - C pilíř je nižší než 50%
- 5, Goff pak v roce 1954 dělí následky po proběhlém onemocnění podle tvaru hlavice na sférický, hřibovitý a nepravidelný

Toto závažné onemocnění vzniká výhradně v dětském věku a je závislé na mnoha faktorech vnitřního i vnějšího charakteru. Všechny tyto vlivy mají za následek nedokrvění v oblasti epifýzy, někdy i metafýzy a růstové ploténky stehenní kosti. Chrupavka i kost v postižené oblasti nekrotizuje, dochází k deformacím kloubu, někdy až k jeho destrukci a resorpci osifikačního jádra hlavice stehenní kosti. Onemocnění se může projevit jednostranně, cca u 10% dětí postupně na obou kyčlích, výjimečně na obou stranách najednou.

Vliv na vznik onemocnění může mít:

- a) genetická výbava dítěte** – literatura udává až 10% dětí, jejichž rodiče prodělali obdobné onemocnění
- b) nedostatek proteinů, minerálů a vitamínů v potravě** nebo chronická porucha jejich vstřebávání zažívacím ústrojím (např. Crohnova choroba, celiakie, cukrovka...)
- c) hormonální nerovnováha** – např. nedostatek somatomedinu C provokuje abnormální růst, projevující se i odchylkami od chronologického věku
- d) nedávná předchozí infekce** – nejčastěji angina nebo virový zánět HCD, které mohou způsobit tzv. Harrisonův efekt = „stand-still fenomén“. Při něm dochází vlivem redukce arteriálního zásobení epifýzy k dočasnému pozastavení aktivity růstových chrupavek, někdy i k opoždění skeletálního věku
- e) porucha venózní drenáže krčku a hlavice** – nejčastěji způsobená vyšším žilním tlakem v oblasti krčku kosti stehenní a venostázou v metafyzární části. Následkem je hromadění tekutiny v okolí kloubu a vzniká nebakteriální koxitida nebo transitorní synovitida (zde se liší údaje různých autorů od naší praxe: v literatuře se uvádí cca 10-15%, na našem pracovišti se toto množství blíží téměř třetině pacientů s M.LCP).

Výskyt Perthesovy choroby je četnější:

- u dětí kouřících rodičů** (celková vazokonstrikce=nedokrevnost kloubu)
- u dětí starších rodičů**
- u mladších sourozenců** v rodině
- u chlapců** ve věku 3-8 let (některé prameny uvádějí širší rozmezí 2-15 let)
- u dětí pyknických**
- u dětí s později vyvinutými osifikačními jádry hlavice kosti stehenní**
- po vrozené luxaci kyčle**
- po problémovém perinatálním a časném postnatálním období** (nezralé plíce, porod koncem pánevním...)
- u dětí s poruchou koagulace** (hemofilie)
- u dětí léčených kortikoidy** (způsobují při dlouhodobém podávání celkové zhoršení struktury kostní tkáně)
- u dětí hyperaktivních, event. závodně sportujících** (přetížení organismu, snížená hranice opatrnosti a tím vyvolaná opakovaná mikrotraumata v oblasti kloubů – až 1/3 případů)

Diagnostika a průběh onemocnění:

1) Klinické vyšetření:

Na začátku je důležitá důkladná **rodinná i osobní anamnéza**.

Dítě nejčastěji ve věku 5-9 let přichází obvykle kulhající bez bolesti, nebo pro bolest v oblasti kolínek nebo bérců, méně udává bolest stehenní, třísel, trochanterické oblasti. Bolest se zhoršuje po námaze, někdy se objevují noční bolesti, menší děti mohou úplně odmítat chůzi nebo paradoxně odlehčovat zdravou končetinu (zabraňují tím kontrakci gluteálních svalů na nemocné straně vznikající vyšším tlakem v kyčelní oblasti).

Objektivně je od počátku **omezena addukce a vnitřní rotace v kyčelních kloubech** (provádí se tzv. roll – test), abdukce bývá omezena zpočátku méně, jen vzácně se objevuje hned zpočátku flekční kontraktura.

U těžších forem onemocnění dochází k postupné progresi příznaků
Průběh onemocnění je vleklý, zvláště při pozdním stanovení diagnózy může trvat i několik let.

2, Rentgenové vyšetření:

Při hodnocení onemocnění podle RTG je zaveden pojem „**riziková hlavice**“, který se používá při přítomnosti nejméně dvou z těchto příznaků:

a, kalcifikace laterálně od epifýzy

b, laterální eroze epifýzy a přiléhající části metafýzy ve tvaru „V“ (Gageho znamení)

c, laterální subluxace hlavice

d, difuzní metafyzární reakce

e, horizontální průběh růstové ploténky

zároveň při klinické přítomnosti:

f, obezity

g, addukční kontrakce

h, omezeném a bolestivém rozsahu pohybů

(na Bulovce přidali jako další faktor věk nad 9 let)

Při přítomnosti tří a více znaků je diagnóza Perthesovy choroby jistá



Výtěžnost RTG je pro diagnostiku Perthesovy choroby **vysoká** - cca 83%, obvykle není třeba doplňovat další přístrojové vyšetření.

Přesto při časném příchodu dítěte **nezobrazí nic** patologického (výjimečně lehkou asymetrii v kloubech způsobenou zmnoženou tekutinou v kloubu - **stadium synovialitické**).

Cca **6 týdnů od počátku** obtíží je na RTG znatelná subchondrální zlomenina, zvaná také **Salterovo znamení** (dochází ke kolapsu hlavice stehenní kosti a její decentraci v jamce. Při dalším zatěžování se hlavice odírá a deformuje o okraj acetabula a způsobuje i na jeho okraji obroušování. Tím se progresi onemocnění značně urychluje).

Po půl roce se zobrazuje **nekróza hlavice** a její lateralizace, rozšíření mediální šterbiny, hypertrofie kloubní chrupavky, prosáklé okolí kloubu včetně svalů, často jsou znatelné i drobné cysty metafýzy (**iniciální stadium**).

Za další dva měsíce následuje **fragmentace hlavice** - na předozadní projekci nemusí být vidět, proto se dělá ještě projekce Lauensteinova (častěji označovaná axiální, kdy jsou dolní končetiny v „žabí“ poloze). Tato fáze se neprojevuje u lehčích forem onemocnění.

Obvykle **do dvou let** od počátku onemocnění se hlavice přestaví (reparuje) a **remodeluje**, proběhne její reosifikace (někdy ovšem část výplně hlavice tvoří méněcenná plst'ovitá kost, přestavba pak trvá déle).

S ukončením růstové aktivity kostí skončí i proces prostavování a remodelace. Při závažnějším průběhu onemocnění může trvale **přetrvávat deformovaný tvar** hlavice a krčku kosti stehenní (často je krček válcovitý). Dalším následkem na kostech může být **decentrace hlavice** v deformované kloubní jamce. Zpomalení růstu v chrupavce hlavice je často kompenzováno zvýšenou aktivitou chrupavky u velkého trochanteru a tím vzniká **sekundární dysplazie kyčle**.

3, Přínos magnetické rezonance je na počátku onemocnění nevelký, ale cca po třech měsících se zvyšuje výtěžnost pro diagnostiku až na necelých 100%.

Pomocí magnetické rezonance pak velmi dobře rozlišíme kongruenci a fragmentaci hlavice, výpotek v kloubu a synoviální hypertrofii

Nevýhodou je **finanční a časová náročnost** a vynucený delší klid při vyšetření. Proto je indikovaná především u závažných případů. U menších a neklidných dětí je k vyšetření nutná premedikace nebo celková anestezie. To však také znamená aspoň dvoudenní hospitalizaci a podstatnou zátěž pro dítě i rodiče.

4, Scintigrafie skeletu s kontrastní látkou Tc 99 (technecium) nám ukáže zvýšené překrvení v postižené oblasti. Má tedy význam na počátku onemocnění a v průběhu revaskulizace, kdy je její výtěžnost cca 88%.

I tato metoda má své omezení – je nutné vpravit kontrastní látku do krve a odečet je časově náročný. Pro děti tedy vždy nepříjemný zážitek. Také zde je u malých a neklidných nutné zklidnění jako u MRI. Navíc je při scintigrafii dítě zatížené ve zvýšené míře radiací.

5, Sonografie a počítačová tomografie mají v tomto případě značně menší vypovídající hodnotu.

6, K artrografii prováděné pod sonografickou kontrolou přistupujeme jako ke každému invazivnímu vyšetření v celkové anestezii obvykle v období, kdy uvažujeme o možnostech záchranného nebo preventivního operačního zákroku na kyčelním kloubu. Je nutné ozřejmit si současný stav tkání v kloubu a tvar hlavice a jamky. Artrografie s pomocí kontrastní látky vpravené přímo do kloubní dutiny přesně zobrazí poměry hlavice a acetabula a změny jejich tvarů.

Ihned po tomto relativně jednoduchém zákroku může při jedné anestezii následovat zásadní operace.

