



FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ**

A

ČESKÁ ASOCIACE SESTER – REGION MOTOL

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XV.

recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí



Fakultní nemocnice v Motole, 19.09. 2013

ISBN: 978-80-87347-14-0

Název publikace:

Cesta k modernímu ošetřovatelství XV. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí

Editor:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Recenze:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Vydala:

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

jako svou 14. publikaci.

Počet stran:	86
Vydání:	první, Praha, 2013
Náklad:	100 výtisků na nosičích CD-ROM
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

Neprodejné!

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN: 978-80-87347-14-0

OBSAH:	str.
Slovo úvodem	5
Koťa Jaroslav Mezní situace v ošetrovatelské profesi	6
Nováková Jana, Vlachová Marie, Mistrik Gustav Umělé neuronové sítě a jejich využití v komunikaci	12
Raudenská Jaroslava Kognitivní terapie jako součást ošetrovatelství chronické nenádorové bolesti	14
Jirkovský Daniel Sestra manažerka - její problémy a potřeby	18
Zelenková Jana Etické aspekty v péči o pacienta s karcinomem	23
Kačorová Jana, Hudáková Anna, Hosáková Jiřina, Římovská Zdena Noncompliance z pohledu ošetrovatelství	26
Morovicsová Eva Špecifika komunikácie s chorým v perioperačnom období	27
Hosáková Jiřina, Mišíková Daniela Mentální anorexie jako edukační problém	33
Lajdová Andrea, Slezáková Marta Hygiena rúk sestier v prevencii vzniku a šírenia nozokomiálnych nákaz	37
Lisová Kateřina a kol. Interní klinika 2. LF UK a FN Motol Péče o cévní vstupy	45
Šimovcová Darina, Žoldáková Ľubica Edukácia dialyzovaného pacienta v starostlivosti o cievny prístup	49
Treterová Silvie, Barteček Ivo, Dorková Zlatica Ošetrovatelka v Baťově závodní nemocnici ve Zlíně v letech 1927 - 1937	56
Vlachová Marie Dětská sestra - od kvalifikace ke specializaci	62
Jirkovský Daniel, Barbora Sedakovová Další profesní vzdělávání - investice pro budoucnost	64

	str.
Tomová Šárka, Nikodemová Hana, Ježková Kateřina Význam komunikace v interpersonálních vztazích sester a lékařů	67
Jirkovský Daniel, Nikodemová Hana Multifunkční simulátory ve výuce ošetřovatelství na 2. LF	73
Mesárošová Jozefína Moderné ošetrovanie rán verzus tradičné ošetrovanie rán	76
Hrenáková Eva Hojenie rán včera a dnes	80
Pastor Jan VAC systém na III. chirurgii	85

SLOVO ÚVODEM

Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,

také letos dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí „Cesta k modernímu ošetřovatelství“. Konference byla v pořadí již patnáctá a proběhla dne 19. září 2013 na půdě Fakultní nemocnice v Motole. Co se změnilo během uplynulého období a úvahy o tom, co nás v budoucnu čeká byly pro všechny účastníky konference tématy k zamyšlení.

Od letošního roku získala konference novou podobu. Stala se jednodenní akcí zaměřenou více interaktivně. V dopoledním bloku zazněla řada teoretických a praktických příspěvků věnovaných ošetřovatelské profesi, zdravotnické legislativě a vzdělávání. Nelze opomenout ani zajímavé a inspirující příspěvky z ošetřovatelské praxe.

Odpolední blok byl věnován workshopům s třemi tématy dle výběru: hojení ran, péči o cévní vstupy a inovacím v kvalifikačním a v postkvalifikačním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Dovolte nám, vážené kolegyně a kolegové, upřímně poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky a pasivním účastníkům za vytvoření příjemné atmosféry během celé konference.

Děkujeme také všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě této akce podíleli.

Těšíme se na Vás v roce 2014!

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

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

MEZNÍ SITUACE V OŠETŘOVATELSKÉ PROFESI

Jaroslav Kořa

Katedra pedagogiky, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Souhrn:

Text připomíná pojem mezní situace K. Jaspersa. Konfrontace s otázkami existencialismu podtrhuje trendy moderní a postmoderní civilizace, v níž lidé otázky smrti a umírání ne zcela úspěšně vytěsňují. Vedle obecné snahy institucionalizovat a neutralizovat smrt, jsou některé profese – včetně ošetřovatelství – vystaveny ostré konfrontaci s umírajícími. Nedostatečná příprava na setkání se smrtí a umíráním může být pro řadu ošetřovatelek tak traumatizující, že nakonec svou profesí opustí.

Klíčová slova:

Institucionalizace; Hospic; Mezní situace; Paliativní péče; Smrt; Supervize; Umírání.

Jaký je náš poměr ke smrti? Domnívám se, že velmi podivný. Chováme se celkově tak, jako bychom chtěli smrt ze života vyloučit; chceme jí takřkajíc umlčet...

Sigmund Freud, 1915

I smrt je koneckonců přirozená, to jen 20. století z ní udělalo tabu.

Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, onkolog

Pojem „mezní situace“ bývá připisován filosofovi Karlu Jaspersovi, který jej údajně vytěžil ze své předchozí lékařské a psychiatrické praxe. Existencialisté jej sice nikdy nedokázali přesně definovat, ale představovali si pod ním mimořádné životní konstelace, kdy je člověk v důsledku nebezpečných událostí konfrontován s otázkami smyslu vlastního života. Zvláště momenty krajního ohrožení mohou vést k tomu, že se jedinci v hlavě v několika zlomcích setiny promítne dlouhý film jeho života, je zaskočen naléhavostí a nezvyklostí otázek, které mu prolétnou myslí. Mnohé tyto mezní prožitky sebou jedinec následně může vléci řadu let, vracejí se mu, oslovují jej a někdy děsí, ale v každém případě obsahují poukazy k existenciálním momentům jeho žití. Proti oslovujícím zážitkům se v moderním věku staví snaha vše racionalizovat, učinit co nejméně bolestivým, neosobním – a to i za cenu odcizení či vyhasnutí vlastních prožitků.

Nástup modernizace v konci devatenáctého století se nesl ve znamení racionalizace výrobních postupů stejně jako lékařské péče, byl provázen odkouzlením světa spojeného s nástupem vědy a techniky do řady lidských zaměstnání, ale i odklonem od idealistických a náboženských hodnot. Racionalizující se společnost řadu existenciálních momentů přenesla na instituce, vytěsnila je a postupně je začala odsouvat mimo pole svého zájmu. Již na počátku dvacátého století technizace začala nabírat tak ostré tempo, že se začala vynořovat řada úvah a varování před její nadvládou, které může vést nejen k zastavení vývoje, ale dokonce až k úpadku člověka, k vyhasnutí jeho instinktů i mnohých dovedností, což může následně způsobit i postupný zánik západní civilizace.¹

¹ Tak to velice podrobně a výrazně vyjádřil v prvních desetiletích dvacátého století například již Oswald Spengler ve slavném spise Zánik západu.

Po druhé světové válce se v důsledku protestů proti utváření a chodu moderní společnosti začal rozvíjet existencialismus, který načas ovládl filosofickou scénu od šedesátých let. Jeho kritické ostří bylo namířeno proti rostoucímu měšťáctví, krátkodechému pragmatismu a konzumnímu způsobu života. Vedle psychoanalýzy a fenomenologie, se tak existencialismus stal jakýmsi třetím pólem filosofování, který poukazoval na důležitost životních témat, jako byly pocity nicoty a zmaru, strachu a úzkosti, vědomí nesmyslnosti lidského údělu, konečnosti a smrtelnosti člověka, ale i prohlubujícího se nihilismu. Do popředí zájmu se dostaly otázky svobody, volby a možnosti zaujetí nového postoje ke světu, k sobě i k druhým lidem.

S nástupem postmoderny od sedmdesátých let dvacátého století se nejen prohloubil důraz na uspokojování materiálních potřeb, ale po desetiletí až do současnosti rostl obecný sklon k hedonismu, který je typický pro celou západní společnost. Vedle pragmatismu, který vede ke sledování konkrétních krátkodobých cílů, prohlubuje se nové pojetí života jako hry, v níž lze propočítat rizika a ztráty. Sám život se stal součástí hrových činností: adrenalinových sportů, riskantních zábav a rizikových aktivit – od horolezectví, nebezpečného putování po rozbourěných řekách na raftech až po pouhou imitaci smrtonosných příběhů v počítačových hrách. Přesto se otázka konečnosti lidského života a smrti jedincům občas připomíná v každodenním životě, vrací se v období katastrof, nehod, nemoci a v čase životních bilancí. V postmoderně je nápadná snaha oddělit smrt od každodenního života, což je trend, který se z měst ve dvacátém století postupně šířil i do tradičních agrárních oblastí. Zvláště ve venkovských oblastech ještě v 19. století většina lidí umírala doma, dnes jsou mnozí předáni do nemocnic a odcházejí ze života často za bílou plentou, považovanou za symbol vyobcování smrti z každodennosti - a odchod ze světa je tak situován mimo běžný čas a prostor.

Konec lidského života byl od pradávna spojen s řadou rituálů, i mnohé tradiční anekdoty připomínají poslední rozhovory umírajících s příbuznými. Umírání v kruhu nejbližších bylo přirozenou součástí životních cyklů. Dnes se nedá říci, že by přítomnost smrti byla zcela potlačena, ale proměnila se především ve virtuální realitu a v simulakry masové filmové zábavy, kde je pojmána vždy jenom jako cosi umělého. Vždyť o potocích krve většina diváků dávno ví, že jde jen o součást zábavní kečupové kultury. A taková smrt se dá kdykoliv vypnout či zastavit stisknutím příslušného tlačítka na kanálovém voliči.

Je-li postmoderna v jistém smyslu pokračováním modernity, ale pozměněnými prostředky, pak zcela jistě nalezneme kontinuitu v nedůvěře vůči otázkám smyslu, které jsou odsouvány mimo zorné pole badatelů. Na jednu stranu se celá moderní medicína stala účinnou právě tím, že odhlédla od duchovních, transcendentních záležitostí lidského života – a to včetně otázek jeho smyslu, na druhé straně má novověký dualismus těla a ducha specifickou dohru v trvalém podcenění duchovních dimenzí lidského žití. Marně na tuto skutečnost upozorňují přes půl století analyticky orientovaní psychoterapeuti, kteří si uvědomují, že toto podhodnocení má vliv i na celkovou úspěšnost somatické léčby.

Neuznání duchovních dimenzí je nejen jedním z důsledků novověkého dualismu těla a duše, ale plyne i z vývoje moderní vědy, která v duchu požadavků pozitivismu a jeho dědice – pragmatismu odmítá do vědeckého postoje ke světu začleňovat otázky hodnot či smyslu lidského života. Teprve souběh mnoha duchovně degradujících aspektů modernity včetně sekularizace umožnil pojmout smrt naturalisticky, technicky a učinit z ní primárně pouhou součástí sociální nebo paliativní péče. Za důstojné dožití se absurdně považuje ukončení života ve sterilním prostředí mimo společenství ostatních. Zvláště lidé, kteří mají ke smrti blízko

věkem nebo v důsledku zdravotních komplikací, vnímají poslední útočiště umírajících spíše jako vysoce modernizované odložiště pro nepotřebné. Co také s nemocnými a starými ve společnosti, která chce vše měřit kvantitativními ukazateli a výkonem? Hospice, které jsou dnes zakládány a uváděny do provozu, využívají nejnovějších poznatků jak z oblasti péče o umírající, tak i znalostí z komunikace a terapie, ale stále ještě představují jenom pověstnou kapku v moři.

Analytici provozu postmoderní společnosti potvrzují skutečnost, že přímá zkušenost se smrtí se za posledních více než sto let postupně vytrácela z každodenních zkušeností lidí. Technický pokrok v medicínských oborech nejen zlepšil kvalitu lidského života, ale mnozí z umírajících jsou zachraňováni a je jim prodlužován život. Jsou to spíše rizikové aktivity, doprava a adrenalinové sporty, které konfrontují jedince se skutečnostmi kolem náhlé smrti. Ale i stopy této smrti jsou rychle odklizeny a odstraněny mimo lidské společenství.

Rubem potlačování faktu smrtelnosti a umírání je, že mnozí jedinci bývají v nejtěžších chvílích opuštěni a osamoceni. Jen málokdy jsou příbuzní upozorněni lékaři, že se blíží čas, kdy by bylo vhodné se s nemocným důstojně rozloučit nebo s ním strávit poslední chvíle jeho života. Kolik ošetřujících zavolá k umírajícímu jejich příbuzné, blízké či přátelé, když je zjevné, že se blíží konec jejich životní cesty? Kolik zdravotnických necírkevních zařízení je schopno přivolat kněze? Proč se duchovní služba stala v moderních organizacích ve většině případů nedostupnou?

Samozřejmost útěchy v podobě rozhřešení a požehnání je umírajícím většinou odepřena. Smrt je svěřena organizacím a zkušenosti ukazují, že i příbuzní bývají v rozpacích, jsou nejistí v tom co říkat, zda vůbec vzít fakt umírání na vědomí a mluvit o konci života s umírajícím. Je-li někdo celý život vychováván tak, aby smrt vytěšňoval, těžko lze od něj očekávat, že povede smysluplný dialog s umírajícím. Ti pak fakt smrti budou většinou vytěšňovat až „za hrob“. Vedle nich jsou tu ovšem ti, kteří se se smrtí setkávají v rámci svých každodenních aktivit – a to jsou lékaři a sestry, ev. následně ti, kteří manipulují s těly zemřelých.

Stojíme-li před otázkou lidské konečnosti, pak je také asi třeba podtrhnout, že samotná smrt není žádný sociálně patologický jev, byť některé z těchto jevů smrtí končí. Přesto se na fakt umírání mnozí dívají jako na exemplární ukázkou sociální patologie. I ve velkých městech je dnes zhruba asi jedna šestina zdravotnických zařízení schopna poskytnout duchovní útěchu umírajícím. Oddalujeme uměle smrt, protože je krajní možností lidského bytí. Ale prodlužováním života pomocí technických aparatur často udržujeme pouze tělesné bytí, ale duchovní složka zůstává stranou.

O umírání a jeho smyslu se v medicínských oborech většinou příliš nediskutuje. Smrt sama je ohrožující téma a usvědčuje medicínu z toho, že není všemocná, občas dokonce i omylná. Není divu, že se v medicínských oborech lze setkat s tendencí pojmout smrt technicky jako ukončení činnosti oběhového a dýchacího systému, které bývá spojeno s dalším nevratným poškozením. Lze připomenout jednoho patologa, který říkával: „Tak co jste si dnes zase vymysleli jako důvod úmrtí?“ Uznával totiž pouze a jen selhání srdeční činnosti. Pokud by se setkal s tzv. klinickou smrtí, která se může projevit vyhasnutím mozkových aktivit, trval by na tom, že pacient žije, i kdyby encefalograf již nevykazoval žádnou aktivitu.

Žijeme ve společnosti, kde je nápadná snaha učinit ze smrti pouhý virtuální jev, na druhé straně se řada lidí setkává se smrtí v každodenním provozu. Lékaři, zdravotníci, policisté, lidé v pohřebnictví, zaměstnanci patologií apod. Ty soudobá společnost pověřila praktickým

řešením otázek života, nemoci a smrti a tím, aby ji pokud možno ochránila od brutální konfrontace s nepříjemnými aspekty umírání. O to více tato skutečnost klade nároky na ty, kteří jsou nuceni se vyrovnat s nejtěžšími otázkami lidské existence sami, bez pomoci a dost často i v okolí, které projevuje náznaky vyhoření či reaguje na fakt smrti cynicky, čímž se pokouší udržet zbytky vlastní integrity. Obrovská nerovnováha mezi těmi, kdo se smrti vyhýbají a těmi, kdo jsou jí vystaveni, se neustále prohlubuje a znemožňuje dialog mezi těmi, kdo se ocitají na prahu smrti nebo jsou průvodci těchto umírajících – a těmi, kteří od smrti utíkají, nevědí si s ní rady, nemají s ní zkušenost a chtějí jen, aby byla pokud možno rychlá, bezbolestná, sterilní.

Dnešní život je nepatetický, nedramatický a schází mu příběh, který má počátek, vrchol a konec. Blízcí se dříve v domácnosti rodili i umírali, rodina byla širokým společenstvím, kde ty nejtěžší chvíle jedinec nenesl téměř nikdy sám. Dnes jsme svědky vzniku nového absurdního mýtu, že o veškeré nepříjemné a ohrožující otázky včetně mezních situací a události smrti se nejlépe postarají příslušní odborníci.² Tento přístup je samozřejmě nesmírně výhodný pro ty, kdo by se jako přátelé či rodinní příslušníci měli se smrtí vyrovnat nejdůkladněji, protože předáním umírajícího do „péče odborníků“ mohou sledovat smrt z povzdálí, napůl angažovaně, což připomíná sledování události na filmovém plátně, jevišti divadla či na televizní obrazovce. Tento odstup umožňuje nejen smrt změnit v její technický obraz, ale jedinec se s ní nemusí ani identifikovat, ani se jí přiblížit, ani ji naplno prožít.³

Technický odstup ke smrti vyvolaný celou řadou společenských, kulturních a filosoficko-náboženských změn navodil i bouřlivou debatu táhnoucí se již několik desetiletí – a to je diskuse kolem otázky eutanazie. Celý moderní a postmoderní věk je opřen o iluzi, že klíčem k ovládnutí světa a tím pádem i života a smrti je technika. Obrovská bezradnost, kterou každý rok lze vyčíst z prací vycházejícím na toto téma, je typickým produktem věku, kdy lidé ztratili schopnost uchopit a vyložit smysl lidského života; cítí přitom, že jsou konfrontováni s tématem, které se nedaří zvládnout pomocí technických řešení.

Úvahy o eutanazii jsou podmíněny snahou udržet si co nejdéle krásu, výkonnost a zdraví, což je součástí moderní formy adorace a kultu mládí, kladoucí nad neustálými snahami o prodloužení života řadu otazníků. Nečekejte ode mne odpověď na jakoukoliv otázku týkající se eutanazie, protože neexistuje žádná speciální filosofie pro ateisty, která by jim poskytla použitelný návod, jak s těmito otázkami naložit. Dovolím si konstatovat jenom to, že neschopnost řešit problémy kolem dobrovolného či dokonce napůl nuceného odchodu ze světa je vysvědčením o kulturně slepých uličkách, z nichž neexistuje žádné dobré a natož uspokojivé východisko. Navzdory tomu chceme, aby lékaři a ošetřovatelé v každodenním provozu tyto hraniční otázky vyřešili za nás. Ale odborník není ani kněz, ani bůh, aby tyto otázky mohl rozhodnout bez opor ve společenském konsensu. Ale ten, jak známo, neexistuje. Celá tato komplikovaná situace jen vypovídá o střetu tradičních morálních témat s postmoderním pragmatismem a technicistním přístupem ke světu – přičemž je naprosto zřejmé, že ani jednoho z těchto postojů se lidé nehodlají vzdát ve prospěch druhého.

² Přestože je naprosto nejasné, kdo je to vlastně odborník, protože se za něj buď prohlásí sám, nebo jej za něj prohlásí někdo druhý – zpravidla nějaký diletant.

³ Dnešní alternativní aktivity na tuto ztrátu reality reagují buď adrenalinovými sporty, nebo dokonce alternativními hnutími (jako jsou vyznavači EMO či Gothic), kteří si navozují sebepoškození, aby mohli „prožít fakt, že ještě žijí“.

Pro řadu zdravotních sester podobně jako pro policisty náhlá konfrontace s umíráním a se smrtí bývá hluboce traumatickou situací, jejíž účinky jsou o to nevypočitatelnější, protože na tyto mezní zkušenosti nebyli připraveni. Z každodennosti bývá otázka konečnosti lidského života odsunuta a vytěsněna, ale náhle je tu ostrá konfrontace s těmi, kteří kvapem opouštějí tento svět. Tomu se nelze uhnout, naopak – zdravotní sestry jsou vystaveny těmto situacím tváří v tvář, jsou náhle zaskočeny a jsou nuceny se s těmito skutečnostmi často vypořádat zcela bez pomoci. Existují výjimečná pracoviště jako například jedna dialyzační jednotka, kde jsou zdravotníci vystaveni kontaktu s těžce nemocnými téměř neustále. Přežít v takovém prostředí delší dobu, jak mi potvrdila jedna ze sester, lze jen díky supervizním balintovským skupinám, kterých se sestry pravidelně účastní. Ty, které nastoupí na tuto jednotku a odmítnou se účastnit supervizních skupin, zhruba po třech měsících požádají o rozvázání pracovního poměru, protože neunesou tíži každodenní reality. Na mezní zkušenosti nelze nikdy nikoho zcela připravit, ale je možné pomocí výcviku, tréninku a prohovoření otázek života, smrti a umírání připravit jedince na to, že se s těmito skutečnostmi může vypořádat, protože jde o hluboce existenciální problémy, kterým nakonec neuhne nikdo z nás. Jenom je tlačíme před sebou a snažíme se jim vyhnout, s čímž v řadě oborů nelze reálně počítat. Příprava budoucích sester by měla obsahovat nejen znalost psychologie pacientů, vědomosti o věkových zvláštностech, možných poruchách a odchylkách, ale i znalost komunikace a jednání s obtížnými pacienty. K humanizaci medicíny patří i to, že jedinec vydrží konfrontaci s mezními situacemi jako s těmi, které mu otevírají tragické a propastné dimenze jeho vlastní lidské existence.

Literatura:

- ALBRECHT, M. J. *Jsme žebráci: Martin Luther o umírání a smrti*. Praha: Lutherova společnost, 2007. ISBN 978-80-903632-3-6
- ARIES, P. *Dějiny smrti II. Zdivočelá smrt*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-293-3
- ASPER, K. *Opuštěnost a sebeodcizení*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-453-3
- ASSMAN, J. *Smrt jako fenomén kulturní teorie. Obrazy smrti a zádušní kult ve starověkém Egyptě* (s doprovodnou studií Thomase Macha „Smrt a truchlení v kulturologické perspektivě“) Praha: Vyšehrad, 2003. ISBN 80-7021-514-3
- BERGDOLT, K. *Černá smrt v Evropě: velký mor a konec středověku*. Praha: Vyšehrad, 2002. ISBN 80-7021-541-0
- BYOCK, I. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005. ISBN 80-7021-797-9
- CONDRAU, G. *Sigmund Freud a Martin Heidegger*. Praha: Triton, 1998. ISBN 80-7724-80-2
- DAY, S. B. *Death and attitudes toward death*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1972. ISBN 0-912922-01-X
- ELIAS, N. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7
- FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: 1994. ISBN 80-85139-29-2
- FRANZ, M. L. *Sen a smrt: o čem vypovídají sny umírajících*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-404-4.
- FREUD, S. My a smrt. (přednáška z 16. února 1915 před členy vídeňské židovské společnosti pro duchovní a mravní rozvoj). *Letre internationale*. 1991, 2, s. 21 – 24.
- FULGHUM, R. *Od začátku do konce*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-44-6
- GRUMANOVÁ, J. *První dny s vážnou diagnózou*. Praha: Ikar, 2008. ISBN 978-80-249-1164-9
- HARRISON, T. *Druhá strana smrti*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-035-7

- HEIDEGGER, M. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh, 1996. ISBN 80-6-005-12-7
- HEIDEGGER, M. *Věk obrazu světa*. Praha: Oikoymenh, 2013. ISBN 978-80-7298-490-9
- HOLEČKOVÁ, M. *Žili jsme už někdy? Otázky a odpovědi o životě, umírání, smrti, osudu a reinkarnaci*. Bratislava: Eko-konzult, 1997. ISBN 80-88809-38-X
- HŘÍBEK, T. Na obranu asistované smrti. *Lidové noviny – Orientace*, 10. Srpna 2013, s. 30/X.
- JAKOBY, B. *Tajemství umírání*. Liberec: Dialog, 2005. ISBN 80-86271-42-8
- KASTENBAUM, R. J. *Death, Society, and Human Experience*. Columbus: Merrill, 1986. ISBN 0-675-20569-7
- KÜBLER-ROSS, E. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Jinočany: H+H, 1995.
- LEARY, T. *Plán umírání*. Praha: Volvox Globator, 1998. ISBN 80-7207-182-3
- LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. Praha: Prostor, 1999. ISBN 80-7260-008-7
- LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9
- NULAND, S. B. *Jak lidé umírají: Úvahy o závěrečné kapitole života*. Praha: Knižní klub, 1996. ISBN 80-7176-264-4
- OHLER, N. *Umírání a smrt ve středověku*. Vyd. 1. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-69-2
- OSHO. *O životě a smrti*. Bratislava: Eugenika, 2008. ISBN 978-80-8100-055-3
- RIEBAUEROVÁ, M. Když zítra umřu, nic se nestane. (rozhovor s prof. MUDr. Jiřím Vorlíčkem z Masarykova onkologického ústavu) *MF Dnes*, 27. 7. 2013, s. 12.
- SARTRE J. P. *Bytí a nicota*. Praha: Oikoymenh, 2006. ISBN 80-7298-09701
- SEALE, C. *Constructing death: The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998. ISBN 0-521-59509-6
- SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-7192-914-X
- SCHERER, G. *Základní fenomény lidského bytí očima filozofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7192-979-6
- SMITHOVÁ, L. *Smrt konečná stanice*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-85-2
- SOKOL, J. *Filozofická antropologie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6
- SPENGLER, O. *Zánik západu*. Praha: Academia, 2010. ISBN 9678-80-200-1886-1
- TILLICH, P. *Odvaha být*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004 ISBN 80-7325-016-0
- ZRNO, M. Bojíme se smrti, proto chceme zemřít. *Lidové noviny – Orientace*, 20. 7. 2013, s. 26/VI – 27/VII.

Korespondence:

doc. PhDr. Jaroslav Kořa
Katedra pedagogiky
Filosofická fakulta UK v Praze
Celetná 20
116 42 Praha 1
Email: Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz

UMĚLÉ NEURONOVÉ SÍTĚ A JEJICH VYUŽITÍ V KOMUNIKACI

Jana Nováková, Marie Vlachová, Gustav Mistrík²⁾
Fakultní nemocnice v Motole, ²⁾ Demax s.r.o, Metila

Souhrn:

Autoři předkládají možnosti využití nové didaktické metody Metila v komunikaci v oblasti ošetrovatelství

Klíčová slova :

komunikace, neuronová síť, měření, rozvoj, vzdělávání.

Vzájemná komunikace patří mezi základní lidské potřeby. Její existence a zvládnání jsou pro člověka velmi důležité. V ošetrovatelství je komunikace jednou z nejvýznamnějších dimenzí. Vzájemné interakce a vztahy, zejména mezi zdravotníky a pacienty, přispívají k pocitu bezpečí a podporují úspěšnost léčby. Snadněji se vztahy navazují při využívání prvků efektivní komunikace. Prioritou je empatický přístup, úcta, trpělivost, pozornost a v neposlední řadě schopnost pacientovi naslouchat. Sestra potřebuje předat pacientovi důležité informace a ověřit si, že je pacient přijal a rozumí jim. Je důležité, aby zjistila v jakém psychickém rozpoložení se pacient nachází, co si přeje, co potřebuje. Volí vhodnou komunikaci, získává ho v procesu uzdravování pro spolupráci. Komunikační dovednosti sestry uplatňuje také při komunikaci s blízkými pacienta. Součástí její profesionality je spolupráce a dobrá komunikace s lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky.

V rámci ošetrovatelství máme v oblasti komunikace stále co zlepšovat. Jsme si toho vědomi, a proto věnujeme problematice zefektivňování komunikace velkou pozornost. Hledáme různé cesty jak komunikaci zlepšit a jak inovovat již nabízené možnosti trénování v oblasti komunikace. Proto jsme se již v roce 2011 zapojili do pilotního projektu Metila. Tento projekt využití umělých neuronových sítí byl cíleně zaměřen na ambulantní sféru a zúčastnily se jej sestry z ambulancí dospělé části Fakultní nemocnice v Motole. Úspěšný průběh projektu byl impulzem k další spolupráci. Nový projekt byl zaměřen na zjišťování manažerských dovedností u vrchních sester. V současné době, pro pozitivní zpětnou vazbu od účastníků předešlých projektů, pokračujeme. Zkoušíme pro zvýšení profesionality ošetrovatelské péče využít novou didaktickou metodu Metila. Jedná se o časově a nákladově efektivní robotickou službu. Metoda dovoluje trénovat profesní témata tj. odborné komunikační techniky. Velkou výhodou této metody je průběžné měření efektivnosti učení a automatické vyhodnocení stupně znalostí v reálném čase již během interakcí. Výuka i testy probíhají prostřednictvím zátěžové komunikační hry. V současné době probíhají v rámci ošetrovatelství ve dva programy a to v program měření a program rozvoje. První program spočívá v měření komunikačních kompetencí, sociálně-kulturních preferencí a map pracovních týmu. Současně umožňuje zaměřit se na některé profesionální nedostatky v kompetencích nelékařských profesí vycházejících z etických, kulturních a právních norem.

Druhý program je zaměřen na rozvojový potenciál. Ve Fakultní nemocnici v Motole využíváme program, do kterého zapojujeme ošetrovatelský management střední úrovně a zároveň i řadové zaměstnance v ošetrovatelských povoláních. Mezi řadovými sestrami hledáme nové „talenty“. Pro talenty máme připravený program. Cílem je zlepšit vzájemnou komunikaci a zlepšit organizační kulturu ve prospěch pacientů i zaměstnanců prostřednictvím formálních i neformálních vůdců.

Komunikace s robotem je velmi přátelská. Probíhá elektronicky. Přihlásíte se vzdálenou webovou stránku s aplikací a začnete komunikovat s virtuální postavou (má roli pacienta). Zadává otázky, na které musíte v časovém limitu odpovědět. Výhodou komunikace s Metila, je schopnost robota komunikovat bez předsudků. Tím snáze můžeme rozpoznávat v lidech to co je dobré rozvinout.

Efektivita měření a výuky Metila spočívá ve zvýšení efektivity osvojení a užití konkrétních socio-kulturních úloh prožitkovou simulací během interakce. Následná konzultace nad výstupy ostatních účastníků umožňuje týmu i jednotlivcům získat zpětnou vazbu. Dochází k prožitku komunikace konkrétní události jako sociální interakce. Účastníci komunikují s robotem, který vede komunikaci, kde uživatel musí situaci pochopit, zaujmout stanovisko, rozhodnout se a své rozhodnutí sdělit. To vše probíhá v reálné praxi anonymních účastníků. S možností analyzovat výsledky konkrétní komunikační interakce, kterou nám umožňuje tato unikátní metoda.

Rozvojové programy s využitím technologie METILA jsou založeny na závěrech z komunikačních šetření, které vlastní aplikaci předcházejí. Metila umožňuje automaticky sdružovat účastníky, u kterých byla shledána stejná (podobná) rozvojová potřeba. Výstupy šetření umožní individuální přístup, se všemi přednostmi inovativní metody. Služba Metila je formou komunikačního trenážeru, který obsahuje kompetenční a sociokulturní interakce. Takto vykazuje nesrovnatelně vyšší míru relevance, než běžný dotazník nebo běžné školení.