Artrografie pod sonografickou kontrolou je **nejpřesnější diagnostickou metodou**, není však nutné používat ji při dobrém zobrazení neinvazivními metodami.

Léčba a ošetřování:

Jako u všech vážnějších onemocnění je z hlediska potřebné spolupráce rodičů při terapii dítěte hned od počátku velmi důležitý i správný **psychologický přístup** každého, kdo s nimi o onemocnění a problémech léčení diskutuje.

Nyní je sice **na internetu** záplava informací o nemocech a způsobech jejich léčení a rodiče často již přicházejí na vyšetření předběžně informováni, ale je to teprve ošetřující lékař, který musí rodiče a dítě seznámit s jejich nelehkou rolí v období léčby. Musí vysvětlit důvody

potřebných omezení, délku léčby, ale i možnost neúspěchu terapie, předpokládané a možné následky.

Je na ošetřovatelském personálu, aby vysvětlil a ukázal rodičům i dítěti všechny potřebné postupy, které vedou k úspěšnému vyléčení, a aby také dohlížel na jejich provádění, opravoval nesprávné postupy a znovu edukoval...

Stejně tak jako u jiných těžších chorob je péče o nemocné dítě v nemocnici kolektivní a mezioborovou záležitostí.

Zpočátku je nutný důsledný několikátýdenní **klid na lůžku** při hospitalizaci nebo doma, kdy je velmi důležitá **antidekubitní a hygienická péče**. Dítě je přitom téměř trvale v izolaci, bez kontaktu s přáteli, se zvyklým protředím školky, školy, party kamarádů, sportovním oddílem, s lidmi z okolí bydliště... Proto je potřebné i jeho **zabavení** hrou, četbou pohádek u menších, poslechem hudby nebo sledováním televize a videa, u starších připustit např. delší pobyt u počítače. Vhodné je pokračování v učivu u školních dětí. Pokud je to možné, dovolujeme dítěti časté **návštěvy** kamarádů, aby neztratilo své sociální kontakty.

V počáteční době přistupujeme ke zmírnění bolesti uvolněním svalových kontraktur a odlehčením kyčlí např. **Zahradníčkovými závěsy s botičkovou extenzí**. Zde je nezbytné sledovat prokrvení zavěšených končetin a jejich citlivost.

Při zánětlivém původu onemocnění musíme pravidelně podávat **antibiotika**, sledovat teplotu, příjem a výdej tekutin (a to zvláště v teplých letních měsících).

Snížení příjmu kalorií je nezbytné kvůli významnému omezení pohybu – dietní opatření má na starost dietetická sestra, ta kromě jídelníčku v nemocnici musí především rodiče poučit, že ani občasné sladkosti od návštěv nejsou pro dítě vhodné – lépe je dodat ovoce. Omezení v jídle musí trvat po celou dobu pohybové nečinnosti.

Nesmírně důležitou roli ve všech fázích tohoto onemocnění hraje soustavná a účinná **rehabilitační péče**. Je třeba zachovat co největší pohyblivost v kyčlích, omezit atrofii svalstva vznikající v důsledku nucené nečinnosti, zmírnit bolesti v začátcích léčby.

Vhodnou rehabilitační péči na lůžku i ambulantně zabezpečují zkušené rehabilitační sestry. Provádějí nácvik samostatného polohování dítěte v závěsu, posilování svalstva, které se nepodílí na zátěži kyčlí pasivně i aktivně. Ke zklidnění bolestí můžeme u starších dětí využít i působení **magnetického pole**

Po doléčení bolestivých projevů se ve stadiu reparace musí dítě opět „**naučit**“ **chodit**. Zpočátku pomocí berlí bez zátěže postižené končetiny, pak v individuálně zhotovené Atlanta ortéze. Při nácviku je nutné **brát v úvahu věk, velikost a schopnosti** dítěte. Ukončení léčby znamená zpětné získání správného chůzového mechanismu.

Kromě systemizovaného rehabilitačního cvičení děti využívají především **vodoléčbu**, při které jsou klouby odlehčené a tím i méně bolestivé. Pobyt v teplé vodě znamená i **psychickou relaxaci** a pro mnoho dětí je jedinou možností se dovoleně vydovádět bez nutnosti mít na sobě omezující ortézu.

Především pro dítě je sice nepříjemná, ale velmi důležitá **protetická péče**. V zahraničí stále předepisovanou Torontskou dlahu u nás v podstatě nepoužíváme. Dřívější Thomasova dlahu není pro zachování tvaru hlavice dostatečně funkční.

V současnosti používáme individuální plastovou **Atlanta dlahu** obvykle s bederní objímkou a rozporkou stehem. Má dobré léčebné výsledky díky zabezpečení symetrického odlehčení kyčlí odtahováním celých dolních končetin do polohy zajišťující správnou centraci hlavice v jamce. Ortéza dítěti umožňuje chodit samostatně, zbavuje ho závislosti na berlích a tím uvolňuje ruce k jiné činnosti. Dítě si může v ortéze i sednout. Ortéza ale také značně omezuje, dítě v ní musí být zpočátku celý den i noc, později dovolujeme odložení na spaní, sed. Zcela zbavit nošení ortézy můžeme až po úplné přestavbě.

Malé děti si obvykle na nošení ortézy rychle zvyknou a nám často nezbývá, než se divit, co všechno s ní dokážou. Samozřejmě záleží také na **přístupu rodičů** a okolí. U rodičů, kteří

berou léčbu ortézou jako nutné zlo a zbytečné omezování („Vždyť už nemá žádné bolesti“) a nemohou se s ní smířit, obvykle zaznamenáváme u dětí nechuť až odpor k veškeré léčbě.

Větší děti se s ortézou velmi nerady ukazují na veřejnosti. U rozumnějších odmítačů nám opět pomůže psychologie. Dobře působí třeba srovnání s Amerikou, kde si lidé musí ortézy sami kupovat a v podstatě se pak „chlubí“ jejím používáním v běžném životě. Ukazují tak, že mají nejen zodpovědnost vůči svému zdraví, ale i dostatek prostředků na své léčení.

Jako u každé ortézy mohou u dítěte vzniknout otlaky. Pro tuto situaci musí být rodiče předem poučeni, kam se mají obrátit o úpravu ortézy, jak o otláčenou kůži pečovat a jak otlakům pro příště předcházet.

Nejzávažnějším způsobem léčby je **operace**. Může být preventivní ve snaze o zachování kulovitého tvaru změkklé hlavice zanořením do pevného acetabula (containment operation + varizační osteotomie proximálního femuru, Salterova inominátní osteotomie pánve tzv. „sklopení stříšky“ ke změně osy acetabula). Po operaci následuje šestitýdenní sádrová jednostranná spika v lehké flexi a abdukci. Tyto operace celkově zkracují pobyt v klidu na lůžku, minimalizují následné deformace a oddalují vznik artrotických změn.

Druhým důvodem k provedení operace je zachování pohyblivosti kloubu, pokud je onemocnění objeveno po ukončení možnosti jednoduššího způsobu terapie. Provádí se po ukončené samovolné dostavbě.

Předoperační i časná **pooperační péče** je zcela běžná. Zvýšená péče především o hygienu při vyprazdňování a preventivní péče před vznikem dekubitů je nutná při použití spikování.

Jakmile to stav pacienta a hojení umožní, je potřeba se postarat i o nepřehlédnutelný kosmetický následek, kterým je často velká jizva v oblasti kyčelního kloubu. Následuje každodenní několikrát denně opakované promazávání jizvy a jejího okolí mastným krémem a zpočátku jemná, později důkladnější tlaková a krouživá masáž. Snažíme se tak zabránit vzniku keloidu a stažení kůže a podkoží, které může mít následně nepříznivý vliv na celý kloub. Zvlášť u dívek pak může mít podstatný vliv i na psychickou rovnováhu.

Pro urychlení léčby Perthesovy choroby se zkouší různé **léky a přípravky** k podpoře přestavby hlavice. Jde například o hormony štítnice, přípravky z chrupavek žraloků, vitamíny.

Ve stadiu pokusů je i **hyperbarická oxygenoterapie**, ta zatím nemá průkazný vliv na průběh onemocnění.

Mnoho rodičů a pediatrů projevuje velký zájem o léčení dětí v lázních. Z našeho hlediska je pro děti **lázeňská léčba** Perthesovy choroby velmi náročná, dlouhodobá, ortopedicky obvykle nepříliš úspěšná. Děti v lázních při několikaměsíčním pobytu obvykle trpí těžkou citovou deprivací, která může vést u malých dětí až k závažné regresi psychomotorického vývoje. Pokud však je lázeňský pobyt doporučen na doléčení po operaci a komplexní rehabilitaci, pak tato terapie nemá konkurenci.