Závěr:

Budeme se opakovat když zdůrazníme, že vzájemná komunikace je velmi důležitá a mnohdy opomíjená. Na trhu existuje široká nabídka vzdělávacích akcí v oblasti komunikace pro zdravotnické pracovníky, ale robotická služba Metila je ojedinelá. Zda nová didaktická metoda je ta správná, ukáže teprve čas.

„Lidská řeč je nositelkou kulturních hodnot, je podmínkou kultivovaného rozvoje jedince a jeho mezilidských vztahů v soukromí i na pracovišti.“

Literatura:

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*, Praha, 1997, 159 s. ISBN 80-85824-60-4
PAULÍNOVÁ, L. *Psychologie pro tebe*, Praha, 1998, 123 s. ISBN 80-85427-30-0
KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*, Praha, 2005, 295 s. ISBN 80-7262-347-8

Korespondence:

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

KOGNITIVNÍ TERAPIE JAKO SOUČÁST OŠETŘOVATELSTVÍ CHRONICKÉ NENÁDOROVÉ BOLESTI

Jaroslava Raudenská

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

Souhrn:

Každý, kdo se ve své práci setkává s lidmi, kteří trpí chronickou nenádorovou bolestí, si je velmi dobře vědom faktu, že většina pacientů neočekává pouze všeobecné povzbuzení a podporu, ale předpokládá i systematickou psychoterapeutickou péči. Samotné podávání léků či invazivních výkonů nepostačuje k uspokojivému zvládnutí chronické bolesti a systematická psychoterapie by proto měla být samozřejmou součástí léčby. Provádění systematické psychoterapie ovšem vyžaduje nejen ochotu a jistý talent ze strany zdravotníka, ale také náročný a několikaletý výcvik. V současné době postupují psychoterapeutický výcvik zejména kliničtí psychologové, ale lékaři a také stále více i zdravotní sestry. Nejrozšířenější psychoterapeutický směr v současné době je kognitivně-behaviorální terapie. Kognitivní terapie je jedním z proudů kognitivně-behaviorální terapie a v léčbě bolesti se zaměřuje na realistické a zdravé přesvědčení, postoje a chování a jejich význam při snižování psychického a fyzického utrpení způsobeného chronickou bolestí. Je součástí multidisciplinární léčby bolesti, založena na týmové spolupráci algesiologa, klinického psychologa, fyzioterapeuta a zdravotní sestry. Všichni členové týmu pracují na principech kognitivní terapie a uplatňují behaviorální techniky. Každý člen týmu přispívá k celkové léčbě pacienta svým specifickým podílem.

Klíčová slova:

kognitivní terapie; chronická nenádorová bolest; multidisciplinární léčba; ošetřovatelství.

Úvod

Bolest je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní asociací pro studium bolesti (IASP- International Association for the Study of Pain) definována jako subjektivní nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost související s akutním nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo se popisuje v termínech tohoto poškození (Merskey, 1986). Chronická bolest bývá vymezena trváním delším než tři měsíce, může ale trvat i kratší dobu. Přetrvává mimo běžný čas uzdravování, postrádá funkci varovného signálu, omezuje v aktivitě, sociálních a pracovních kontaktech a zájmech. Monoterapie nepřináší efekt. Chronickou bolest modulují somatické, psychosociální i kulturní faktory. Například pohlaví, sexuální orientace, socioekonomické a kulturní postavení, osobnostní faktory, omezení kvůli změněné fyzické aktivitě, vztahy v rodině a s přáteli, zdravotní stav, ztráta rolí, nezaměstnanost a další pracovní, finanční a právní problémy (Eccleston, 2001; Unruh, 1996). Proto se v léčbě bolesti používá také psychoterapie.

Užití psychologických přístupů v léčbě bolesti má krátkou historii. V 60. letech 20. století byl behaviorismus jako dominující směr psychologického výzkumu překonán a opuštěn a v psychologii došlo ke kognitivní revoluci. Začali se intenzivně zkoumat procesy vnímání a zpracovávání informací v mozku, tj. kognitivní procesy. Vrátková teorie bolesti (Melzack a Wall, 1965) poukázala, že chod zpráv o bolestivé události může být modulován somatickými i nespecifickými modulačními mechanismy (například osobnostní charakteristiky, nálada, sociální vlivy, učení atd.). Intenzita bolesti a její nepříjemnost nejsou ovlivněny jen objemem a množstvím bolestivých stimulů, ale i kognitivními procesy (kognitivně-hodnotící dimenze). Zkoumání kognitivních procesů na konci 60. let 20. století také významně posunulo terapii

bolesti: bolest může být léčena nejen pomocí přerušением sensorické informace, například anestetickou bloádou, chirurgicky, použitím moderní periferní nervové stimulace, ale také ovlivněním afektivně-motivačních a kognitivních faktorů. V USA se proto v 70. letech 20. století začala rozvíjet kognitivní terapie. Za tvůrce kognitivní terapie jsou považováni A. Ellis (racionálně emoční terapie) a A.T. Beck (kognitivní terapie deprese). Počátkem 80. let 20. století rozpracoval D.C. Turk kognitivně-behaviorální (KB) model chronické bolesti vycházející z operantního přístupu Fordyce a v léčbě bolesti se uplatňuje kognitivně-behaviorální terapie. V 90. letech 20. století se na základě práce Turka a Salkovského začíná do terapie chronické bolesti začleňovat stále více kognitivní terapie (Beck, 1995). Kognitivní terapie je jedním z proudů současné kognitivně-behaviorální terapie, která využívá i klasických behaviorálních metod ke zkoumání a přehodnocení kognitivních faktorů (Javůrková, 2003). Základní předpoklady kognitivní terapie jsou následující: kognitivní procesy ovlivňují emoce a zjevné chování, kognitivní procesy lze sledovat a měnit a žádoucí změny emocí a chování lze dosáhnout změnou kognitivních procesů.

Indikace ke kognitivní terapii

Při adaptaci na chronickou bolest jsou velmi důležité představy, myšlenky a postoje pacienta. Realistické myšlenky a postoje, přiměřená naděje i přesvědčení o zvládnutí určité aktivity a víra ve vlastní schopnost vyrovnat se s bolestí jsou významné faktory ovlivňující psychickou adaptaci na emoční a funkční změny, intenzitu bolesti a výsledky léčby (Stroud et al., 2000; Waldrop et al., 2001). Negativní a nerealistické myšlenky a představy přispívají k fyzickému a emocionálnímu utrpení a sebedestruktivnímu chování. Podstatou kognitivního modelu chronické bolesti je negativní a nerealistické vnímání potíží spojených s bolestí. Pokud jedinec myslí negativně, je s větší pravděpodobností v emocionální nouzi, která může mít za následek svalové napětí a vyšší intenzitu bolesti. Když jedinec myslí negativně, je také více pravděpodobné, že se chová apaticky, je nečinný, polehává a je sociálně izolovaný. Katastrofické, nerealistické, nezdravé či negativní myšlenky o bolesti souvisí s bolestí, psychickým vyčerpáním a zjevnou tělesnou slabostí a pasivitou (Severeijns et al., 2001). Kognitivní terapie se proto v léčbě chronické bolesti zaměřuje na realistické a zdravé přesvědčení, postoje a chování. Je to psychoterapie, která učí pacienta dovednosti kognitivního zvládnutí (například techniky odvracení pozornosti od bolesti, sebeinstruktáž, imaginaci), kognitivní restrukturalizaci (identifikaci, hodnocení a modifikaci negativních, nerealistických myšlenek, představ a přesvědčení), řešení problémů a relaxaci (Winterowd et al., 2003). Pacient se naučí vnímat bolest jako dynamickou a subjektivní zkušenost, která zahrnuje nejen somatický vjem bolesti, ale také myšlenkové pochody, emoční reakce a chování ovlivněné prostředím (míra sociální opory a kulturní a společenské postoje týkající se bolesti). Učí se, že myšlenky, emoce, chování a bolest jsou navzájem propojeny. Proto je prvotním cílem terapie změna negativní a nerealistické kognice pacienta (tj. myšlenek, představ a přesvědčení) o bolesti, jejích důsledcích a dalších příčinách stresu. Terapeut také pomáhá pacientovi identifikovat chování, které zhoršuje intenzitu bolesti a stres, a učí jej metody zvládnutí chování při bolesti. Změny a výkyvy v intenzitě chronické bolesti a emoční změny slouží jako vodítka k prozkoumávání myšlenek a představ, které jsou spojeny s emoční nepohodou a bolestivými vjemy. Kognitivní terapie může být prováděna skupinově, nebo individuálně (Spence, 1998). Není vhodná u pacientů s těžkými kognitivními deficity, u nedostatečně motivovaných, nebo u pacientů v době zahájení terapie psychotických.

Kognitivní terapie jakou součást týmové léčby

Bolest se projevuje kromě sensorické komponenty i v chování, kognici a emocích. Psychoterapie je proto důležitou součástí biopsychosociálně orientovaného modelu multidisciplinární léčby chronické bolesti a je většinou prováděna skupinově v Centrech pro

léčbu bolesti ve velkých univerzitních nemocnicích (Raudenská a Javůrková, 2011). Pro mnoho pacientů je pozitivní, pokud mohou mluvit o svých obavách a problémech s jednotlivými členy týmu Centra pro léčbu bolesti, kteří dovedou vyjádřit podporu a zároveň být aktivní a orientovaní na řešení problémů. Multidisciplinární léčba bolesti (MLB) je založena na týmové spolupráci - informace od celého týmu se syntetizují do diagnózy, tým formuluje a realizuje komplexní rehabilitační plán a členové týmu jsou ochotni se učit jeden od druhého. Všichni členové týmu, kterými jsou algesiolog, klinický psycholog, fyzioterapeut a zdravotní sestra, jsou si v postavení rovni a mají stejný respekt. Tým se prezentuje zásadně jednotně, léčba vyžaduje efektivní a jednotné vedení, shodu v léčebné filozofii, metodách a entusiastické členy. Každý člen týmu přispívá k celkové léčbě pacienta svým specifickým podílem na základě absolvovaného výcviku v KBT (Raudenská a Javůrková, 2010). MLB znamená léčbu bolesti integrovanou v multidisciplinární program založený na kognitivně-behaviorální terapii a jejích principech uplatněných ve fyzioterapii, algeziologii i ošetřovatelství. Zdravotní sestra má důležitou úlohu v edukaci pacienta, například v tématech: léky, dieta, spánek, hygiena, sexuální aktivity a další (Freeman a Freeman, 2005). Pomáhá pacientovi v provádění nově naučených dovedností naučených v kognitivně-behaviorální terapii a hodnotí reakce na léčbu. Jako klíčový člen týmu koordinuje a organizuje praktické naplňování léčebného programu.

Závěr:

Kognitivní terapie pacientům s chronickou bolestí poskytuje hodnocení co pro ně znamená chronická bolest, jaký mají pohled na svět, ostatní a budoucnost, jak zvládat bolest, emoční a sociální potíže a jak získat více efektivní podpory od nukleární rodiny, přátel, ale také od algesiologického týmu a dalších zdravotnických pracovníků. Pokud principy kognitivní terapie využívá celý tým, který navíc absolvoval výcvik, je léčba efektivnější.

Podpořeno MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203

Literatura:

- BECK, J. *Cognitive Therapy: Basic and Beyond*. New York: Guilford Press, 1995. ISBN 0-89862-847-4
- ECCLESTON, CH. Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 2001, roč. 87, č. 1, s. 144-152. ISSN 0007-0912
- FREEMAN, SM. FREEMAN, A. (Eds) *Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice*. New York: Springer Publishing Company, 2005. ISBN: 0-8261-2706-1
- JAVŮRKOVÁ, A. Úzkostné poruchy u epilepsie a kognitivně behaviorální terapie. *Československá psychologie* 2003, roč. 47, č. 5, s. 460-469. ISSN: 0009-062X
- MELZACK, R. WALL, PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 1965, roč. 150, č. 699, s. 971-979. ISSN · 0036-8075
- MERSKEY, H. Classification of Chronic Pain. *Pain*, Supplement 3, 1986, 216-220. ISSN: 0304-3959
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. Multidisciplinární léčba chronické nenádorové bolesti. *Bolest*, 2010, roč 13, č. 1, s. 80-86. ISSN 1212-6861
- RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8
- SEVEREIJNS, R. VLAEYEN, J. VAN DEN HOUT, M. WEBER, W. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability and psychosocial distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, 2001, č. 17, s. 165-172. ISSN: 0749-8047

SPENCE, S. Cognitive-behavior therapy in the management of upper extremity cumulative trauma disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1998, č. 8, s. 27-45. ISSN: 1053-0487

STROUD, M. THORN, B. JENSEN, M. BOOTHBY, J. The relation between pain beliefs, negative thoughts and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 2000, roč. 84, s. 347-352. ISSN: 0304-3959

UNRUH, AM.: Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 1996, č. 65, roč. S. 123–167. ISSN: 0304-3959

WALDROP, D. LIGHTSEY, O. ETHINGTON, C. WOEMMEL, C. COKE, A. Self-efficacy, optimism, health competence and recovery from orthopedic surgery. *Journal of Counseling Psychology*, 2001, roč. 48, č. 2, s. 233-238. ISSN: 0022-0167

WINTEROWD, C. BECK, AT. GRUENER, D: Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients. Springer Publishing Co: New York, 2003. ISBN 0-8261-45-95-7

Korespondence:

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.
Oddělení klinické psychologie
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

SESTRA MANAŽERKA – JEJÍ PROBLÉMY A POTŘEBY

Daniel Jirkovský

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek obsahuje stručnou charakteristiku výsledků šetření provedeného u vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků FN Motol v průběhu měsíce ledna a února 2013. Vlastní šetření bylo zaměřeno na identifikaci největších (vztahových) problémů souvisejících s řízením pracoviště a na zjištění potřeb dalšího manažerského rozvoje vedoucích sester některou z forem celoživotního vzdělávání.

Klíčová slova:

Management; Leadership; Ošetrovatelství; Vedoucí sestra

Úvod:

Současný rychle se měnící svět a tím i život každého z nás přináší s sebou nutnost dalšího vzdělávání v řadě oborů lidské činnosti. Tento trend je stále více patrný také ve zdravotnictví a to i v oblastech, které v minulosti nepatřily mezi ty, které bychom mohli z pohledu hlavní činnosti, tj. poskytování zdravotní péče, označit za zásadní. K nim patří také vzdělávání zdravotnických pracovníků v tzv. měkkých dovednostech, tj. v komunikaci a v managementu. Záměrem tohoto příspěvku je přiblížit realizaci vzdělávání vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Motol a prezentovat jeho hlavní výsledky.