Prognóza, možné následky onemocnění a snaha o jejich minimalizaci:

Čím nižší je věk dítěte na počátku onemocnění, tím lepší jsou výsledky léčby a naopak. Do šesti let dochází obvykle k úplnému vyléčení bez následků, do devíti let proběhne spíše středně závažné onemocnění, kde vyléčení závisí hlavně na disciplíně dítěte a rodičů při doporučeném způsobu terapie, hlavice a někdy i krček stehenní kosti zůstává náchylnější ke zranění a deformacím při přetěžování – proto nejsou pro tyto děti vhodné vrcholové sporty. Nad devět let věku bývá průběh nemoci těžký s nejistou prognózou vyléčení a posléze horšími následky, jako přetrvávající omezení hybnosti, zkrat končetiny, kulhání, bolesti při změnách počasí apod.

Při včasné určení diagnózy, správné léčbě a celkově příznivém průběhu většinou dojde ke zpětné přestavbě v živou kostní hmotu a vyléčení ad integrum. Rychlý a závažnější nástup onemocnění znamená převážně rychlejší a kvalitní vyléčení.

Pokud hodnotíme průběh onemocnění podle postižení laterálního pilíře, při postižení typu A trvá léčení cca 2-3 roky a téměř 100% pacientů je bez vážnějších následků. U typu B je jedná o 3-4 roky léčby s necelými 80% úspěšně vyléčených dětí. Kolem 4-6 let trvá léčba Perthesovy choroby a následná rehabilitace u postižení typu C. V současné době je u nás v této skupině uspokojivě vyléčeno cca 50% dětí, oproti literaturou uváděným 30%. Považujeme toto zlepšení za velmi významné. Podílí se na něm hodně zlepšení diagnostických možností, zvýšená sofistikovaná péče ošetřujících, ale významně stoupla i odpovědnost rodičů při domácí péči o nemocné dítě.

Vlivem dlouhodobé nucené nečinnosti při léčbě dítěte může dojít k **hypotrofii až atrofii** gluteálních a stehenních svalů.

Ve stadiu reparace se může objevit **dissekující osteochondróza**, ta se navenek projevuje bolestivými blokádami kloubu a bezbolestnými hlasitými lupavými fenomény. Tyto obtíže mohou přetrvávat do dospělosti. Je nutné zpevnit svalstvo a vazivo v okolí kloubů, aby k těmto událostem docházelo co nejméně, jinak se vazivo stále více vytahuje a následkem může být i luxace kyčle. Pak musí následovat operace.

Při těžkém průběhu, nedodržování doporučeného režimu nebo špatné léčbě může dojít k poškození nebo zániku růstových štěrbin a následně k významnému **zkratu postižené končetiny**. Porovnáním biologického a kostního věku určeného podle RTG zápěstních kůstek levé ruky (metoda Greulich a Pyleové) provede antropolog odhad přibližného rozdílu v délce končetin v dospělosti. Zkrat může činit i několik centimetrů. V extrémních případech pak samozřejmě péče pokračuje např. prodlužováním bércových kostí na fixatéru, nebo operačním zkrácením zdravé končetiny.

Jakákoli deformita kloubu je předpokladem pro nástup **časné artrozy**. Ta způsobuje často sice bezbolestnou, ale nepěknou, pomalou a těžkou kolébavou tzv. „**kachní chůzi**“.

Tzv. plíživá přestavba ve stadiu resorpce znamená vznik **metafyzárních cyst** různé velikosti (creeping substitution). Tato nedokonalá přestavba souvisí se stupněm postižení hlavice a znamená horší prohojení s těžšími následky, samozřejmě čím větší cysty, tím horší kvalita kosti a vyšší nebezpečí poškození úrazem

I pooperačně často zůstává oploštělá hlavice, někdy válcovitý krček, stejně jako při lepším průběhu nemoci u kyčle neléčené. Deformace pak při pohybu bolestivě obrušuje hranu stříšky acetabula (tzv. FAI – femoroacetabulární syndrom). V horším případě hlavice vyklouzne z kloubní jamky. Dále neléčená kyčel si v lepším případě vyhloubí tzv. „**neokotyl**“, ve kterém se může i bezbolestně pohybovat a umožňovat namáhavou chůzi. Zvyšuje se tím pseudozkrat končetiny.

Do padesátých let dvacátého století se používal k léčbě Perthesovy choroby např. Snyderův závěs, ale i přes snahu o dobré vyléčení zůstávala postižená kyčel téměř vždy s podstatnějšími následky.

Sociální dopady:

Jako u ostatních nemocí dítěte musí domácí péči zabezpečit rodina.

Pokud je rodina kompletní, babičky jsou v důchodu nebo se z práce mohou na čas uvolnit, matka je na mateřské dovolené, nebo je rodina finančně tak dobře zabezpečená, že si může dovolit péči ošetřovatelky nebo aspoň denní hlídání, jde to.

Málokdo si ale umí uvědomit v plném dosahu například **situaci** jedináčkovy **matky samoživitelky**, která právě získala po mateřské práci a nyní se má bez možnosti pomoci svých bližních starat mnoho měsíců o závažně nemocné dítě.

Kam se má obrátit o pomoc? Kolik toho pro ni mohou udělat úřady? Kolik třeba nadace? Co může čekat od svého zaměstnavatele, ale třeba i současných přátel? Na koho se má obrátit? Kdo jí poskytne dostatek prostředků a času, aby mohla dobře pečovat o dítě, které nemá

v následujícím dlouhém období vůbec chodit, ale ani třeba klečet a doma samozřejmě nemůže zůstat samo?

Úřady vcelku **nemohou dělat nic** kromě krátkodobého a dost nízkého sociálního příspěvku, který sotva pokryje nejnütnější náklady této minirodiny. Možná by se dal využít příspěvek na bydlení a na pomoc v nouzi.

Přátele, i když dobré, časem omrzí chodit na návštěvy a poslouchat stížnosti na nedostatek peněz, na nemožnost navštěvovat zajímavé akce, na bolesti a nálady dítěte.

V současné době se ukazuje, že sebelepší snahy a pomoc nadací a ostatních organizací závisejí pouze na dostatku financí. A těch není nikdy dost...

V tomto ohledu je naše společnost bohužel daleko za západními zeměmi.

Prevence vzniku onemocnění:

U zdravých dětí v podstatě není možná, snad jen **nepřetěžovat** vyvíjející se organismus nadměrnou zátěží např. při přípravě na vrcholový sport.

U „rizikových skupin dětí“ spočívá především v urychleném a důkladném vyléčení i drobnějších infektů, primárním naučení správných pohybových stereotypů a **včasném vyhledání odborné ortopedické péče** při prvních příznacích onemocnění.

Literatura:

U autorek

Kontaktní adresa:

Věra Deriánová

Dětská a dospělá ortopedie a traumatologie UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

Email: soloma@post.cz

VLIV IMPLANTACE TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU NA ŽIVOT KLIENTA

Hana Balvínová¹, Helena Michálková²

¹Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského,
Jednotka intenzivní péče – interní oddělení

²Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta

Souhrn:

Příspěvek se zabývá vlivem implantace trvalého kardiostimulátoru na život klienta. Cílem výzkumu bylo zmapovat péči o klienty před a po implantaci kardiostimulátoru. Jak byli klienti edukováni a kdo jim nejvíce pomohl se vyrovnat se vzniklou situací. Zjišťovali jsme, zda klienti měli k dispozici dostatek informací o životě s kardiostimulátorem. A k jakým změnám došlo v životě klienta po implantaci kardiostimulátoru. Pro naplnění cílů byl zvolen kvalitativní výzkum metodou rozhovoru. Byly provedené rozhovory se sedmi klienty, kteří mají již více než jeden rok implantovaný kardiostimulátor. Výzkumem bylo zjištěno, že péče o klienty s kardiostimulátorem je na velmi dobré úrovni a všichni dotazovaní klienti byli s péčí spokojeni. Měli dostatečné množství informací, které získávali jak od lékaře, tak od sestry. Pro většinu klientů byla nutnost implantace šokem, se kterým se museli vyrovnat. Přes počáteční obavy a časté sledování srdečního rytmu, se klienti s kardiostimulátorem sžili a jeho přítomnost již nyní nevnímají. Z výzkumného šetření je zřejmé, že kardiostimulátor významně ovlivňuje zdravotní stav klientů.