Teoretická a praktická východiska:

V posledních letech můžeme i ve zdravotnictví sledovat odklon od klasického managementu směrem k vůdcovství (leadreshipu). Zahraniční literatura pojem vůdcovství definuje různě. Například Carlson a kol. (2011) vymezují obsah vůdcovství jako: „*vizi, vášeň, soudržnost, houževnatost a to vše v kombinaci se silnými komunikačními dovednostmi, schopností spolupráce a s odhodláním riskovat.*“ (Carlson et al., 2011, s. 108). Z našeho pohledu jde tedy o mix odborných a manažerských předpokladů s individuálními předpoklady, tedy s vhodnými osobnostními vlastnostmi. Z části se lze na výkon manažerské funkce připravit získáváním znalostí nebo nácvikem dovedností, ale to samo o sobě nestačí k tomu, aby se ze sestry stala dobrá vůdkyně. Také např. Crosby a Shields (2010) zdůrazňují význam individuálních předpokladů, když definují vůdcovství jako: „*vzájemné působení individuálních vlastností a osobní moci vedoucí ke konstruktivnímu řešení různých nestandardních klinických problémů a především ke strategickému mezidisciplinárnímu vedení poskytovatelů zdravotní péče tak, aby k těmto problémům docházelo co možná nejméně.*“ (Crosby, Shields, 2010, s. 363)

Vzdělávání k vůdcovství v kvalifikační a v postkvalifikační přípravě všeobecných sester

Kanadská asociace sester (2009) upozorňuje, že příprava sester k rozvoji vůdcovské role: „*začíná již na začátku každého vzdělávacího programu a je procesem nikdy nekončícím. Sestry, od těch akademických až po ty v klinické praxi, musí vštěpovat svým studentům, co takové vůdcovství může a musí obnášet. Jedním z předpokladů pro to, aby se stala sestra kvalitním vůdcem/manažerem na svém pracovišti, je nutnost vnímat všechny ošetrovatelské činnosti jako komplexní a provázaný celek.*“ (Canadian Nurse Association, 2009) Také v oblasti vůdcovství nelze vnímat jednotlivé manažerské činnosti a role vedoucích sester odděleně, ale jako komplex jednotlivých kroků v určitém časovém úseku.

Kvalifikační příprava sester v oblasti managementu se zpravidla zaměřuje na vytváření poznatkové základny o managementu a jeho aplikaci v ošetřovatelství. Poměrně malá část výuky je vyčleněna na rozvoj manažerských dovedností uplatnitelných v rámci ošetřovatelského týmu. Nosným předmětem bývá na většině škol povinný předmět Management. Dále se zpravidla vyučují předměty Standardy v ošetřovatelství a Ekonomika a pojišťovnictví, které rozšiřují poznatkový a dovednostní aparát studentů získaný v rámci studia Managementu.

V postkvalifikačním vzdělávání lze získávat znalosti a dovednosti nezbytné pro kvalitní vůdcovství formou specializačního vzdělávání v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví a dále v certifikovaných, v inovačních nebo v odborných kurzech.

Vzdělávání k vůdcovství ve FN Motol:

Jak vyplývá z celé řady sociologických průzkumů, nejvyšší míra nespokojenosti českých pacientů souvisí s neadekvátní komunikací mezi zdravotníkem a pacientem, v předávání nevhodných, nedostatečných či nesrozumitelných informací a s nedostatečnou organizací práce. S těmito problémy se setkáváme ve větší či menší míře ve všech zdravotnických zařízeních. FN Motol, v rámci snahy přispět ke zlepšení této situace, zavedla certifikované a inovační kurzy (dále jen kurz), které jsou zaměřeny na rozvíjení těch manažerských dovedností středního a nižšího zdravotnického managementu, které přispívají ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a tím i k vyšší spokojenosti pacientů. Hlavním vzdělávacím cílem tohoto kurzu je rozvíjení odborných manažerských a komunikačních dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků ve vedoucích pozicích k efektivnějšímu vedení zdravotnického personálu se zaměřením na péči o pacienta se záměrem zavádění potřebných změn a efektivnějšího zvládnutí méně či více náročných situací v praxi s orientací na:

- vedení zdravotnického týmu – motivace podřízených, podávání zpětné vazby, styly vedení, leadership;
- řešení náročných a konfliktních situací v týmu, řízení lidí, času i sebe, efektivní komunikaci;
- rozvoj členů zdravotnického týmu za pomoci koučinku, motivačních, hodnotících a rozvojových rozhovorů.

Kurz obsahuje interaktivní metody výuky, řešení modelových situací a rozborů případových studií z praxe a tak přispívá k získávání nových a k prohlubování stávajících manažerských / vůdcovských dovedností.

Praktická část:

Charakteristika souboru respondentů:

Kurzu se dosud zúčastnilo 194 zdravotnických pracovníků FN Motol. Na konci kurzu byly zadány účastníkům vzdělávání evaluační dotazníky. Vyplněných dotazníků se vrátilo celkem 183 (94,33 %). Soubor respondentů tedy tvořilo 183 staničních sester a jim na roveň postavených vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků FN Motol. Z hlediska věku měli v souboru dotazovaných největší zastoupení respondenti mezi 40 – 55 lety (56,28 %), dále účastníci šetření ve věku od 30 do 39 let (21,86 %) a účastníci šetření starší 55 let (17,49 %). Nejmenší zastoupení měli v souboru dotazovaných respondenti do 30ti let věku (4,37 %). V následující tabulce je uvedena struktura souboru dotazovaných podle profese, ve které je vedoucí funkce vykonávána.

Tab. 1: Vykonávané povolání		
Proměnná	n	%
Všeobecná sestra / porodní asistentka	137	74,86%
Fyzioterapeut	10	5,46%
Zdravotní laborant	18	9,84%
Radiologický asistent	6	3,28%
Jiné	11	6,01%
Nevyplněno	1	0,55%
Celkem	183	100,00%

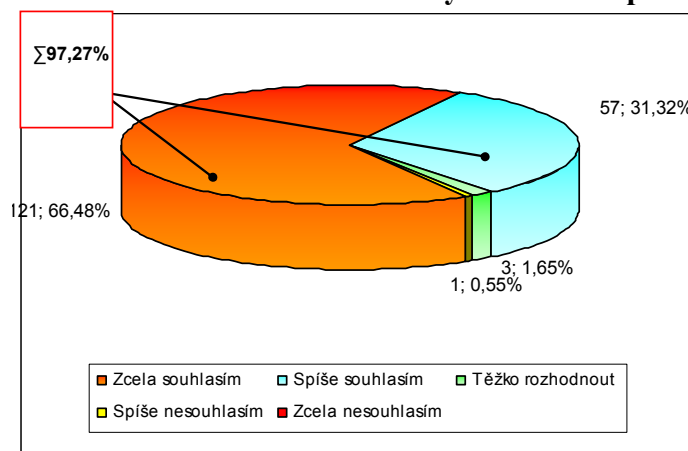
Celkem 52,46 % respondentů vykonávalo svoji současnou vedoucí funkci více jak 10 let, 26,23% dotazovaných 4 – 10 let a 21,31 % účastníků šetření vykonávalo svoji současnou vedoucí funkci po dobu kratší než 4 roky (0 - 3 roky).

Výsledky šetření:

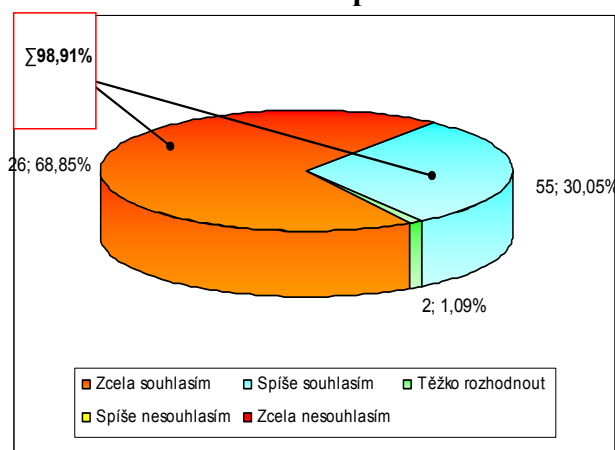
V tabelárních přehledech a v obrázcích budou nejprve prezentovány výsledky šetření z provedené evaluace stávajících kurzů zaměřených na rozvíjení manažerských dovedností nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Motol a následně z navazujícího šetření ke zjištění preferovaných oblastí dalšího vzdělávání v managementu s důrazem na leadership. Výsledky v tabelárních přehledech a v obrázcích jsou uvedeny bez rozsáhlejších komentářů.

Tab. 2: Lze předávané informace využít ve Vaší praxi?		
Proměnná	n	%
Určitě ano	123	67,21%
Spíše ano	56	30,60%
Těžko rozhodnout, nevím	3	1,64%
Spíše ne	1	0,55%
Určitě ne	0	0,00%
Nevyplněno	0	0,00%
Celkem	183	100,00%

Obr. 1: Lze získané dovednosti využít ve Vaší praxi?



Obr. 2: Kurz mne inspiroval ke změně nebo k úpravě stylu řízení a komunikace na pracovišti.



Celkem 97,27% dotazovaných se určitě či spíše domnívá, že dovednosti získané v průběhu kurzu Management zaměřený na zvyšování spokojenosti pacientů lze využít v praxi a 98,91% dotazovaných uvedlo, že je kurz inspiroval ke změně nebo k úpravě stylu řízení a komunikace na pracovišti.

Tab. 3: Využil/a byste možnosti účasti v krátkých seminářích navazujících na tento kurz?		
Proměnná	n	%
Určitě ano	113	61,75%
Spíše ano	52	28,42%
Těžko rozhodnout, nevím	15	8,20%
Spíše ne	2	1,09%
Určitě ne	1	0,55%
Nevyplněno	0	0,00%
Celkem	183	100,00%

Z důvodu značeného zájmu o pokračování tohoto typu vzdělávání (90,17%) byl pomocí dalšího dotazníkového šetření zjišťován zájem vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků o vzdělávání v jednotlivých oblastech managementu podporujících teoretickou a dovednostní přípravu na vůdcovství. Preference vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků FN Motol ke vzdělávání v různých oblastech managementu jsou uvedeny v následujících tabulkách 4 a 5.

Tab. 4: Preference oblastí pro vzdělávání v MNG dle pořadí	
Motivace dlouhodobě nemotivov. prac. / zvládnání práce s náročnými kolegy	1,56
Prevence a řešení konfliktů	1,57
Zavádění potřebných změn	1,74
Personální řízení ve zdravotnictví	1,96
Komunikace v týmu zdravotníků - kurz pro pracovníky různých profesí...	1,96
Rozvoj sebepoznání, sebekoučink	1,99
Efektivní manažerská komunikace	2,05
Profesionální image	2,12

Z tabelárního přehledu vyplývá, že respondenti, dle očekávání, projeví největší zájem o vzdělávání v oblasti motivace dlouhodobě nemotivovaných pracovníků a zvládnutí práce s náročnými kolegy a dále o vzdělávání v oblasti prevence a řešení konfliktů (zvládnutí hostility v rámci týmu). Tyto oblasti, společně s managementem změn a s personálním řízením, jsou hlavními kameny vůdcovství v našem oboru.

Tab. 5: Preference oblastí pro vzdělávání v MNG dle pořadí	
Prodejní dovednosti	2,18
Specifické nástroje řízení času	2,19
Komunikace v týmu zdravotníků - kurz pro 1 tým pracovníků...	3,64

Naopak nejnižší zájem dotazovaní projeví o vzdělávání v tématech prodejní dovednosti (tj. rozvíjení dovednosti „prodat“ sám sebe či svůj názor a prosadit se), dále o vzdělávání v oblasti specifických nástrojů řízení času a dosahování vysokých výkonů v roli vedoucího a v kurzech komunikace v týmu zdravotníků formou facilitovaného workshopu u jedné skupiny zaměstnanců. Tato vzdělávací akce skončila v pořadí preferovaných vzdělávacích aktivit na posledním místě, se ziskem průměrných 3,64 bodu.

Závěr:

Vzrůstající potřeba kvalitních vůdců/manažerů je evidentní snad ve všech oblastech lidské činnosti. V tomto ohledu ani ošetřovatelství není výjimkou. Pakliže existuje alespoň teoretická možnost přenositelnosti moderních poznatků v řízení do ošetřovatelské praxe a s ní i předpoklad vyšší spokojenosti s prací zdravotníků, měla by být, a ve FN Motol tomu tak je, věnována dlouhodobá systematická pozornost vzdělávání vedoucích zaměstnanců na všech stupních řízení.

Litazatura:

- BERNHARD, L. A., a WALSH, M., *Leadership: the key to the professionalization of nursing*. 3rd ed. St. Louis: Mosby, c1995, xii, 223 p. ISBN 08-151-0526-6.
- Canadian Nurse Association: *Nursing Leadership* [online]. 2006, 2013 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://vzdelavani.zdravotniku.centrumandragogiky.cz/>
- CARLSON EA., KLA KOVICH M., BROSCIOUS SK., DELACK S., ROCHE-DEAN M., HITTLE K., JUMAA MO., STEWART MW., ALSTON P. *Board leadership development: the key to effective nursing leadership in the 21st century*. Journal Continuing Education in Nursing. 42(3):107-13; quiz 114-5, 2011 Mar. ISSN: 0022-0124
- CROSBY FE., SHIELDS CJ. *Preparing the next generation of nurse leaders: an educational needs assessment*. Journal Continuing Education in Nursing. 41(8):363-8, 2010 Aug. ISSN: 0022-0124

Korespondence:

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

ETICKÉ ASPEKTY V PÉČI O PACIENTA S KARCINOMEM.

Jana Zelenková

Pneumologická klinika UK 2.LF a FN Motol

Souhrn:

Autorka příspěvku hodnotí velmi náročnou práci ošetrovatelského personálu na pracovišti, kde je velká část pacientů s onkologickými diagnózami. Jak se chovat k lidem, kteří se dozví fatální diagnózu, jak mluvit s umírajícími, a i s jejich rodinami? To je velmi těžký úkol, protože dříve tato problematika nebyla vůbec součástí výuky. Sestra byla „hozena“ do pracovní reality, „zažila“ si svého prvního zemřelého pacienta, a s léty sbírala zkušenosti, jak se v těchto situacích chovat. Autorka přibližuje problémy těchto pacientů a jejich rodin, co očekávají od zdravotníků, jak nejlépe k nim přistupovat. Předkládá dvě kasuistiky pacientů, kteří byli opakovaně hospitalizováni na Pneumologické klinice.

Klíčová slova:

farmakoekonomika, etika, spiritualita, chemoterapie, syndrom vyhoření

Úvod:

Často první hovory pacienta s ošetřujícími jsou na téma „dostanu nejlepší léčbu, asi je nejdražší, nemám známosti, nebo jsem starý, to už na mně asi budou šetřit...“ Jak spolu souvisí farmakoekonomika a etika? Hledá se hranice, kdy se léčba vyplatí a kdy je drahá... I v Česku bude zřejmě nutné stanovit limit, ne všichni pacienti dosáhnou na nejlepší péči. Nové zdravotnické zákony potvrzují nárok pacienta na nejlepší dostupnou léčbu, stát ale nemá dostatek finančních prostředků. Lékař má rozhodnout o terapii lege artis a nemocnice mají své limity od pojišťoven. Ústavní soud již ale jednou rozhodl, že pacient má dostat léčbu bez ohledu na tyto limity.

Mohu uvést příklad z USA (Oregon): pacientka po 2 chemoterapiích byla informována onkologem, že další léčba je pouze Tarceva. Pojišťovna pacientky jej odmítla zaplatit a jako alternativu ženě nabídla paliativní péči, hospicovou péči a asistovanou sebevraždu (v Oregonu je zařazena mezi alternativní léčbu). Lékař se zachoval správně, doporučil nejlepší léčbu a ekonomické hledisko za něj rozhodl někdo jiný... (Článek *Mladá fronta* 12.4.12)

Jaké jsou hlavní ošetrovatelské problémy u onkologicky nemocných, a jak pomáhat ?

Hlavní je vždy dušnost, úporný kašel, patří sem i hemoptýza, bolest, poruchy příjmu potravy, vyprazdňování, poruchy spánku, strach z bolestivé smrti a mnoho dalších. Zdravotník musí vždy tolerovat výkyvy nálad, vyhnout se jakékoli kritice. Nikdy by neměl „utíkat“ od umírajícího (odejít na sesternu a zavřít dveře...) ! Musíme si uvědomit, že rodinní příslušníci, kteří jsou svědky posledních dnů, hodin a minut svého milovaného bližního si budou jeho úmrtí pamatovat po zbytek svého života !!!