Klíčová slova:

Kardiostimulátor; implantace; klient; edukační činnost; všeobecná sestra; ošetřovatelství

Úvod:

Dnešní doba je ve znamení počítačů a elektroniky, veškeré přístroje se zdokonalují a zmenšují. Kardiostimulátor tedy do dnešní doby zapadá. Je to malý velký počítač, který dokáže řídit to nejcennější, lidské srdce. Jak se s tím, ale srdce vyrovná? Ale hlavně jak se tím vyrovná samotný člověk? Každý má své plány a cíle, chce dosáhnout maxima a nepřipouští si, že by to mohlo být jinak. Náhle se však srdce unaví a potřebuje pomoc a podporu. V dnešní době, je to možné, existuje kardiostimulátor. Kardiostimulátor pomáhá elektrickými impulzy lidem s poruchami srdečního rytmu a dnes patří k běžné a dostupné léčbě. Na jedné straně zachraňuje život, na druhé má však i několik nevýhod, které výrazně zasáhnou do života klienta. Abychom předcházeli možným komplikacím, je nutné, aby byli klienti dostatečně edukováni. Každý invazivní zákrok je pro klienta náročnou životní situací, klient potřebuje veškerou péči k tomu, aby se se situací dokázal vyrovnat. Vlivem onemocnění, které je indikací k implantaci kardiostimulátoru, dochází k jistým životním omezením, ať již zhoršení dechu, únavě, malátnosti a mnoha dalších. Baterie, elektrody v srdci, proud. Nastává doba robotizace? Je nutné, aby si lidé s kardiostimulátorem nepřipadli méněcenní a poháněni elektrickou. Je na lékařích a sestřích, aby byli klienti řádně edukováni, aby měli veškeré informace o životě s kardiostimulátorem a měli možnost, se kdykoli obrátit na ošetřující personál s případnými dotazy. Tak jako občas jiskří elektřina, ať jiskří těmto klientům úsměv na tváři.

Cíle práce:

1. Zmapovat péči o klienty s kardiostimulátorem před a po implantaci.
2. Zjistit, zda měl klient dostatek informací a kde je získal.
3. Zjistit změny v životním stylu u klienta po implantaci kardiostimulátoru.

Metodika:

K naplnění cílů výzkumné práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření metodou rozhovoru. Rozhovor byl proveden se sedmi klienty s implantovaným kardiostimulátorem. Rozhovor měl 52 otázek. Výzkum probíhal náhodným výběrem klientů s implantovaným kardiostimulátorem, v kardiostimulační poradně v nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze. Rozhovor měl několik částí – identifikační data, indikace k výkonu, vlastní výkon implantace, život s kardiostimulátorem po výkonu, péče o kardiostimulátor. Výzkumné šetření bylo provedeno v nemocničním zařízení nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze. Rozhovory byly realizovány v měsíci únoru a březnu 2010.

Výzkumný soubor:

Rozhovory byly provedeny se sedmi klienty, kterým byl implantován kardiostimulátor. Výzkumný soubor tvořili 4 ženy a 3 muži. Nejmladší klientce s kardiostimulátorem je 47 let, nejstaršímu klientovi je 86 let. 3 klienti žijí v manželském svazku, 1 klientka je rozvedená a rodinný stav třech klientů je vdova/vdovec. Nejkratší doba, po kterou má klient kardiostimulátor je 1,5 roku, nejdéle implantovaný kardiostimulátor má klient 4 roky. Všichni klienti mají implantovaný první kardiostimulátor.

Výsledky:

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentů

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ							
Respondent	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Pohlaví	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena	Muž	Žena
Věk	59	71	49	86	47	69	72
Sociální status	Vdaná	Vdovec	Vdaná	Ženatý	Rozvedená	Vdovec	Vdova
Pracující	Socioložka	Důchodce	Vychovatelka	Důchodce	Daňový poradce	Důchodce	Důchodce
Délka života s KS	1,5 Roku	3 Roky	2,5 Roku	3,5 Roku	1,5 Roku	4 Roky	3,5 Roku
Kolikátý KS	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka 1 znázorňuje identifikační data respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Rozhovory byly provedeny se sedmi klienty, kterým byl implantován kardiostimulátor. Výzkumný soubor tvořili 4 ženy a 3 muži. Nejmladší klientce s kardiostimulátorem je 47 let, nejstaršímu klientovi je 86 let. 3 klienti žijí v manželském svazku, 1 klientka je rozvedená a rodinný stav třech klientů je vdova/vdovec. Tabulka 1 dále znázorňuje pracovní aktivity klientů. Tři klienti jsou výdělečně činní. Čtyři klienti jsou starobními důchodci, z toho dva jsou i nadále ekonomicky aktivní. Nejkratší doba, po kterou má klient kardiostimulátor je 1,5 roku, nejdéle implantovaný kardiostimulátor má klient 4 roky. Všichni klienti mají implantovaný první kardiostimulátor.

Tabulka 2 - Příprava klienta před výkonem

PŘÍPRAVA RESPONDENTA PŘED ZAVEDENÍM KARDIOSTIMULÁTORU							
Respondent	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Kdo vysvětlil a popsal výkon implantace KS	Lékař, sestra	Lékař, sestra	Lékař, sestra	Lékař, sestra	Lékař, sestra	Lékař, sestra	Lékař, sestra
Další zdroje	Internet, informační brožura	Nebyly použity	Informační brožura	Snacha – všeobecná sestra, přítel s KS	Internet, informační brožura	Nesháněl, informační brožura, přítel s KS	Nesháněla, informační brožura
Chyběly informace	ne	ne (získal po zavedení dočasné KS)	ne	ne	ne	ne	ne
Měl čas na rozmyšlenou	ano	vitální indikace – času málo	ano	ano	ano	ano	ano
Měl obavu z přítomnosti cizího přístroje	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ne

Tabulka 2 popisuje přípravu klienta před výkonem implantace trvalého kardiostimulátoru. Všem sedmi klientům byl podrobně popsán a vysvětlen výkon lékařem, provádějícím kardiostimulaci a sestrou, která u výkonu asistuje. K získání dalších informací neměl příliš možností jeden klient, kterému byla nejprve zavedena elektroda s dočasnou kardiostimulací, pro vzniklou AV blokádu III. stupně.

Pět klientů ze sedmi, si podrobně přečetli informační brožuru, kterou získali od ošetřujícího personálu. Tři klienti se pokusili získat potřebné informace pomocí internetu. Dvěma klientům pomohly praktické rady od přátel, kteří již mají naimplantovaný kardiostimulátor.

Dva klienti více informací nezískávali, postačily jim informace podané lékařem a sestrou. Jeden klient získával informace v rodině od své snachy, která pracuje jako všeobecná sestra. Všechna sedm klientů mělo dostatek informací k výkonu. Žádnému informace nechyběly.

Čas na rozmyšlenou a možnost konzultace s rodinou a příbuznými mělo všech sedm klientů. Jeden klient měl času málo, z důvodu zavedené dočasné kardiostimulace a nutnosti implantace trvalého kardiostimulátoru. Obava z přítomnosti cizího přístroje v těle se nevyskytla u pěti klientů. Dva klienti se obávali, že jejich srdce bude řízeno elektricky.

Tabulka 3 – Vlastní výkon zavedení/implantace kardiostimulátoru

IMPLANTACE KARDIOSTIMULÁTORU							
Respondent	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Byl jste dobře připraven na výkon	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
Hodnocení výkonu	Snesitelný, strach	Nebolestivý, strach	Nebolestivý, strach - pláč	Nebolestivý, beze strachu	Nebolestivý, dlouhá doba	Snesitelný, vnímal bolest	Bolest v zádech, zhoršení dechu, strach
Hodnocení ošetrovatelské péče	Velice kvalitní	Velice kvalitní	S péčí spokojena	S péčí spokojen	S péčí spokojena	S péčí spokojen (hospitalizace i snášel špatně)	S péčí spokojena (smutek z dlouhodobé hospitalizace)
Komplikace	Malý hematom	ne	ne	Zvýšené krvácení, v důsledku vysokého TK	Obtížné umístění komorové elektrody, druhý den zvýšená TT	Obtížné umístění komorové elektrody, bolest	Dušnost, pneumothorax
Příprava na domácí ošetření	Poučena klientka i rodina	Propuštěn po vyndání stehů, dále poučen	Klientka poučena	Propuštěn po vyndání stehů, dále poučen	Klientka poučena	Poučen klient i rodina	Propuštěna po vyndání stehů, dále poučena
Informace o životě s KS	Podrobně seznámena, obávala se omezení	Podrobně informován, omezení se neobával	Podrobně informována, obávala se omezení	Podrobně informován, ničeho se neobával	Podrobně informována, obavy z omezení aktivního života	Podrobně informován, obavy ze zhoršení kvality života	Podrobně informována, neobávala se omezení