Co od nás očekává tento člověk – pacient? Chce zůstat sám sebou, rozhodovat o sobě, být s rodinou, přáteli, má potřebu „vyrovnat účty“ - odpuštění, rozloučit se, drží se svých rituálů. Má právo na informace, sestra by se vždy měla zeptat „Co Vám řekl lékař“, v dokumentaci by mělo být zaznamenáno, co pacient ví.

Nejtěžší pro personál je poznání, že léčba a péče nepovedou k uzdravení. Měl by umět přesvědčit pacienta, že všechny projevy nemoci, které budou pacienta postihovat, je zdravotník schopen zvládnout.

Ve společnosti panuje nesprávný předpoklad, že „starší lidé snáze přijímají svoji smrt“. Délka života s nemocí je ovlivněna i pacientovou vůlí žít, i přáním čekat na zvláštní událost (např. narození potomka, oslava v rodině, promoce vnučky...), potřebou dokončit úkol spojený s koncem života.

Můžeme poučit rodinu o pěti „úkolech“, které mohou posloužit jako slova pro rozloučení: *Požádat o odpuštění. Odpuštít. Říci: „Děkuji ti.“ Říci: „Miluji tě.“ Rozloučit se.* (Byock, 1997) Když si pacient uvědomí, že umírá, obvykle ví, kde chce zemřít, koho chce mít v této chvíli po boku a jak chce zemřít. Toto vystihují i slova Evy Markové (1. LF UK, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství): *„Pokud vytvoříme dobré podmínky, za kterých ze života odcházejí lidé dnes, máme naději, že i my se dočkáme takových podmínek zítra.“*

V dokumentaci vyplňujeme kolonku „Spiritualita“, ale víme všichni, co je tím míněno? Spirituální péče není jen zavolat kněze, zahrnuje i naše chování k pacientovi, projev úcty, vlídné slovo, naslouchání. Zde se vynořuje mnoho otázek: „Požádal Vás někdy pacient, abyste se s ním pomodlili? Umožníme rodině, pokud si chce péči o mrtvé tělo provést sama? Co odpovíte, když se umírající pacient zeptá „Umřu?“ Je nutný respekt k pozůstalým – nejednat ve spěchu, počítat s pláčem a nestydět se ani za své slzy.

KAZUISTIKA 1.

Žena, r.1984, gravidní, gemini biamniati, dg. adenokarcinom pravé plíce, dvě metastázy do CNS., 22.11.10 ozáření L.gama nožem. Manželé si přejí neukončovat graviditu. Hospitalizace 23.11. - 9.12.10 (26.11. první cyklus CHT Cisplatina+Navelbin). V prosinci pak další dvě hospitalizace. V lednu 2011 překlád na gynekologii, zde provedena seccio minor pro progresi retardace plodů (5. měsíc gravidity). Po 3 dnech překlád zpět na naši kliniku, vyplněn poukaz na paruku.

Na konci ledna další hospitalizace pro akutní hlubokou žilní trombózu bérce. V červenci pak další hospitalizace, při ní založen venozní port pro další podávání chemoterapie. V září opět hospitalizace z důvodu extrakce fragmentu odlomeného port katetru, který byl odplaven do levé hepatální žíly, zaveden CŽK. Celkem aplikováno 11 cyklů chemoterapie.

Komunikace s personálem byla velmi intenzivní, na téma nádorové onemocnění, ztráta nenarozených dětí, věk - mládí pacientky, beznaděj. Nastoupily epiparoxysmy, pravostranná hemiparéza v důsledku edému levé hemisféry, bolesti žeber po domácí resuscitaci rodinou, dušnost, zhoršené vidění.

V ošetrovatelské dokumentaci čteme *„Špatně spí, rozmrzelá, unavená, náladová, udává různé požadavky, dává časté otázky, úzkostná, nedokáže se z ničeho radovat, bojí se závěru ze semináře, plačtivá, neklidná, chce psychiatra, rozrušená úmrtím spolupacientky odchází s manželem na vycházku, vyčerpaná, žádá na noc „plenky“, špatně spí, má zlé sny.“*

Velký význam měla trvalá podpora ze strany manžela, každodenní návštěvy. Po poslední hospitalizaci manžel získával informace o péči v domácím prostředí, dojednával zapůjčení lůžka a ostatních pomůcek. V listopadu 2011 pacientka zemřela v Hospiciu Sv. Štěpána v Litoměřicích (po roce od zjištění dg.)

KAZUISTIKA 2.

Muž, r.1932, technik IT, nekuřák, stav po nefrectomii l.dx. – susp. Grawitzův tumor, nález : histologicky aktivní epiteloidní hemangiom, dg. primární plicní adenokarcinom, mnohočetná ložiska v obou plicních křídlech, hilová a mediastinální lymfadenopatie.

Od 3.3.11 chemoterapie Tarceva, pak Alimta + Carboplatina, pak 1.hospitalizace v dubnu z důvodu nastavení analgetické terapie (Durogesic 50ug, Morphin 1%*s.c.*) a indikace DDOT. Za 7 měsíců zhubl 26 kg.

Další hospitalizace v květnu, progreduje kachexie. Zápis sestry v oš.dokumentaci: „*Pacient nejl, nepije, necítí se dobře po psychické stránce, chce umřít, je dušný, bolesti nemá*“.

Vzhledem ke zhoršení klinického stavu, na rtg hrudníku je progrese nálezu, další terapie bude pouze symptomatická. Pacient souhlasí s překladem do plicní léčebny na Pleši. Zde se za pět dní pokusil o sebevraždu skokem z okna, ale neuvědomil si, že je v okně drátěná síť, pouze okno rozbil a poranil se. Ihned odvezen do Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Rodina i on prosili, aby mohl zemřít doma – v kruhu rodiny. Vzhledem k předpisům nebylo dovoleno a tak umírá sám za zamřížovaným oknem...

Při péči o tyto onkologicky nemocné pacienty je třeba stále myslet na fyzické a hlavně psychické vyčerpání personálu, být profesionály, neznamená, že nic neprožíváme. Práce na takovémto typu pracoviště je velmi náročná i proto, že většina našich pacientů je zde hospitalizována opakovaně, dlouhé roky, mezi nimi a personálem se naváží hlubší kontakty. Když zná sestra pacienta i 20 let, je pro ni těžší být při jeho úmrtí. Je neprofesionální, když před pokojem stojí lékařka se sestrami a pláčou ? Personál si je vědom, že u nás mnoho pacientů nevyлéčíme (dg. onkologické, CHOPN, cystická fibróza, astma bronchiale a další), snažíme se hlavně aby se příliš rychle nezhoršovala kvalita jejich života. U pacientů s plicními diagnózami je hlavním problémem dušnost, pocit, že se pomalu udusí je pro pacienta i personál velmi deprimující.

Na takovémto pracovišti si personál významně „přeskládá“ svůj žebříček hodnot a je i významně ohrožen syndromem vyhoření. K jeho prevenci přispívá určitě i „pohlazení duše“ v podobě takovýchto dopisů našich pacientů: „*Chodila za mnou na návštěvy manželka. Když slyšela a viděla, jak se zde chovají k pacientům, nevyházela z úžasu. Vzpomněli jsme si na to, jak jsme navštěvovali různé nemocnice při nemocech našich rodičů v 80. a 90. letech minulého století... Ta hluboká propast v přístupu se nedá vypsát.*“

Literatura u autorky.

Kontaktní adresa:

Mgr. Jana Zelenková
Pneumologická klinika 2. LF UK FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: jana.zelenkova@fnmotol.cz

NONCOMPLIANCE Z POHLEDU OŠETŘOVATELSTVÍ

Kačorová Jana, Hudáková Anna²⁾, Hosáková Jiřina, Římovská Zdena

Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik SU v Opavě, ²⁾ Katedra ošetrovatelstva, FZO,
Prešovská univerzita v Prešove

Souhrn:

WHO vydala v roce 2002 dokument, ve kterém uvádí, že nonadherence v léčebném režimu je příčinou obrovského nárůstu neinfekčních onemocnění ve světě. Tento dokument obsahuje i kapitolu, ve které WHO uvádí přesné úkoly pro sestry ve zlepšení compliance pacientů. Noncompliance / nonadherence je předmětem množství EBN studií, které dokazují přímý důsledek zhoršení zdravotního stavu pacienta při nedodržování terapeutického režimu. Noncompliance je zařazena i mezi ošetrovatelské diagnózy a adherence terapeutických doporučení je součástí téměř všech ošetrovatelských diagnóz. Cílem příspěvku (it review) je poskytnout ucelený pohled na problematiku noncompliance a nonadherence z pohledu aktuální odborné (zahraniční) literatury.

Plný text příspěvku bude zveřejněn v odborném tisku.

Korespondence:

Mgr. Jana Kačorová
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě
Hauerova 4
746 01 Opava
Email: jana.kacorova@fvp.slu.cz

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE S CHORÝM V PERIOPERAČNOM OBDOBÍ

Eva Morovicsová

Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, Psychiatrická klinika

Súhrn:

Autorka v príspevku poukazuje na špecifiká komunikácie s chirurgickým pacientom v jednotlivých obdobiach perioperačnej starostlivosti, ktoré sú podmienené faktormi operačnej liečby, okolnosťami vzniku ochorenia, typom anestézie, dĺžkou pobytu v zdravotníckom zariadení, premorbidnou osobnosťou pacienta, jeho sociálnou situáciou a pod. Pozornosť venuje obsahovému zameraniu a zásadám komunikácie pri plánovaných operáciách, urgentných stavoch a počas výkonov realizovaných v zariadeniach jednodňovej chirurgie. Zároveň poukazuje aj na dôležitosť komunikácie s podpornými osobami a v interpersonálnej rovine.

Kľúčové slová:

Komunikácia; Perioperačné obdobie; Operácia; Pacient; Zdravotnícki pracovníci

Úvod

Chirurgický spôsob liečby a nevyhnutná hospitalizácia predstavujú pre pacienta výraznú zmenu životných podmienok. Ochorenie v mnohých prípadoch nastáva náhle a neočakávane, zastihuje človeka telesne, psychicky a sociálne nepripraveného na chorobu a na vyradenie z rôznych sociálnych rolí. Zároveň sa môžu u pacientov počas diagnostického procesu a liečby vyskytovať telesné, psychické a sociálne problémy, ktorých riešenie si vyžaduje rýchly zásah zdravotníckych pracovníkov, rovnako aj ich citlivý, empatický a taktný prístup. Vhodný spôsob komunikácie s pacientom už v predoperačnom období môže výrazne prispieť k eliminácii psychických problémov, napr. k zmierneniu intenzity prežívaného strachu, obáv a neistoty, k budovaniu sebaúcty a sebakoncepcie a tým aj k dosiahnutiu psychickej pohody pacienta a jeho lepšej adaptácii na aktuálny zdravotný problém, či rôzne obmedzenia. Vychádza z poznania a pochopenia konkrétnych prejavov správania a prípadných zmien v prežívaní chorého v priamom kontakte s ním, o ktorých môže, ale aj nemusí hovoriť. Cennými sú aj informácie rodinných príslušníkov, prípadne sprevádzajúcej osoby, či iných zdravotníckych pracovníkov. Prítomnosť uvedených zmien v psychike pacienta môžu podmieňovať viaceré faktory, napr. charakter zvoleného operačného postupu, špecifickosť jednotlivých chirurgických odborov, dĺžka pobytu chorého v zdravotníckom zariadení, výrazný rozvoj jednodňovej chirurgie a pod. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je pomôcť, podporiť pacienta a eliminovať problémy a komplikácie v procese liečby. Preto je dôležité v celom perioperačnom období venovať pozornosť vhodnej komunikácii s pacientom, nespoliehať sa iba na odporúčaný univerzálny prístup k istej skupine pacientov. Práve naopak, je nevyhnutné rešpektovať individualitu chorého, sledovať zmeny jeho správania, verbálne a neverbálne prejavy, ktoré môžu signalizovať prítomnosť mnohých, často aj zdanlivo nezávažných problémov.

Význam a zameranie komunikácie v perioperačnom období

Pri kontakte s pacientom a jeho rodinou je potrebné vychádzať zo základného princípu komunikácie, ktorým je poskytnutie adekvátnych a zhodných informácií v denotatívnej a konotatívnej rovine a takým spôsobom, aby boli pre pacienta jasné, zrozumiteľné a aby prispeli k riešeniu jeho problémov. Vhodná informovanosť prispieva k zmierneniu strachu a úzkosti, umožňuje poučiť pacienta o očakávanom správaní a charaktere spolupráce aj v pooperačnom období (Otrubová, Jankechová, 2009, b.s.). Výber, spôsob podania a časový

faktor poskytnutia informácií musia byť prispôsobené veku, aktuálnemu telesnému a psychickému stavu, intelektuálnej úrovni pacienta a konkrétnym okolnostiam. Do procesu získavania a poskytovania informácií vstupujú nielen zdravotnícki pracovníci, pacient, ale aj podporné osoby, ktoré sú u detí, v akútnych stavoch, pri poruchách vedomia chorého často jediným zdrojom relevantných informácií o okolnostiach vzniku ochorenia, úrazu, nespôlupráce chorého a pod.

Zdravotnú starostlivosť v perioperačnom období zabezpečuje tím zdravotníckych pracovníkov, v ktorom má každý svoje špecifické postavenie a kompetencie, čo sa premieta aj do obsahu poskytovaných informácií pacientom a ich príbuzným. Lekár poskytuje informácie o diagnostickom a liečebnom postupe, operačnom výkone, o možnom výskyte intraoperačných a pooperačných komplikácií. Sestra, fyzioterapeut, asistent výživy poskytujú informácie, ktoré sa týkajú vykonávania konkrétnych ošetrovateľských, rehabilitačných, dietetických postupov v predoperačnej, v intraoperačnej a v pooperačnej starostlivosti (Lloyd, Bor, 2004, s. 35-38; Magerčiaková, 2013b, s. 160). Z hľadiska komplexnej prípravy chorého na operáciu je dôležité pacientovi a jeho rodine poskytnúť informácie už v predoperačnom období v rámci vzdialenej predoperačnej prípravy. Chorému nie je potrebné iba informácie poskytnúť, ale je veľmi dôležité overiť ich pochopenie, ako aj osvojenie nevyhnutných zručností potrebných pre priebeh perioperačného obdobia. Okrem možností osobného kontaktu, ktorý umožňuje zvýraznenie významu slova paralingvistikou a doplnenie súhlasnými prejavmi neverbálnej komunikácie, je potrebné, aby kľúčové informácie vzťahujúce sa k jednotlivým obdobiam perioperačnej starostlivosti boli poskytnuté aj písomne. To umožní chorému opakovane sa k informáciám vrátiť, znižujú sa jeho obavy zo zabudnutia, nesplnenia poskytnutých usmernení a inštrukcií. Odporúča sa aj poskytnutie vhodného informačného materiálu, napr. videa na priblíženie operačného prostredia, návčiku správneho dýchania, mobilizácie, ošetrovania rán a pod.

Faktory ovplyvňujúce komunikáciu s pacientom v perioperačnom období

Komunikácia zdravotníckych pracovníkov s pacientom a jeho rodinou v perioperačnom období prebieha od identifikovania zdravotných problémov chorého a rozhodnutí o operačnej liečby až po prepustenie pacienta do domácej starostlivosti. Vzhľadom k charakteru a vzniku ochorenia, spôsobu liečby, pooperačného priebehu a pod. môže ísť o rôzne dlhý časový úsek. V tomto období predstavuje komunikácia neoddeliteľnú súčasť intervencií všetkých zdravotníckych pracovníkov a zameriava sa na poskytnutie informácií o príčinách zmien zdravotného stavu pacienta, preventívnych opatreniach, možnostiach diagnostiky a liečby, na osvojenie nevyhnutných zručností pre tento proces a adekvátnych postojov pacienta k navrhovaným opatreniam. Komunikácia v jednotlivých obdobiach perioperačnej starostlivosti má svoje špecifiká, ktoré podmieňujú viaceré aspekty. Môžeme k nim zaradiť: osobnostné charakteristiky pacienta, časový faktor operačnej liečby, typ anestézie, dĺžku pobytu v zdravotníckom zariadení a ďalšie. Uvedeným aspektom je potrebné prispôbiť aj spôsob poskytovania potrebných informácií v jednotlivých formách sociálnej komunikácie (Morovicsová a kol., 2011, s. 148).

Osobnosť pacienta

Pre pacienta predstavuje úraz, náhly stav, či operácia výraznú záťaž. Limituje chorého v rôznych oblastiach, mení jeho vzhľad, znižuje kvalitu života, čo má dopad aj na jeho prežívanie a správanie. Spôsob vyrovnávania sa s ochorením podmieňujú faktory premorbidnej osobnosti, napr. vek, úroveň celkovej citlivosti na nepríjemné podnety, ako je bolesť, temperamentálne vlastnosti, zdravotné uvedomenie, hierarchia hodnôt a ďalšie. Chorý sa stáva zraniteľnejším, precitlivejším a často aj neprimerane kritickým a vzťahovačným.

Spracovanie ochorenia sa potom premieta aj do sociálnej interakcie pacienta so zdravotníckymi pracovníkmi, od ktorých očakáva pochopenie, pomoc, podporu a vyriešenie, resp. odstránenie zdravotných ťažkostí (Morovicsová, 2006, s. 13-14). Aj napriek zmenám v správaní pacienta a jeho neadekvátnym reakciám lekár, sestra či iný zdravotnícky pracovník sa musia vedieť odosobniť a pomôcť pacientovi zorientovať sa v situácii, podporovať ho v procese liečby a v hľadaní primeraných spôsobov riešenia jeho problémov.

Vznik zdravotných ťažkostí

Komunikáciu s chorým hlavne v predoperačnom období podmieňuje aj skutočnosť, že mnohé chirurgické ochorenia alebo úrazy vznikajú náhle, sprevádzajú ich rôzne ťažkosti, prípadne si vyžadujú okamžité operačné riešenie. Takáto situácia naplňa pacienta obavou, neistotou a strachom predovšetkým preto, lebo operácia je zásahom do jednoty ľudského tela a v jeho predstavách sa môže spájať s výskytom rôznych komplikácií ohrozujúcich život. Primerané zvládnutie akútneho stavu a celkovej situácie uľahčuje adaptáciu chorého na zmenenú životnú situáciu a je predpokladom jeho aktívnej spolupráce v diagnosticko-terapeutickom procese.

Typ operačného výkonu

Dôležitým faktorom, ktorý podmieňuje komunikáciu s pacientom je aj to, či ide o plánovaný alebo urgentný operačný výkon. V prípade plánovaného operačného výkonu je väčší časový priestor na poskytnutie a overenie informácií, prekonzultovanie nejasností, monitorovanie a riešenie psychických problémov pacienta, predovšetkým zmierňovanie intenzity prežívaného strachu a obáv, zároveň aj pre prípravu chorého v pooperačnom období a na spoluprácu s rodinou. Ak ide o urgentnú operáciu, pozornosť sa v krátkom časovom úseku sústreďuje na získanie informácií pre rýchlu diagnostiku a zahájenie liečby, rovnako aj na poskytnutie dôležitých informácií o plánovaných diagnostických a terapeutických postupoch. Vzhľadom k tomu, že pacient získava viac informácií z neverbálnych prejavov zdravotníckych pracovníkov alebo sprevádzajúcich osôb, je nevyhnutné, aby ich vystupovanie a prístup boli rozhodné, isté, pokojné aj napriek časovému stresu.

Typ anestézie

Operácie vykonávané v miestnej alebo v zvodovej anestézii predstavujú určité nároky aj v oblasti komunikácie, pretože chorý vníma dianie v operačnej sále. Interpersonálna komunikácia operačného tímu sa má vzťahovať výlučne k priebehu operácie, komunikácia s pacientom sa obmedzuje iba na kontrolu jeho stavu. Riešenie nepredvídateľných problémov musí byť rýchle, rozhodné a konštruktívne bez výrazných emotívnych a devalvačných prejavov.

Dĺžka pobytu v zdravotníckom zariadení

Súčasný trend v liečbe chirurgických ochorení smeruje k skráteniu pobytu pacienta v zdravotníckom zariadení a presunutiu ďalšej liečby chorého do domáceho prostredia. V závislosti od náročnosti operácie a aktuálneho stavu pacienta sa plánované operačné výkony realizujú počas niekoľko dennej hospitalizácie chorého alebo v zariadeniach jednodňovej chirurgie. Dĺžka hospitalizácie pacienta má vplyv aj na požiadavky, ktoré sa týkajú predovšetkým časového obdobia a charakteru poskytnutých informácií.

Špecifiká komunikácia pri plánovaných výkonoch

Obsahové zameranie informácií je pri plánovaných výkonoch v zásade rovnaké, musia sa však rešpektovať špecifiká konkrétneho chirurgického odboru. Zameriavajú sa na realizáciu postupov v telesnej, v psychickej a v medikamentóznej predoperačnej príprave, na priebeh intraoperačného obdobia vo vzťahu k typu anestézie a na pooperačné obdobie.

Komunikácia s pacientom pri plánovaných operačných postupoch

Pozornosť zdravotníckych pracovníkov má byť zameraná na poskytnutie informácií, ktoré súvisia napr. s:

- charakterom liečby, princípom operačnej liečby, typom anestézie,
- predpokladanou dĺžkou hospitalizácie, faktormi pôsobiacimi počas hospitalizácie, priebehom rekonvalescencie, možným dopadom operačnej liečby na život pacienta,
- realizáciou jednotlivých postupov predoperačnej prípravy, napr. odber biologického materiálu a realizácia jednotlivých vyšetrení, bezprostredná telesná príprava pred operáciou, spôsob ošetrovania rán, dietetické opatrenia, ale aj postupy špeciálnej predoperačnej prípravy vzhľadom na charakter operačného postupu a pod.,
- dôležitými opatreniami v medikamentóznej príprave, napr. spôsob užívania dlhodobo ordinovaných liekov, antibiotická profylaxia,
- využívaním psychologických možností eliminácie nadmerného strachu z operácie, špecifických stratégií zvládania bolesti,
- výskytom jednotlivých faktorov operačného rizika pri nedodržiavaní odporúčaných opatrení, napr. pri nesprávnom polohovaní, nadmernom fyzickom zaťažovaní, nepravidelnom užívaní liekov,
- priebehom intraoperačného obdobia, napr. typ anestézie, očakávané pocity a vnemy, spôsob spolupráce, komunikácie, informácie o vybavení a prevádzke operačného prostredia,
- priebehom pooperačného obdobia, napr. príprava na prepustenie do domáceho ošetrovania, preklad na iné pracovisko, postup pri prepúšťaní, riešenie rôznych problémov a pod. (Magerčiaková, 2013a, s. 34-35; Morovicsová a kol., 2011, s. 150; Vymětal, 2003, s. 120-121).

Tieto informácie musia byť z hľadiska pozície jednotlivých zdravotníckych pracovníkov navzájom zosúladené a súhlasné. Úlohou všetkých zdravotníckych pracovníkov je overiť, nakoľko pacient a rodinní príslušníci poskytnutým informáciám porozumeli a osvojili si nevyhnutné zručnosti pre celé perioperačné obdobie.

Špecifiká komunikácie v zariadeniach jednodňovej chirurgie

Pri výkonoch realizovaných v zariadeniach jednodňovej chirurgie zohráva dôležitú úlohu časový faktor poskytnutia informácií. Príprava pacienta sa realizuje v rámci ambulantnej starostlivosti a vykonáva ju lekár so sestrou v aktívnej spolupráci s pacientom, rodinnými príslušníkmi a zariadením jednodňovej chirurgie. Príprava pacienta zahŕňa usmernenia týkajúce sa nielen predoperačnej prípravy a intraoperačného obdobia, ale aj pooperačnej starostlivosti, pretože v zariadeniach jednodňovej chirurgie zostáva pacient po operácii len nevyhnutný čas a v pooperačnom období sa môžu u pacienta vyskytnúť nepredvídateľné problémy, ktoré nemusí byť schopný riešiť sám. Špecifikom komunikácie v jednodňovej chirurgii je teda poskytnutie informácií chorému o predoperačnej príprave, o postupoch realizovaných v deň operácie a o spôsobe ošetrovania v pooperačnom období už v rámci vzdialenej predoperačnej prípravy. Dôležité je:

- upozorniť chorého aj na možnosť kontaktu so zariadením jednodňovej chirurgie a zistiť jeho záujem o návštevu tohto zariadenia ešte pred plánovaným termínom operačného výkonu,
- pripraviť pacienta na pooperačný priebeh, zdôrazniť napr. telesné šetrenie, spôsob užívania liekov, výskyt možných problémov a spôsob ich riešenia,
- zistiť možnosť spolupráce s rodinnými príslušníkmi, poskytnúť telefonický kontakt pre prípad výskytu problémov, poskytnúť informáciu o možnosti kontaktu pacienta do 48 hodín,

- upozornit' na nevyhnutnosť návštevy lekára do 3 dní a pod. (Magerčiaková, 2013a, s. 35; Beran a kol., 2010, s. 96-97; Morovicsová 2007, s. 354-357).

Špecifiká komunikácie vzhľadom na typ anestézie

Pri plánovaných operačných výkonoch, ktoré budú realizované v miestnej alebo zvodovej anestézii, je nevyhnutné, aby lekár, anestéziológ informoval pacienta o špecifikách konkrétneho typu anestézie. Vzhľadom k tomu, že pacient je počas operácie pri vedomí a vníma dianie v operačnej sále, je dôležité na tento aspekt pacienta upozorniť a vopred si dohodnúť spôsob komunikácie. Pacient má vedieť, že komunikácia s ním bude obmedzená iba na monitorovanie jeho stavu a nie je ani v prípade, že sa osobne pozná s operátorom, predmetom spoločenskej konverzácie. Komunikácia sa vzťahuje k monitorovaniu citlivosti, bolesti, dyskomfortu, celkového stavu, prípadne iných nežiaducich príznakov. Operácie realizované v zvodovej anestézii kladú určité požiadavky aj na správanie a komunikáciu operačného tímu počas výkonu, interpersonálne vzťahy a spôsob riešenia nepredvídateľných okolností a problémov. Považuje sa za nevhodné a neetické, ak členovia operačnej skupiny sa počas operácie venujú témam, ktoré s operáciou nesúvisia. Túto skutočnosť pacient vníma veľmi citlivo, obáva sa, že nedostatočná koncentrovanosť operátora môže negatívne ovplyvniť kvalitu jeho výkonu a premietnuť sa do výsledku operácie. Ďalším príkladom je neprimerané, neprofesionálne riešenie nepredvídateľných situácií, problémov a komplikácií, napr. krikom, nadávaním, nešetrným prístupom a pod. Počas intraoperačného obdobia všetci pacienti veľmi citlivo vnímajú pôsobenie rôznych, často aj veľmi negatívnych faktorov počas pobytu na predsáli. Ide napr. o hluk, chlad, novosť prostredia, prístrojové vybavenie, bariéry v komunikácii, často neosobný prístup sestier a iných zdravotníckych pracovníkov, nerešpektovanie intimity (Vymětal, 2003, s. 204-205; Morovicsová a kol., 2011, s. 151).

Špecifiká komunikácia pri urgentných stavoch

Riešenie náhlych príhod alebo úrazov si často vyžaduje interdisciplinárny prístup. Opiera sa o precízne posúdenie všetkých informácií získaných z dostupných zdrojov, včasnú diagnostiku, spoluprácu a tímový prístup. Celý tento proces je vzhľadom na závažnosť stavu pacienta časovo limitovaný, čo predstavuje nielen pre chorého, ale aj zdravotníckych pracovníkov často stresovú situáciu. Uvedeným aj ďalším okolnostiam musí zodpovedať priebeh a charakter komunikácie zdravotníckych pracovníkov s chorým, rodinou, podpornými osobami a v interpersonálnej rovine. Zvládnutie situácie vyžaduje od zdravotníckych pracovníkov sebakontrolu a sebaovládanie v prístupe a v neverbálnych prejavoch, aby dokázali upokojiť chorého a príbuzných a zamerať ich pozornosť na poskytnutie skutočne relevantných informácií. Dôležitá je aj pohotovosť reagovať na ďalšie okolnosti, ktoré s prípadom zdanlivo nemusia nesúvisieť, pretože úspešnosť zásahu závisí od časových možností (Mesárošová, 2009, s. 42). Pozornosť sa upriamuje na získanie základných údajov, ktoré sa vzťahujú k identifikácii osoby, terajšiemu ochoreniu, dôležitým anamnestickým údajom: osobnej, alergickej a rodinnej anamnéze a pod., na naplánovanie diagnostických postupov, stanovenie diagnózy a na zahájenie adekvátnej liečby. Formulácia otázok musí byť stručná, jasná, paralingvistické prejavy kontrolované, aby vyjadrovali istotu a rozvahu zdravotníka. Zameriavajú sa na posúdenia situácie, možností jej riešenia, základných postupov predoperačnej prípravy a ďalšieho priebehu. Osobitnou skupinou sú drobné úrazy detí, ktoré si vyžadujú ambulantné ošetrenie. Dieťa vzhľadom na špecifiká svojho veku veľmi citlivo vníma bolesť, odlúčenie rodičov, novosť prostredia, neznámych ľudí, obmedzenia a pod. Riešenie takýchto stavov si vyžaduje trpezlivý a veľmi citlivý prístup, sebaovládanie, spoluprácu s rodičmi, minimalizovanie bolestivých podnetov, rýchle a šetrné vykonanie zákroku.

Záver

Komunikácia s chirurgickým pacientom má svoje špecifiká, ktoré sú podmienené viacerými faktormi. V snahe primerane zvládnuť akútny stav a podporiť aktívnu psychickú adaptáciu chorého, je potrebné prispôbiť charakter komunikácie okolnostiam vzniku ochorenia alebo úrazu, typu anestézie a špecifikám operačnej liečby. Komunikácia s pacientom a podpornými osobami má byť zameraná na rýchle získanie informácií o okolnostiach úrazu, náhlych stavoch, primerané zvládnutie situácie a na poskytnutie nevyhnutných informácií o realizácii jednotlivých postupov v celom perioperačnom období, ako aj na riešenie aktuálnych problémov pacienta.