Tabulka 3 je zaměřena na hodnocení vlastního výkonu implantace trvalého kardiostimulátoru, nemocniční péče a na přípravu do domácího ošetření. 6 klientů ze sedmi bylo na výkon dobře připraveno, měli veškeré informace, které byly dostupné. Jeden klient, kterému byla z vitální indikace zavedena dočasná elektroda, získal dané informace až po té. 4 klienti hodnotili výkon jako nebolestivý, 2 jako snesitelný a pro jednu klientku byl výkon bolestivý, se zhoršeným dýcháním. 4 klienti měli během výkonu strach, pro jednoho klienta byl výkon časově dlouhý. Jedna klientka během výkonu plakala. Ošetrovatelskou péčí během hospitalizace hodnotili všichni klienti pozitivně. Pět klientů bylo s péčí spokojeno, z toho dva klienti špatně snášeli dlouhodobou hospitalizaci. Dva klienti hodnotili dále ošetrovatelskou péči jako velice kvalitní. Komplikace při výkonu se vyskytly u 4 klientů. U dvou klientů se jednalo o obtížné umístění komorové elektrody, z nich měla jedna klientka druhý den ráno subfebrilii 37,3 °C, dále normotermie. U jednoho klienta se výkon zkomplikoval krvácením v místě operační rány, z důvodu vysokého krevního tlaku. U jedné klientky došlo při punkci k pneumotoraxu a kolapsu pravé plíce. Další tři klienti byli bez komplikací, jedna klientka měla malý hematom v okolí rány. Poučení, jak pečovat o operační ránu, získali všichni klienti. 4 klienti byli propuštěni ještě před vyndáním stehů, ošetřování rány prováděli sami doma. U dvou klientů byli poučeni rodinní příslušníci, kteří se o nemocné klienty starali. Na vyndání stehů a kontrolu přišli všichni klienti ambulantně. 3 klienti byli propuštěni z nemocnice až po vyndání stehů, protože jejich zdravotní stav vyžadoval delší hospitalizaci. Přesto získali poučení, jak se o ránu starat. Všech sedm klientů bylo podrobně seznámeno a získalo potřebné množství informací o dalším životě s implantovaným kardiostimulátorem. 4 klienti měli obavy žít s kardiostimulátorem, báli se omezení, nedokázali si představit již žít normálně. 3 klienti neměli obavy ze soužití s kardiostimulátorem. Brali to, jako potřebnou nutnost.

Tabulka 4 - Život po implantaci kardiostimulátoru

ŽIVOT S KARDIOSTIMULÁTOREM							
Respondent	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Obtíže vymizely	Ano, je bez obtíží, vymizela únava, větší pocit jistoty	Ano, zlepšení zdravotního stavu	Ano, bez obtíží, vymizela únava	Nepocit'oval velkou změnu, neměl příliš obtíží, zlepšené dýchání	Nepocit'ovala změnu, neměla potíže	Ano, vymizely příznaky únavy a motání hlavy, přetrvává dušnost	Ano, vymizela únava, větší jistota v pohybu, zlepšené dýchání
Vnímání kardiostimulátoru	Zpočátku neustále, stále si nahmatával a, nyní ne	KS vnímá pozitivně, zachránil mu život	Zpočátku ano, nyní přístroj nevnímá	Občasná kontrola srdeční frekvence	Dobry pocit a možnost podstoupení operace karcinomu	Psychicky vnímá KS neustále, jako cizí těleso	Přítomnost kardiostimulátoru nevnímá
Reakce rodiny	Bez obtíží, nechce být považován a za nemocnou	Bez obtíží, hovořil o KS otevřeně	Rodinu i přátele informoval a, nechce být středem pozornosti	Bez obtíží, hovořil o KS otevřeně	V rodině bez obtíží	Rodina bez obtíží, dále to nezveřejňuje, stydí se za to	Rodinu nemá, informovala pouze sousedku
Výběr oblečení	KS omezuje, snaží se skrývat jizvu	Bez omezení, za jizvu se nestydí	Bez omezení, za jizvu se nestydí	Bez omezení	Omezuje ji v nošení spodního prádla, musí volit silnější ramínka	Omezuje, snaží se jizvu skrývat	Bez omezení
Omezuje KS výkon profese	PN krátkou dobu, pracuje jako dříve	Ne, naopak začal brigádně pracovat	PN 1 měsíc, pracuje jako dříve	Bez omezení - důchodce	Bez omezení, pracuje jako dříve	Doposud pracoval bez omezení, nyní chce již odpočívat	Bez omezení, důchodce, občas překládá
Změna životního stylu	Více odpočinku, pravidelný spánek	Ano, více procházky se psem	Více odpočinku, cestování, více času s rodinou	Ne	Více odpočinku, pravidelná strava	Ne, snaží se vše lépe zvládat psychicky	Pravidelně odpočívá
Překážka v intimním životě	Ne	Ne	Ne, upevnění vztahu s manželem	Ne	Ne	Ne	Ne

Tabulka 4 informuje o životě klientů po implantaci trvalého kardiostimulátoru. U pěti klientů, došlo ke zlepšení zdravotního stavu a k vymizení příznaků, které vedly k implantaci kardiostimulátoru. Z toho u jednoho klienta přetrvává dušnost do dnes. 2 klienti nepocit'ovali žádnou změnu, neměli žádné subjektivní příznaky, které by je před kardiostimulací omezovaly. 2 klientky vnímaly z počátku přítomnost kardiostimulátoru neustále. Později si na kardiostimulátor zvykly a naučily se s ním žít. 2 klienti vnímají kardiostimulátor pozitivně, jeden jako zdroj záchrany život, druhý jako možnost další léčby a šance. Jeden klient si pouze občas zkontroluje pulz, jedna klientka nevnímá přítomnost kardiostimulátoru vůbec a jeden klient ho vnímá neustále jako cizí těleso. Rodiny všech klientů přijaly skutečnost, že je srdce podporováno přístrojem, bez obtíží. Jedna klientka má pouze sousedku, kterou informovala. 2 klienti nechtějí být středem pozornosti a jeden klient se za přítomnost kardiostimulátoru stydí a nerad o tom s kýmkoli hovoří. Ve výběru oblečení jsou čtyři klienti bez omezení, nestydí se za jizvu a nemají potřebu ji skrývat. 2 klienti se snaží jizvu skrývat. Jednu klientku omezuje přístroj v nošení spodního prádla. Musí vybírat prádlo se silnějšími ramínky. Ani jeden klient

nepocítoval omezení v pracovním životě. Tři klienti měli pracovní neschopnost, kterou brzy ukončili a začali opět znovu pracovat. 4 klienti jsou již důchodového věku, jeden již nepracuje, jeden pouze brigádně, jedna klientka příležitostně a jeden klient v současné době ukončuje svou pracovní činnost a firmu chce předat synovi. Pět klientů ze sedmi se snažilo změnit svůj životní styl po implantaci trvalého kardiostimulátoru. 4 začali více a pravidelně odpočívat, jeden klient začal aktivně chodit na procházky se svým psem. 2 klienti svůj životní styl nezměnili, jeden z nich se snaží vše zvládat lépe psychicky. Ani jeden z klientů nezaznamenal omezení v intimním životě. Pro jednu klientku znamenala implantace kardiostimulátoru upevnění vztahu s manželem.

Diskuse:

Tato práce se zabývá vlivem implantace trvalého kardiostimulátoru na život klienta. Výzkumný soubor tvořilo 7 klientů s implantovaným kardiostimulátorem. Všichni klienti mají první implantovaný přístroj. Oslovení klienti byli 4 ženy a 3 muži (tabulka 1). Tato část výzkumného šetření se zabývala informovaností a edukací klientů před výkonem a po výkonu. Tabulka 2 nám ukazuje důvody, proč klienti vyhledali lékaře a na základě jaké diagnózy jim byla indikována implantace kardiostimulátoru. Indikace a doporučení jsou vydány Českou kardiologickou společností, které vypracovala pracovní skupina Arytmie a trvalá kardiostimulace (Táborský, K. a kol. 2009). První informace o kardiostimulaci podal všem klientům vždy lékař, je to první osoba, která sděluje klientovi tuto zásadní změnu, zasahující do normálního života. Lékař podá informace o nutnosti a postupu výkonu. V nemocnici, kde byl výzkum prováděn, byli klienti spokojeni s edukací od lékaře. Dle mého názoru je edukace od lékařů stručná, ale klienti jsou spokojeni s vstřícným přístupem, slova lékaře jsou pro většinu klientů „svatá“. Proto je důležitou součástí kardiostimulačního týmu edukační sestra, která je klientovi blíže a podá další doplňující informace. Souhlasím s tvrzením z odborného článku z časopisu Sestra (Řepová, V., Galatíková, J. 2007, s 44), že důležitá je edukace pacienta v klidu, ponechat čas a prostor na vstřebání informací, zeptat se, zda klient všemu porozuměl, výhodou je i praktická ukáзка. Z tohoto výzkumu je zřejmé, že pro všechny klienty byla edukace sestrou velice důležitá. Všichni klienti ocenili pozornost, vstřícnost a trpělivost při vysvětlování postupu výkonu. Pro představu pro ně byla i příjemná názorná ukáзка kardiostimulátoru. Klient by se měl cítit bezpečně, měl by být naprosto srozuměn s výkonem, který ho čeká a vždy musí písemně souhlasit s daným výkonem. Dle Škrly (Škrly, 2005) vychází informovaný souhlas z lékařské etiky, kde je popsáno právo jedince spolurozhodnout o tom, co se bude dít s jeho tělem. Výzkum nám potvrdil důležitost edukace. Všichni klienti byli edukováni a měli dostatek informací. Zde je kladen důraz na odbornost a osobnostní vlastnosti sester. Sestry se musí v daném oboru neustále vzdělávat, získávat nové informace a zkušenosti, aby nové poznatky mohli předávat dále klientům. Žádný z klientů nebyl nadšen informací o nutnosti implantace kardiostimulátoru, ale všichni přijali tuto skutečnost jako fakt. 2 z dotazovaných klientů měli obavu z přítomnosti kardiostimulátoru v těle. Co se týče informovanosti, firmy s kardiostimulátory se předhánají ve vydávání informačních brožur. Kladu si otázku, zda je ale vhodná a upravená tak, že ji dokážou správně pochopit i lidé s nižším vzděláním a lidé pokročilého věku, kterých je indikovaných k výkonu většina. Přestože je z výzkumu jasná spokojenost a dobrá informovanost, osobně bych uvítala větší množství a rozmanitější nabídku informačního materiálu. Více fotografií, více kazuistik.