Literatúra:

- BERAN, J. a kol. (2010) *Lékařská psychologie v praxi*, 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- MAGERČIAKOVÁ, M. (2013a) Edukácia ako integrálna súčasť ošetrovateľskej praxe. *In Logos polytechnikos*, 2013, roč. 4, č. 1, s. 160-171. ISSN 1804-3682.
- MAGERČIAKOVÁ, M. (2013b) Prežívanie stresu u chirurgického pacienta v kontexte hospitalizácie. *In Logos polytechnikos*, 2013, roč. 4, č. 1, s. 33-43. ISSN 1804-3682.
- MESÁROŠOVÁ, J. (2009) Mimoriadne udalosti v chirurgickom ošetrovatelstve. *In Sestra a lekár v praxi*, 2009, roč. 8, č. 5-6, s. 42. ISSN 1335-9444.
- MOROVICSOVÁ, E. (2006) Nemoc v prožívání člověka. *In Sestra (Cz)*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 13-14. ISSN 1210-0404.
- MOROVICSOVÁ, E. (2007) Vplyv informovanosti o perioperačnej starostlivosti na prežívanie strachu u chorých pred operáciou. *In Ošetrovatelstvo, teória, výskum a vzdelávanie*, s. 342-358, 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007, ISBN 978-80-88866-43-5.
- MOROVICSOVÁ, E. a kol. (2011) *Komunikácia v medicíne*, 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2011, 212 s. ISBN 978-80-223-3025-1.
- LLOYD. M., BOR, R. (2004) *Communication Skills for Medicine*, 2. edit. Londýn: Churchill Livingstone, 2004, 202 s. ISBN 0-443-07411-9.
- OTRUBOVÁ, J., JANKECHOVÁ, M. (2009) Compliance a jej význam. *In Abstrakty z prednášok z XII. Konferencie ORL sestier s medzinárodnou účasťou*, bez stránkovania. 1. vyd. Nové Zámky: FN, 2009.
- VYMĚTAL, J. (2003) *Lékařská psychologie*, 3. přepracované vyd. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

Korespondence:

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

MENTÁLNÍ ANOREXIE JAKO EDUKAČNÍ PROBLÉM

Jiřina Hosáková,¹ Daniela Mišíková

Ústav ošetřovatelství FVP, Slezská univerzita v Opavě

² Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Mentální anorexie patří mezi duševní poruchy vyskytující se nejčastěji v populaci dospívajících dívek žijících ve vyspělých zemích světa. Někdy bývá označována jako choroba „bílých dívek.“ Pro poruchu je charakteristická snaha o kontrolování a snižování tělesné hmotnosti. I když je toto téma opakovaně zpracováváno v médiích, ukazuje se, že jak nemocné dívky, tak rodinní příslušníci nemají v počátcích choroby dostatek informací, díky kterému by mohla být vyhledána odborná pomoc v počátcích onemocnění. Do našeho výzkumného šetření bylo osloveno celkem 9 respondentek s diagnózou mentální anorexie, u kterých byly realizovány individuální rozhovory. Jejich obsahová analýza ukázala, že v období před diagnostikou onemocnění dívky vykazovaly dlouhodobě obecně známé symptomy této poruchy příjmu potravy, přesto je jak ony, tak rodinní příslušníci bagatelizovali nebo vůbec nezachytili. Porucha byla diagnostikována buď náhodně při pravidelné preventivní prohlídce nebo až v době výskytu somatických komplikací. Proto se jeví žádoucí pravidelná edukace dospívajících, ale i učitelů, případně rodičů o tomto problému.

Klíčová slova:

Mentální anorexie, symptom, hmotnost, strava, edukace.

Úvod

Jednou z podmínek pro udržení života je pravidelný příjem vyvážené stravy. Jídlo je nejen nutností, ale má i sociální roli. Společnost a kultura mají na stravování i složení stravy významný vliv. Příkladem mohou být oslavy významných událostí spojené s bohatou hostinou nebo společný oběd, který umožňuje spolupracovníků neformální kontakt a pomáhá vytvářet pocit sounáležitosti. Náзор společnosti určuje i ideál krásy. Zatímco v období 16. a 17. století a dále v období 2. světové války byly za krásné považované ženy plnějších tvarů, od 60. let minulého století je ideálem krásy štíhlost. I když příčiny vzniku jsou multifaktoriální, dle Americké psychiatrické společnosti je právě tato skutečnost zásadní pro nárůst poruch příjmu potravy za posledních 30. let. (Townsend, 2012, s.739) Mezi poruchy příjmu jsou řazeny mentální anorexie, mentální bulimie, přejídání a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami. Charakteristickým rysem je porucha myšlení a chování ve vztahu k jídlu. Nejčastěji se vyskytující poruchou příjmu potravy v populaci je mentální anorexie. Nemocní si sami svými aktivitami snižují hmotnost pod 15% oproti normálu, opakovaně ventilují obavy z tloušťky a mají zkreslené představy o vlastním vzhledu. Manipulaci se stravou bývá doprovázená nadměrnou tělesnou aktivitou. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s.260) U nemocných lze zachytit somatické komplikace, kdy, mimo ztrátu hmotnosti, lze vysledovat zhoršenou regenerační schopnost kůže, poruchy krvetvorby, dysbalanci elektrolytů a častou komplikací je i hypercholesterolemie, která je charakteristická spíše pro obézní jedince. Poškození srdečního systému se nejčastěji projevuje poruchami srdečního rytmu, bradykardií a hypotenzí. Pro poškození gastrintestinálního systému svědčí eroze a vředy na jícnu, u části anorektiček lze RTG vyšetřením prokázat dilataci duodena, mohou být přítomny nespecifické záněty tlustého střeva. Oslabení imunitního systému se projevuje komplikovaným průběhem i banálních infekcí. Dochází k narušení endokrinního systému, nejčastěji se vyskytuje porucha menstruačního cyklu, porucha fertility, pokud již žena otěhotní a porucha stále trvá, těhotenství má patologický průběh. Charakteristické jsou i

změny v psychické a sociální oblasti, kdy má jedinec narušeny vztahy s lidmi ve svém okolí, postupně se uzavírá do sebe a sociální kontakty přerušuje. Dochází k poklesu nálady, část pacientů ukončí život suicidem.

Cíl práce

Cílem naší práce bylo zmapovat období před diagnostikou choroby ve vztahu k projevům mentální anorexie a dále zjistit, jakým způsobem dívky ovlivňovaly příjem stravy a hmotnost při vážení a zda si jsou vědomy možných následků poruchy.

Metodika

Pro získání sberu dat byla zvolena metoda polostrukturovaných, individuálních rozhovorů, kdy fixace dat proběhla nahráváním a následným doslovným přepisem. Dále bylo provedeno kódování dat a analýza metodou vytváření trsů.

Materiál – soubor

Soubor tvořilo 9 dívek, které měly diagnostikovanou mentální anorexii podle MKN-10. Byly ve věku od 14 do 20 let, průměrný věk respondentek byl 17,5 roku, poruchu mentální anorexie měly diagnostikovanou a léčily se s ní v období od 1 roku do 5 let. Pouze ambulantní léčba proběhla u 3 dívek, 6 dívek podstoupilo léčbu ústavní. Respondenty byly získávány technikou snowball, kdy oslovené dívky poskytly kontakt na další nemocné.

Výsledky

Z našeho šetření vyplynulo, že část dívek začala o anorexii přemýšlet až na popud svého praktického lékaře, část poté, co se dostavily některé ze zdravotních komplikací a jedna po náhodném přečtení článku na internetu. I když měly informace z okolí o své hubenosti, nepřipouštěly si problém, vážněji se začaly zajímat o svůj stav až při výskytu některých somatických komplikací. Žádná z dívek si nebyla vědoma konkrétního spouštěcího faktoru, pět respondentek ale uvedlo, že začalo manipulovat se stravou po nárůstu váhy v dospívání. U jedné z dívek byla důvodem omezování příjmu jídla hmotnost sledovaná v taneční škole, kterou studovala. Pokud bylo žádoucí, aby dívka svou hmotnost snížila, objevilo se to v pravidelném hodnocení, které bylo veřejně vyvěšeno na nástěnce školy. Další respondentka uváděla, že k omezování příjmu jídla začalo docházet po přechodu na jinou školu, kdy přibyla psychická zátěž a ubyl čas na jídlo.

K obvyklým situacím u nemocných a mentální anorexii patří manipulace se stravou a s váhou při vážení. Pět dotazovaných uvedlo, že váhu snižovalo zvracením a čtyři přiznaly užívání laxativ. Standardní bylo schovávání a vyhazování potravin. Nejčastější metodou při manipulaci s hmotností bylo vypití většího množství tekutin před vlastním vážením. Šest uvedlo přejídání se před vážením, kdy následně obsah žaludku vyzvracely. Jedna z respondentek uváděla vážení se v hrubém svetr, pod kterým měla na sobě připevněny těžké předměty. Jiná z dívek vysledovala, že pokud vyndá z váhy baterie a vloží je opět těsně před vážením, první vážení ukáže vyšší hodnotu.

Diskuze

Mentální anorexie patří mezi poruchy, která patří mezi duševní poruchy. Její dopad je ale patrný významně v tělesném stavu. V období dospívání dochází k fyziologickým změnám ve fyziognomii, které jsou většinou populace díky adaptačním mechanismům postupně zvládnuty. Nemocní s mentální anorexii ale nárůst hmotnosti a změnu tělesných proporcí vnímají jako něco nepatřičného a snaží se je ovlivnit. I když jsou informace o poruchách příjmu potravy dostupné v časopisech i médiích, podle našeho zjištění si problém nemocní

uvědomí až při výskytu tělesných obtíží. Zpětně lze vysledovat některé charakteristické rysy jednání, například perfekcionismus nebo obsedantní chování. Například Bulik (2003) sledovala v období osmi let u vzorku 1010 respondentek výskyt vybraných typů chování u žen dvojčat, kde alespoň jedna z páru měla diagnostikovanou tuto poruchu. Prokázala souvislost mezi chorobou a perfekcionismem, i když autorka upozorňuje na fakt, že nelze s jistotou konstatovat, zda byl tento osobnostní rys přítomný již před propuknutím poruchy nebo zda se rozvinul společně s nemocí. Vlastní spouštěcí mechanismy si ale postižení jedinci neuvědomují a počátek potíží nedokážou jednoznačně upřesnit. Jedním z důvodů může být skutečnost, že v dospívání je většina děvčat obecně nespokojená s vlastní vizáží a v kombinaci s postupným vyzráváním osobnosti se těžce odhaluje, které reakce jsou ještě běžné a které chování je již patologické. Klasická je pro toto období vzrůstající míra stresu související hlavně s přechodem na jiný typ školy a s tím souvisejícími zvyšujícími se nároky na výkon i na čas.

Tab.1 Výskyt komplikací:

Komplikace	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
Zdravotní	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Sociální	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ano	Ne	Ano
Psychické	Ano	Ne	Ano	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ano

Způsoby manipulace se stravou a hmotností se objevily podle očekávání u všech dotazovaných a téměř všechny jsou popisovány v literatuře. Jedná se nejčastěji o pití většího množství tekutin před vážením, zvracení požitých potravin, zvýšená tělesná aktivita nebo vážení v oděvech, kde jsou ukryty těžké předměty apod. Zvláštností v našem průzkumu byla pouze manipulace s bateriemi při vážení na digitální váze. Je skutečností, že pacientky jsou nespokojené a ani sebevětší kontrola není zárukou získání relevantních údajů. Komplikace anorexie se obecně rozděluje na zdravotní, sociální a psychické. Jako varující se jeví zjištění, že i když respondenty komplikace udávaly, nebyly si vědomy rizika poškození v budoucnu a i tělesné komplikace považovaly za přechodné. Navíc stávající problémy nedávaly do souvislosti s hladověním. Například kvůli kožním defektům se sice necítily dobře, na druhou stranu je ale nepřičítaly anorexii. Obavy u některých vyvolaly pouze poruchy menstruačního cyklu a možnost následné neplodnosti. Ani to se však netýkalo všech. Celkově z rozhovorů vyplynulo, že si jsou málo vědomy následků, které pro ně choroba do budoucna může mít. Murphy (2010) upozorňuje i na skutečnost, že manipulace se stravou vede ke zmírnění napětí a nemocní si mohou tento způsob zvolit jako vhodný způsob zvládnání stresu v budoucím životě.

Závěr

Mentální anorexie není v dnešní době žádnou vyjímečnou poruchou, literatura uvádí výskyt u jedné dívky ze dvouset. Může se vyskytnout i u mužů, nicméně na 10 nemocných žen připadá v populaci pouze 1 nemocný muž. Naše šetření poukázalo na nedostatek znalostí o této problematice mezi dospívající mládeží, pro kterou je ale výskyt poruchy charakteristický a která je jednoznačně rizikovou skupinou. I když je pro úspěšnou léčbu a minimalizaci následků nutné včasné zahájení terapie, dívky se s potížemi potýkají několik let. Rodina požádala o lékaře většinou až v případě tělesných komplikací. U žádné neupozornila na problém škola, i když dívky trpěly poruchou v období školní docházky. Vhodná by byla edukace veřejnosti o chorobě i jejich rizicích jak mezi mládeží, tak ale taky mezi rodiči, neboť výsledky šetření ukazují na absenci informací. Jednou z kompetencí sester je provádění edukace a toto je jedno z témat, o kterém zde edukovat v zařízeních primární, sekundární, ale i terciární péče.

Literatura

TOWNSEND, M.C. (2012) *Psychiatric Mental Health Nursing : Concepts of Care in Evidence-based Practice*. 7.vyd. FA Davis Firma/Publisher, 2012, 1021s. ISBN 9780803627673

BULIK. C.M. (2003) The Relation Between Eating Disorders and Components of Perfectionism. In *Am J Psychiatry*, 2003; roč. 160, č. 2, s.366-368. ISSN 1535-7228

MURPHY, R. at al. (2010) Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. In *Psychiatr Clin North Am.*, 2010, roč.33, č.3. s.611-627. ISSN: 0193-953X

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. (2010) *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6

Korespondence:

Mgr. Jiřina Hosáková
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik Slezské univerzity v Opavě
Hauerova 4
746 01 Opava
Email: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

HYGIENA RÚK SESTIER V PREVENCIÍ VZNIKU A ŠÍŘENIA NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ

Andrea Lajdová,²⁾Marta Slezáková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

²⁾Nemocnica Topoľčany, n.o.

Súhrn:

K minimalizovaniu príležitosti k šíreniu nozokomiálnych nákaz môžu významne prispieť sestry dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad, používaním bariérovej ošetrovateľskej techniky a v neposlednom rade dôslednou hygienou rúk. Dominantným nástrojom v prevencii nozokomiálnych nákaz je správna a účinná hygiena rúk v ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom práce bolo dotazníkovou metódou zistiť, aké sú vedomosti a návyky sestier v hygiene rúk a či sestry ovládajú správnu techniku hygieny rúk. Prieskum sa realizoval v mesiaci október 2011 v súbore 110 respondentov, ktorý tvorili sestry vo veku 20-59 rokov pracujúce v nemocnici v Topoľčanoch. Zistili sme, že 63,6 % sestier ovláda správny priebeh hygienickej dezinfekcie rúk. Mladšie sestry (20-39 rokov) majú slabšie vedomosti a ich návyky sú nedostatočné ako majú staršie sestry (40-59 rokov) v hygiene rúk. Väčšina sestier používa tekuté mydlo, uteráky na jedno použitie, rukavice a ošetruje si ruky regeneračným krémom, ale nie dostatočne. Približne každá 12. sestra nosí šperky na rukách pri ošetrovaní chorých, asi každá 8. sestra nosí dlhé nechty, 3 sestry nosia umelé nechty a 4 sestry majú nalakované nechty. 7 sestier nevie, že pri ošetrovateľskej praxi je úprava nechtov pre zdravotníckych pracovníkov ustanovená v právnom predpise.

Kľúčové slová:

Nozokomiálne nákazy. Prevencia. Hygiena rúk. Sestry. Ošetrovateľská prax.

Starostlivosť o pacientov v nemocničnom prostredí, mala a má za cieľ úspešnú liečbu a uzdravenie pacienta hospitalizovaného v nemocničnom zariadení. Bola a je sprevádzaná výhodami, ale taktiež aj jej nevýhodami, t.j. zvýšeným rizikom vzniku a prenosu infekcií, ktoré nazývame nozokomiálne nákazy (NN) (Šrámová a kol., 1995).

História nozokomiálnych nákaz je taká dlhá ako existencia nemocničných zariadení, v ktorých sa sústreďovali chorí. Až rozvoj mikrobiológie a epidemiológie umožnil objasniť ich etiológiu a faktory, ktoré ovplyvňujú ich vznik a vypracováva účinné opatrenia (Zahradnický, 1981).