Všichni klienti, krom jednoho, který byl stimulován z vitální indikace, získali čas na rozmyšlenou, čas na rozhovor se svou rodinou, nebo někým blízkým. Všichni tuto možnost využili. Co mne překvapilo, žádný z klientů neměl nedostatek informací. Klienti měli důvěru k sestře, která je provázela celým procesem, měli méně rozpaků. Toto vše klade vysoké

nároky na schopnosti sester. Schopnosti podrobně vysvětlit, rozumět dané problematice, ale i schopnost empatie a edukace klientů. 5 klientům vymizely po výkonu problémy, kvůli kterým vyhledali lékaře. 2 klienti nepocítovali subjektivně žádnou změnu. Dle Kapounové (Kapounová, 2007) reagují pacienti na implantovaný kardiostimulátor různě. Někteří pocítojí strach o svůj život, nepříjemnou závislost na přístroji. Některým dává kardiostimulátor pocit volnosti a kontroly nad svým životem. V našem výzkumu vnímá 6 klientů přítomnost kardiostimulátoru pozitivně, 1 klient, vnímá kardiostimulátor jako cizí těleso ve svém těle. Stejně tak 6 klientů neomezuje daný výkon ve výběru oblečení, pouze 1 klient se snaží zakrývat jizvu. Co se týče profesního působení, 2 klientky měly krátkou dobu pracovní neschopnost. Ostatní klienti byli v tomto případě bez omezení. Pouze jeden klient nezměnil svůj životní styl. Dalších 6 klientů se snaží pravidelně odpočívat. Překážku v intimním životě neprokázal žádný z klientů, naopak u jedné klientky došlo k posílení vztahu s manželem. Rodiny všech klientů přijali fakt implantace kardiostimulátoru s tolerantností a respektem. Dle výsledků výzkumu a doporučení České kardiologické společnosti, docházejí všichni klienti na pravidelnou kontrolu kardiostimulátoru do kardiostimulační poradny. Pocit ujištění od lékaře, že baterie kardiostimulátoru funguje, dodává pocit bezpečí. Pouze jeden respondent má obavy o funkčnost přístroje. Dle dostupných zdrojů firmy Biotronik, by k situaci, že se vybijí baterie, u pravidelných kontrol nemělo dojít. Překvapil mne výsledek výzkumu, že všichni respondenti zlepšili svůj životní styl. Více odpočívají, méně se stresují. Tato situace nemusí přímo souviset s implantací kardiostimulátoru, ale s uvědoměním si vzácnosti života. Pro pocit jistoty a bezpečí mají všichni klienti možnost kontaktovat lékaře a zdravotnické zařízení, v případě jakýchkoli potíží.

Dle výzkumného šetření ani jeden z klientů aktivně nevyhledává setkání s lidmi, kteří mají kardiostimulátor, dle mého názoru je to typicky česká povaha lidí. Nechtějí mluvit s někým cizím o svém problému. Neexistují ani žádné sdružení a spolky. Cílem práce bylo zjistit vliv implantace kardiostimulátoru. Pomocí rozhovorů se 7 klienty bylo zjištěno, že implantace kardiostimulátoru neomezuje klientův život. Naopak vede k jeho zkvalitnění. Výzkum ukázal, že přítomnost kardiostimulátoru v těle, nemá výrazný, omezující vliv na život klienta. Cíle práce byly splněny. Dle mého názoru přinesl výzkum ujištění o bezpečnosti kardiostimulátoru a o možnosti žít dalšího a kvalitního života. Rozhodně tento přístroj nezpůsobuje invaliditu a připoutání na lůžko.

Závěr:

Implantace kardiostimulátoru je důležitý život zachraňující výkon. Každoročně se v České republice provede více než 6000 implantací trvalého kardiostimulátoru. Kardiostimulace je léčebnou metodou pomalých srdečních rytmů. Přesto, že kardiostimulátor zlepšuje svým nositelům zdravotní stav, je to náročná životní situace, která zasahuje do všech aspektů klientova života. Rozhodně tento výkon zatíží psychiku klienta, ale i celé jeho rodiny. Cílem této práce bylo zjistit a zmapovat péči o klienty před a po implantaci kardiostimulátoru. Jak byli klienti edukováni a kdo jim nejvíce pomohl se vyrovnat se vzniklou situací. Zjišťovali jsme, zda klienti měli k dispozici dostatek informací o životě s kardiostimulátorem. A k jakým změnám došlo v životě klienta po implantaci kardiostimulátoru. Pro naplnění cílů byl zvolen kvalitativní výzkum provedené rozhovory se sedmi klienty, kteří mají již více než jeden rok implantovaný kardiostimulátor. Rozhovory byly provedeny při návštěvě klientů v kardiostimulační poradně, kam dochází na pravidelné kontroly. Výzkumem bylo zjištěno, že péče je na velmi dobré úrovni a všichni dotazovaní klienti byli s péčí spokojeni. Měli dostatečné množství informací, které získávali jak od lékaře, tak od sestry. Mnoho klientů čerpalo informace z informačních materiálů a z médií, především z internetu. Pro většinu klientů byla nutnost implantace šokem, se kterým se museli vyrovnat. Přes počáteční obavy a časté sledování srdečního rytmu, se klienti s kardiostimulátorem sžili a jeho přítomnost již

nyní nevnímají. Jejich život je ve většině případech lepší. Z výzkumného šetření je zřejmé, že kardiostimulátor významně ovlivňuje zdravotní stav klientů.

Literatura:

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9.

KUTNOHORSKÁ, E. *Etika v ošetrovatelství*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2069 – 2.

ŘEPOVÁ, V., GALATÍKOVÁ, J. Příprava a péče o pacienta před a po primoimplantaci a reimplantaci kardiostimulátoru. *Sestra*. Praha 2007, roč. 17, č. 12, s. 44. ISSN 1210 – 0404.

ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80 – 7013 – 419 – 4.

TÁBORSKÝ, K. a kol. *Zásady pro implantace kardiostimulátorů, implantabilních kardioverterů – defibrilátorů a systémů pro srdeční resynchronizační léčbu 2009*. Vypracovali členové výboru pracovní skupiny Arytmie a trvalá kardiostimulace České kardiologické společnosti

ANON *Co by jste měli vědět o svém kardiostimulátoru*. Biotronik 2005 [online] Dostupné z <http://www.biotronik.cz/prirucky/pm.pdf> [cit. 2009-11-23]

Kontaktní adresa:

Bc. Hana Balvínová

Interní oddělení

Nemocnice MSKB

Vlašská 36

118 33 Praha 1

Email: h.balvinova@seznam.cz

ELIMINAČNÍ METODY U DĚTÍ

Eva Vlachová

Fakultní nemocnice v Motole, Pediatriká klinika, Oddělení dialýzy pro děti a dospělé

Souhrn:

Autorka v příspěvku podává základní přehled a definice eliminačních metod prováděných u dětí ve Fakultní nemocnici v Motole. Tyto metody patří k efektivním a v současnosti stále častěji využívaným léčebným metodám.

Klíčová slova:

Eliminace; Dialýza; Difuze; Ultrafiltrace; Hemodialýza; Hemodiafiltrace; Plazmaferéza; Hemoperfuze; Peritoneum; Imunoabsorbce

Definice eliminačních metod

Eliminační metody používáme tam, kde je potřeba vyloučit z organismu nějakou látku, která je obsažena v krvi. Na Dialyzačním středisku pro děti a dospělé ve FN Motol provádíme tyto eliminační metody: hemodialýzu, hemodiafiltraci, plazmaferézu, imunoabsorbci, hemoperfuzi, kontinuální metody a peritoneální dialýzu.

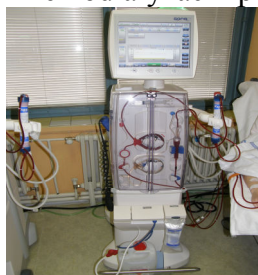
Hemodialýza a hemodiafiltrace - principem těchto metod je prostup látek přes polopropustnou membránu na základě difuze a ultrafiltrace.

Difuze – samovolný pohyb molekul z místa vyšší koncentrace do místa nižší koncentrace.

Ultrafiltrace – protlačování tekutiny vlivem přtlaku přes póry membrány. Toto probíhá v dialyzátoru přes polopropustnou membránu. Průtok krve dialyzátorem se řídí věkem, hmotností, stavem pacienta a kvalitou cévního přístupu a zajišťuje nám jej krevní pumpa. Na druhé straně membrány protéká dialyzační roztok, který si dialyzační přístroj míchá z dialyzačního koncentrátu a speciálně upravené vody. Nejčastějšími indikacemi k hemodialýze je renální selhání z různých příčin, hyperkalémie, hyperkalcémie, intoxikace.

Hemodialýza je buď akutní výkon, kdy se jedná o dočasný stav a nebo chronický, kdy došlo k nezvratnému selhání ledvin pacienta, které vyžaduje pravidelné léčení a pacient je zařazen do čekací listiny na transplantaci ledviny.

Obr.1 Hemodialyzační přístroj



Nejčastějším cévním přístupem pro chronicky dialyzovaného pacienta je arteriovenózní fistule, což je spojení vény s arterií, nejčastěji na předloktí, kde dochází tlakem arteriální krve k rozšíření vény, do které se napichují dialyzační jehly. Další možností cévního přístupu je dvoucestný centrální žilní katetr.

Obr. 2 Arteriovenózní fistule



Obr. 3 Centrální žilní katetr



Plazmaferéza – je metoda, při které odstraňujeme z krve látky, které jsou vázány na krevní bílkovinu. Odstraňuje se plazma pacienta, která je hrazena náhradním roztokem albuminu nebo mraženou plazmou.

Nejčastějšími indikacemi jsou systémová onemocnění (lupus), polyradikuloneuritidy, hemolyticko-uremický syndrom, trombocytopenické purpury. Plazmaferéza může být buď membránová (přes plazmafiltr) nebo separační (centrifuga).

Obr. 4 Separační plazmaferéza



Obr. 5 Membránová plazmaferéza



Hemoperfuze – je metoda vylučování toxických látek na vhodný absorpční materiál – aktivní uhlí nebo syntetické pryskyřice.

Indikací jsou nejčastěji akutní intoxikace (léky, houbami) a metabolická selhání.

Obr. 6 Hemoperfuze



Kontinuální eliminační metody – principem je průchod krve filtrem s vysokopropustnou membránou. Tvoří se filtrát a ten je odváděn do odpadu a hrazen náhradním roztokem.

Indikací je akutní renální selhání s hyperhydratací, pacient je napojen nepřetržitě 24 hodin.

Typy kontinuálních eliminačních metod:

CAVH – kontinuální arterio-venózní hemofiltrace. U této metody není potřeba přístroj, krev je transportována přes hemofiltr tlakem arteriální krve. Tato metoda se používá velmi zřídka.

CVVH – kontinuální veno-venózní hemofiltrace je běžně používaná metoda za pomoci přístroje, cévním přístupem je zde dvoucestný centrální žilní katetr.

CVVHD – kontinuální veno-venózní hemodialýza je také častá metoda prováděná za pomoci přístroje přes centrální žilní katetr.

Obr. 7 CVVH



Peritoneální dialýza – principem této metody je prostup látek přes polopropustnou membránu. Oproti hemodialýze, kde je tato membrána umělá, zde se jedná o živou tkáň – peritoneum. Do dutiny břišní se zavádí speciální peritoneální katetr a v určitých intervalech je

napouštěn a vypouštěn dialyzační roztok. Výměny roztoku je možno provádět buď ručně nebo za pomoci přístroje – cycleru.

Obr. 8 Peritoneální dialýza



Indikací k léčbě peritoneální dialýzou je renální selhání z různých příčin. Provádí se jak u akutních pacientů, tak u chronických.

Imunoadsorbce - speciální metoda, při které dochází k selektivnímu vychytávání imunoglobulinů. Indikace jsou podobné jako u plazmaferézy. Tuto metodu provádíme u dětí jako jediné pracoviště v České republice.

Obr. 9 Imunoadsorbce



Závěr

Dětské dialyzační středisko ve Fakultní nemocnici v Motole vzniklo v roce 1980. V loňském roce jsme oslavili 30 roků naší práce. Našimi pacienty jsou děti od 0 do 18 roků. Přístrojové vybavení našeho oddělení a odborně vyškolený personál nám umožňují provádět eliminační metody maximálně kvalitně a na vysoké úrovni. Výsledky naší práce jsou zřejmé a dokumentují je stovky pacientů.

Uvedené fotografie jsou čerpány z databáze oddělení.

Literatura:

U autorky.

Kontaktní adresa:

Eva Vlachová
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: eva.vlachova@fnmotol.cz

CHRONICKÁ PERITONEÁLNÍ DIALÝZA U DĚTÍ

Oldřiška Čierná, Eva Vlachová, Alena Laubová,
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají základní přehled o léčbě chronickou peritoneální dialýzou u dětí v ČR od roku 1991 po současnost. Informují o ambulantní a domácí péči o děti s peritoneální dialýzou. Popisují možné komplikace, edukaci rodičů, způsob léčby, dietní a pitný režim těchto dětí.

Klíčová slova:

Peritoneální dialýza; Peritoneum; Peritoneální katetr

Úvod

Chronické renální selhání je možno léčit buď hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou. Principem u obou těchto metod je prostup látek přes polopropustnou membránu. Zatímco u hemodialýzy se jedná o mimotělní metodu, u peritoneální dialýzy dochází k tomuto procesu uvnitř těla pacienta. Do dutiny břišní je zaveden katetr, kterým se napouští dialyzační roztok. Do tohoto roztoku procházejí z krve přes peritoneum látky, které potřebujeme odstranit. Roztok se po určité době vypustí a napustí se nový. Tuto léčbu si pacienti provádějí doma, což je oproti hemodialýze velká výhoda. Výměny dialyzačního roztoku je možno provádět buď ručně nebo za pomoci přístroje.

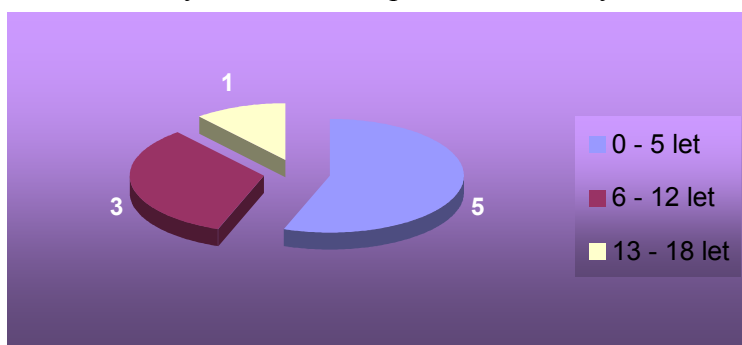
Cíl práce

Autoři příspěvku chtějí seznámit účastníky konference s komplexní péčí o děti léčené chronickou peritoneální dialýzou ve FN Motol.

Peritoneální dialýza ve FN Motol

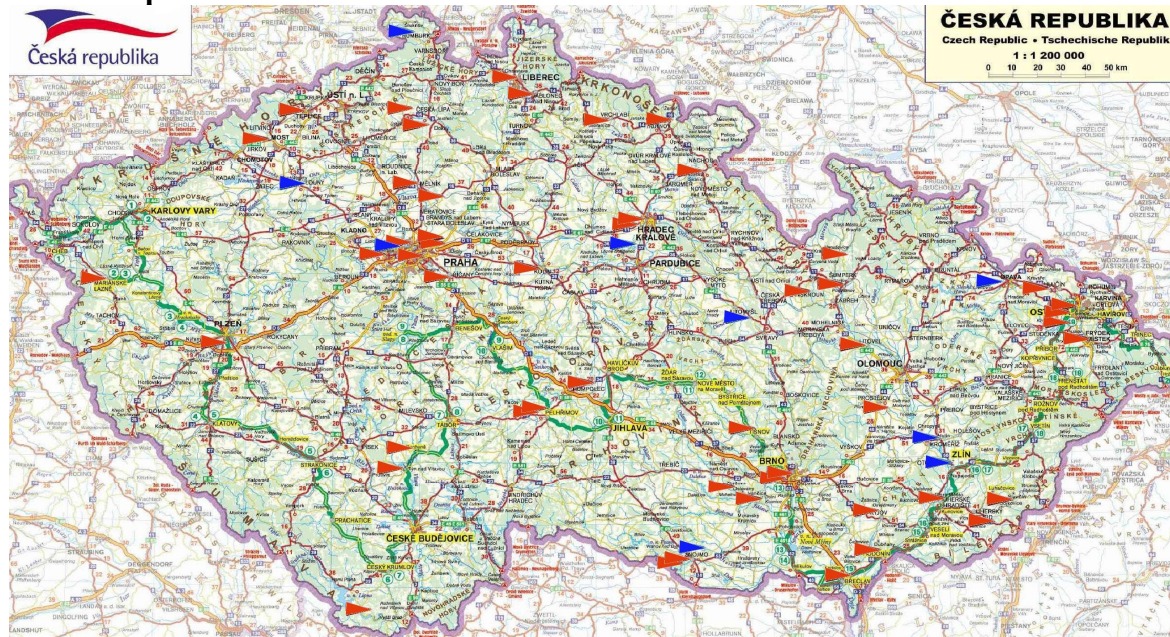
Chronická peritoneální dialýza u dětí je ve Fakultní nemocnici v Motole prováděna od roku 1991. Do konce roku 2010 bylo touto metodou léčeno celkem 96 dětí. Jednalo se o děti od 0 do 18 roků věku. Nejmladšímu pacientovi bylo v době zahájení léčby 7 dní a jeho hmotnost byla 2 100 g.

Graf 1 Počet dětí léčených chronickou peritoneální dialýzou v současné době



Na našem oddělení jsou chronickou peritoneální dialýzou léčeny děti z celé České republiky. Na přiložené mapě jsou vyznačena místa bydliště našich pacientů. Modré praporky označují současné pacienty na peritoneální dialýze, červené- pacienty, kteří již byli odtransplantováni.

Obr.1 Mapa



K léčbě chronickou peritoneální dialýzou používáme dvoumanžetový Tenckhoffův katetr. K dispozici jsou různé velikosti katetrů. Volba správného katetru je velmi důležitá, záleží na věku, hmotnosti a tělesné konstituci pacienta. Katetr zavádí chirurg v celkové anestezii. Nefrologická sestra ve spolupráci s operačním týmem provádí proplach peritoneálního katetru, a tak kontroluje jeho průchodnost.

Obr. 2 Peritoneální katetry



Všechny děti s peritoneální dialýzou, léčené ve FN Motol, používají v domácí léčbě přístroj. Na tento přístroj jsou děti napojovány každý večer a dialýza probíhá během spánku. Firmy, zabývající se výrobou spotřebního materiálu pro peritoneální dialýzu, tyto přístroje pacientům bezplatně zapůjčují. Použité fotografie jsou z databáze oddělení

Obr. 3 a obr. 4 Typy přístrojů



Edukace rodičů

O dítě na chronické peritoneální dialýze doma nejvíce pečuje zpravidla matka. Předchází tomu různě dlouhý proces edukace, který má velký význam. Zacvičují se většinou dva členové rodiny, u větších dětí je možno zacvičit i samotného pacienta. Edukaci provádí zkušená dialyzační sestra, která musí umět vše vhodným způsobem vysvětlit a edukované osoby řádně zaškolit.

Součástí edukace je i péče o peritoneální katetr, správná osobní hygiena, dietní a pitný režim, aplikace erythropoetinu, zvládání případných komplikací.

Zvládání komplikací

Velmi důležité je připravit rodiče, pečující o dítě na peritoneální dialýze, na případné komplikace, které mohou nastat. Nefrologický tým (lékař, sestra) mají stálou pohotovostní službu na telefonu. Rodiče mohou na tyto telefony kdykoli zavolat a poradit se v případě jakýchkoli potíží nebo nejasností.

Nejčastějšími komplikacemi je peritonitis, infekce okolí kateru, problémy s napouštěním a vypouštěním roztoku, porušení celistvosti systému (velmi často si dítě způsobí samo – propíchnutí, ustřížení, prokousnutí, poškození uzávěru), případné technické problémy s přístrojem.

Ambulantní kontroly

Děti s chronickou peritoneální dialýzou dochází pravidelně každý měsíc do naší nefrologické ambulance. Zde se děti váží, měří, kontrolují se fyziologické funkce, provádějí se odběry krve, moče a dialyzátu, výtěry z nosu a z okolí peritoneálního katetru, kontrolují a zaznamenávají se údaje o průběhu léčby, dle potřeby je stav dítěte konzultován s dalšími specialisty (např. antropolog, nutriční terapeut, endokrinolog, kardiolog ...).

Závěr

Peritoneální dialýza je dnes běžně používanou léčebnou metodou u pacientů s renálním selháním. Její hlavní výhodou je, že pacienti si provádějí léčbu doma a do nemocnice docházejí pouze na ambulantní kontroly. Tato metoda je preferována hlavně u kojenců a menších dětí a je plnohodnotná ve srovnání s hemodialýzou.

Součástí prezentace bude kazuistika dítěte na chronické peritoneální dialýze. Tento pacient s vrozenou multicystickou dysplazií obou ledvin byl léčen chronickou peritoneální dialýzou od 7 dnů svého věku a byl to nejmladší takto léčený pacient v ČR.

Literatura:

U autorky

Kontaktní adresa:

Oldřiška Čierná
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5

IMUNOADSORBCE U DĚTÍ

Jitka Neugeborenová, Oldřiška Čiřná, Eva Vlachová, Alena Laubová
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají základní přehled o léčbě imunoabsorbci u dětí v ČR od roku 2005 po současnost. Vysvětlují princip této metody, informují o nejčastějších indikacích, kontraindikacích a komplikacích při této metodě. Seznamují s přístrojovým a materiálovým vybavením, informují o dostupnosti této léčebné metody v ČR.

Klíčová slova:

Imunoabsorbce; Plazmaferéza; Eliminace; Fokálně segmentální glomeruloskleróza

Cíl práce

Autoři příspěvku chtějí seznámit účastníky konference s léčbou dětí ve FN Motol pomocí imunoabsorbce .

Imunoabsorbce (IA) je mimotělní eliminační metoda, jejímž principem je vysoce selektivní vychytávání imunoglobulínů. Nejčastěji je tato metoda využívána k léčbě onemocnění jako je například lupus erythematoses, hemolyticko-uremický syndrom, rychle progredující glomerulonefritida a rekurence fokálně segmentální glomerulosklerózy v transplantované ledvině. Ve Fakultní nemocnici v Motole provádíme tuto léčebnou metodu u dětí od roku 2005 a k 30.6.2011 bylo provedeno celkem 262 výkonů. Léčeno bylo celkem 5 dětí, u 4 dětí se jednalo o léčbu fokálně segmentální glomerulosklerózy (FSGS) v transplantované ledvině a 1 dítě bylo léčeno pro Goodpasture syndrom.

Výhody a nevýhody imunoabsorbce – Největší výhodou této metody je vysoká selektivita IgG. Dochází k odstranění protilátek, které se podílejí na vzniku onemocnění. Oproti plazmaferéze je tento výkon šetrnější pro pacienta, protože se zpracovává jeho vlastní plazma a odpadá tím riziko přenosu infekce a vzniku alergické reakce na náhradní roztok (plazma, albumin), který se při této metodě nepoužívá. Nevýhodou imunoabsorbce je omezená dostupnost přístroje. V České republice jsou celkem 4 pracoviště pro dospělé pacienty, která tímto přístrojem disponují. Pro děti je tento přístroj pouze na našem oddělení. Nevýhodou jsou také vyšší počáteční finanční náklady.

Nejčastější kontraindikace – mezi nejčastější kontraindikace léčby imunoabsorbci patří například těžká kardiovaskulární onemocnění, nemožnost antikoagulace, alergická reakce na imunoabsorbční kolony, ale také hmotnost pacienta nižší než 15 kg.

Přístrojové a materiálové vybavení – k provádění imunoabsorbce je nutný přístroj pro separační plazmaferézu (používáme Com.Tec) a přístroj pro samotné zpracování plazmy (Citem), imunoabsorbční kolony, sety a další jednorázový spotřební materiál.

Obr. 1 Připravené přístroje k výkonu



Obr. 2 Imunoabsorbční kolony



Princip imunoabsorbce – v přístroji pro plazmaferézu se pomocí centrifugy odděluje plazma pacienta, ta je dále vedena do přístroje pro imunoabsorbci, kde v imunoabsorbčních kolonách dochází k jejímu zpracování. Během tohoto výkonu se používá citrátová antikoagulace. Imunoabsorbční kolony se u každého pacienta používají opakovaně po dobu 18 měsíců. Po každém výkonu se provádí jejich regenerace a konzervace.

Závěr

Tato léčebná metoda není běžně užívaná. Důvody jsou uvedeny v předchozím textu. Nesporné jsou však výsledky v léčbě a také výhody, které pacientům přináší. V budoucnu je počítáno s častějším používáním této metody u indikovaných pacientů. V závěru příspěvku autoři uvedou přehlednou kazuistiku pacientky, která byla léčena touto metodou na oddělení dětské dialýzy. Kromě samotného výkonu je zde zajímavostí i to, že se jedná o nejmladší pacientku v České republice.

Použité fotografie jsou čerpány z databáze oddělení.

Literatura:

U autorek

Kontaktní adresa:

Jitka Neugeborenová
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol
Fakultní nemocnice Praha – Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: j.neugeborenova@seznam.cz