V prevencii NN je dominantným nástrojom správna a účinná hygiena rúk v ošetrovateľskej starostlivosti. Za najlacnejší a najjednoduchší spôsob ako zabrániť prenosu infekcie sa považuje hygiena rúk. Správne si umýva/dezinfikuje ruky v priemere menej ako 50 % zdravotníckych pracovníkov. Boli vyvinuté štandardy, ktoré sú určené na hygieny rúk zdravotníckeho personálu, ale aj napriek tomu dodržiavanie smerníc je nedostatočné. Jednou z intervencií na zlepšenie compliance sa považuje účinné kontinuálne vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a úspešná edukácia, ktorá smeruje k zmenám postojov a výkonu hygieny v ošetrovateľskej praxi (Kelčíková a kol., 2008).

K minimalizovaniu príležitostí k šíreniu NN môžu významne prispieť sestry a to predovšetkým dodržiavaním hygienicko-epidemiologických zásad, používaním bariérovej ošetrovateľskej techniky a taktiež dôslednou hygienou rúk. Na prevencii NN sa významnou

mierou podieľajú predovšetkým sestry, ktoré sú dobre edukované v oblasti hygieny rúk (Lešičková a Zeleníková, 2009).

V našej odbornej praxi sme dlhšie pozorovali, že sestry nemajú dostatočné vedomosti a teda ani správne návyky v hygiene rúk počas vykonávania ošetrovateľskej praxe. Z tohto dôvodu sme sa rozhodli preskúmať, do akej miery je náš názor opodstatnený a problematika závažná pre ošetrovateľskú prax. Cieľom bolo zistiť, aké sú vedomosti a návyky sestier v hygiene rúk a ako sestry ovládajú správnu techniku hygieny rúk.

Na získanie empirických údajov sme vytvorili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 37 položiek, rozdelených na tematické oblasti, v ktorých sme zisťovali faktory uvedené v ciele prieskumu. Prieskum sme realizovali v mesiaci október 2011 v súbore, ktorý tvorili sestry pracujúce v nemocnici v Topoľčanoch. Dotazníky boli distribuované prostredníctvom osobného kontaktu s vedúcimi sestrami a následne rozdane sestram na ošetrovacích jednotkách s prosbou o ich vyplnenie a vrátenie. Rozdaných bolo 140 dotazníkov, z toho sa vrátilo 110 vyplnených dotazníkov, (79%-tná návratnosť).

Súbor sestier sme rozdelili na 2 vekové skupiny: prvú tvorili sestry vo veku 20 – 39 rokov, druhú vekovú skupinu tvorili sestry 40 – 59 rokov.

Na spracovanie získaných údajov bol použitý program Microsoft Excel a štatistický systém SPSS verzia 16.0. Štatistická významnosť rozdielov sa hodnotila Chi-kvadrátovým testom. Za hranicu významnosti bola považovaná hladina významnosti 0,05.

Na dotazníkovom prieskume sa zúčastnilo 110 sestier vo veku 20 – 59 rokov pracujúcich v nemocnici v Topoľčanoch. Zisťované fakty sme porovnávali s vekom respondentov – vytvorili sme dve skupiny: do prvej sme zaradili respondentov vo veku 20 -39 rokov, do druhej sme zaradili respondentov vo veku 40 – 59 rokov.

Predpokladali sme, že sestry budú mať nedostatočné vedomosti v problematike hygieny rúk vo vzťahu k veku a frekvencii účasti na školeniach k danej problematike. Pri skúmaní tohto predpokladu sme zaznamenali štatisticky významné rozdiely v nasledujúcich položkách

a/ vo vzťahu k veku:

- Správnu odpoveď na položku „potrebný čas (30s) k dokonalému mechanickému umytiu rúk“ uvádzalo viac respondentov vo vekovej kategórii 20 – 39 rokov ($p = 0,008$)
- Správnu odpoveď na položku „hygienické umývanie rúk je účinnejšie ako mechanické“ uvádzalo viac respondentov vo vekovej kategórii 20 – 39 rokov ($p = 0,006$)

b/ vo vzťahu k frekvencii účasti na školeniach:

- Z celkového počtu sestier bolo preškolených v danej problematike 20%, z toho viac vo vekovej skupine od 20 – 39 rokov (26,3,%).

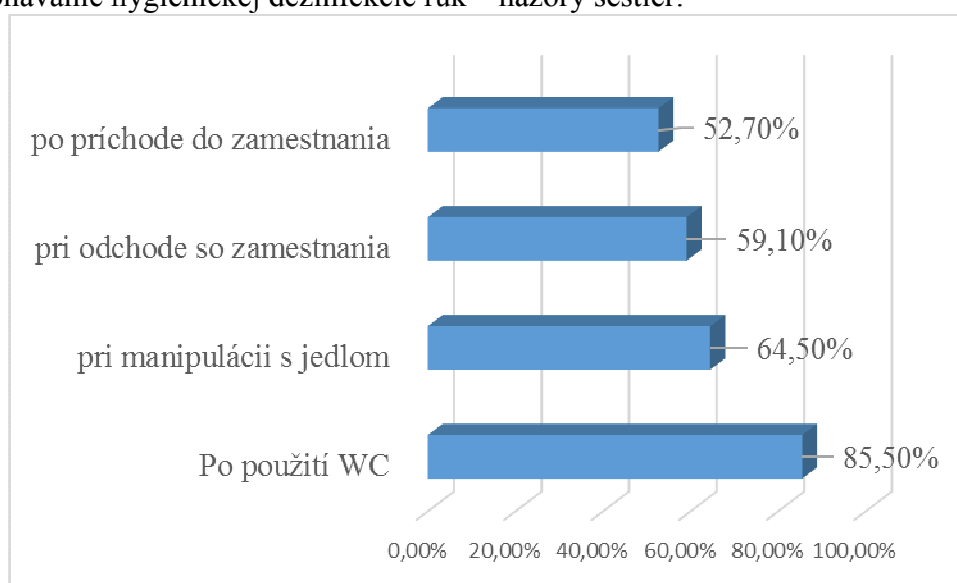
V ďalších skúmaných položkách viažucich sa k vyslovenému predpokladu sa nezistili významné štatistické rozdiely v odpovediach respondentov. Išlo o tieto položky:

- Vedomosť o nežiadúcej mikroflóre na rukách
- Vedomosť o potrebnom čase expozície alkoholového dezinfekčného prostriedku

- Vedomosť o potrebnej minimálnej dávke dezinfekčného prostriedku pre hygienickú dezinfekciu rúk
- Vedomosť o potrebe „mať suché ruky“ pred aplikáciu dezinfekčného prostriedku
- Vedomosť o úprave nechtov
- Vedomosť o uchovávaní tuhých a tekutých mydiel na očistu rúk.

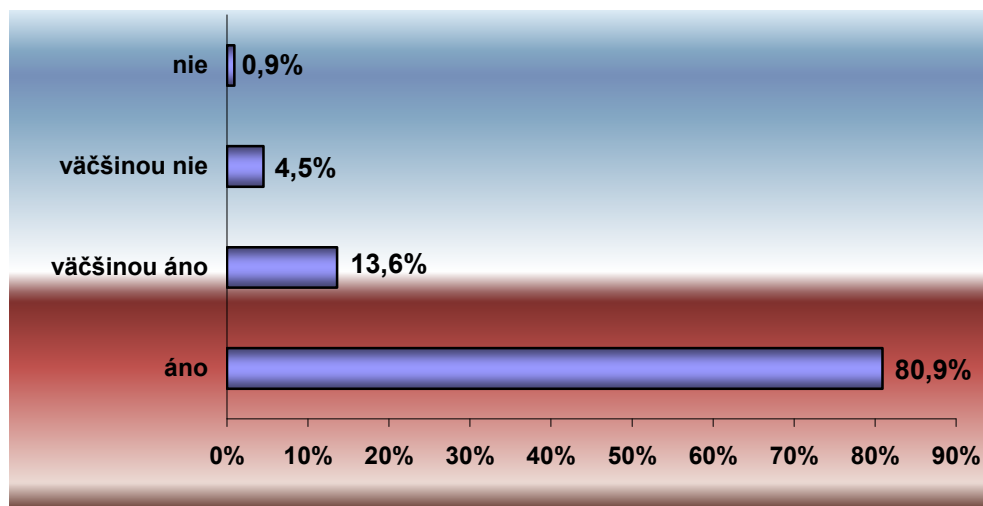
Ďalej sme predpokladali, že sestry majú nevhodné, resp. nesprávne návyky v hygiene rúk (podceňovanie a zanedbávanie dekontaminácie rúk personálu (Janík B., 2010), čo predstavuje jeden z mnohých faktorov podieľajúcich sa na pretrvávajúcom alebo zvyšujúcom sa výskyte nozokomiálnych nákaz (napr. nárast v roku 2009 o 3,3% oproti roku 2008 (Janík, B., 2010) Pre prehľadnosť uvádzame získané výsledky v %-tách:

- 88,2 % sestier správne označilo, že hygienickú dezinfekciu rúk vykonávame po každom ošetrení pacienta bez ohľadu na diagnózu.
- Vykonávanie hygienickej dezinfekcie rúk – názory sestier:



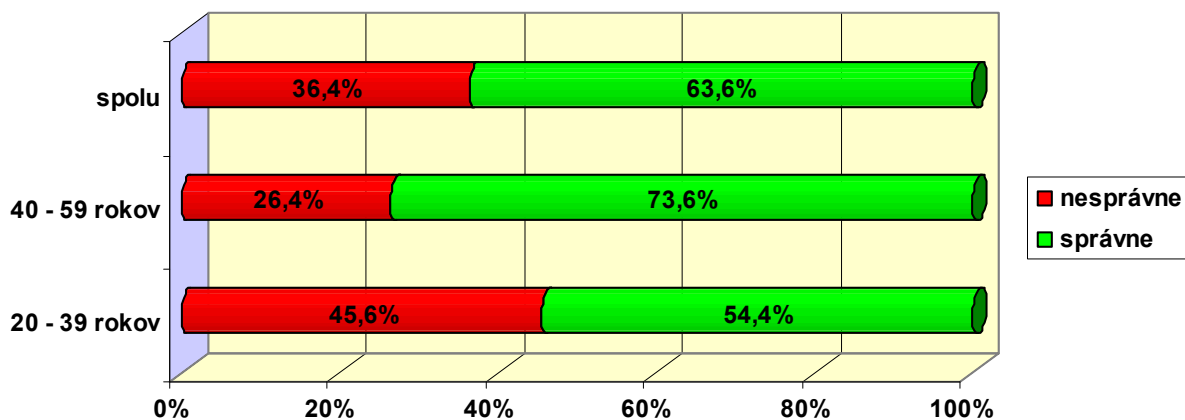
Graf 1: Vykonávanie hygienickej dezinfekcie rúk v priebehu pracovnej doby sestier

- 67,9 % sestier si myslí, že ruky si stačí iba dezinfikovať medzi jednotlivými výkonmi u pacienta, ak nie sú ruky kontaminované biologickým materiálom.
- 83,6 % sestier uviedlo, že si umýva ruky mydlom po každom výkone/ošetrení pacienta. 1,8 % sestier uviedlo, že nie vždy má možnosť umyť si ruky mydlom po každom výkone/ošetrení pacienta
- Až 87,3 % sestier si dôkladne umýva ruky teplou vodou a mydlom hneď po znečistení krvou alebo inými telesnými tekutinami.
- Dôkladne si umýva ruky teplou vodou a mydlom hneď po sňatí rukavíc, i keď sa zdajú byť čisté 69,1 % sestier a pred prístupom k ďalšiemu pacientovi 49,1 % sestier. 1 sestra uviedla, že ruky si dôkladne umýva teplou vodou a mydlom v prípade, ak má v dosahu teplú vodu.
- 67,3 % sestier uviedlo, že si umýva ruky 30 sekúnd. 14,5 % sestier uvádzalo, že nevie, alebo si nemeria čas umývania rúk
- Dostupnosť uterákov na jedno použitie uvádzali sestry nasledovne:



Graf 2: Dostupnosť uterákov na jedno použitie

- Nosenie šperkov: 78,2 % sestier nemá šperky na rukách. 3,6 % sestier nosí na rukách šperky pri ošetrovaní chorých
- 73,6 % sestier vždy používa rukavice. Sestry vo vekovej kategórii 40-59 rokov (83 %) používajú vždy rukavice pri každom ošetrovateľskom výkone štatisticky významne ($p = 0,031$) vo vyššom počte ako sestry vo vekovej kategórii 20- 39 rokov (64,9 %)
- 67,3 % sestier si vždy vymieňa rukavice pred ošetrením každého ďalšieho pacienta pri pravidelnom používaní rukavíc.
- Správny priebeh hygienickej dezinfekcie rúk sestrami podľa vekovej kategórie znázorňuje graf 3:



Graf 3: Postup pri hygienickej dezinfekcii rúk

Na základe uvedených výsledkov môžeme konštatovať, že u sestier sa preukázali nevhodné alebo nesprávne návyky v hygiene rúk. Tu však musíme brať do úvahy, že sme hodnotili subjektívne odpovede sestier, to znamená, že pre objektivizáciu prieskumu by sme museli použiť aj iné empirické metódy ako napríklad pozorovanie respondentov pri ich práci, čo bolo pre nás z praktického i časového hľadiska náročné. Preto sme si dovolili hodnotiť stanovený predpoklad ako potvrdený.

Diskusia k zisteným výsledkom nášho prieskumu

Podľa WHO (2009) je 60 sekúnd postačujúci čas k dokonalému mechanickému umytiu rúk. Viac ako polovica sestier 69,1 % uviedla správnu odpoveď, že 60 sekúnd postačuje na dokonalé mechanické umytie rúk. Štatistický rozdiel ($P < 0,05$) v správnej odpovedi v závislosti od vekovej kategórie bol zaznamenaný ($p = 0,006$), sestry vo vekovej kategórie 20-39 rokov (33,3 %) uviedli častejšie správnu odpoveď ako sestry vo vekovej kategórie 40-59 rokov (11,3 %), čo môže súvisieť s tým, že sestry mladých vekových kategórií majú potrebu a silu prijímať nové informácie, teda ja informácie týkajúce sa hygieny rúk.

K expozícii alkoholovému dezinfekčnému prípravku na rukách je potrebných 30 sekúnd (Štefkovičová a kol., 2007), túto správnu odpoveď uviedlo 60 % sestier. Štatistický rozdiel ($P < 0,05$) v správnej odpovedi v závislosti od vekovej kategórie bol zaznamenaný ($p = 0,008$), sestry vo vekovej kategórie 20-39 rokov (71,9 %) uviedli častejšie správnu odpoveď ako sestry vo vekovej kategórie 40-59 rokov (47,2 %).

Minimálna dávka dezinfekčného prostriedku pre hygienickú dezinfekciu rúk je potrebná v množstve 3 ml (Štefkovičová a kol., 2007). 39,1 % sestier sa správne domnieva, že minimálna dávka dezinfekčného prostriedku pre hygienickú dezinfekciu rúk je potrebná v množstve 3 ml. Necelá polovica sestier (49,1 %) sa mylne domnieva, že na hygienickú dezinfekciu rúk stačí 2 ml dezinfekčného prostriedku.

Do suchej pokožky rúk sa vtiera predpísané množstvo alkoholového dezinfekčného prostriedku (Štefkovičová a kol., 2007). 83,6 % sestier uviedlo správnu odpoveď, že ruky musia byť pred aplikáciou dezinfekčného prostriedku suché preto, lebo ak sú vlhké, zriedi sa dezinfekčný roztok a môže sa znížiť jeho účinnosť. Sestry vo vekovej kategórie 20-39 rokov (89,5 %) uviedli častejšie správnu odpoveď ako sestry vo vekovej kategórie 40-59 rokov (77,4 %), ale štatistický rozdiel ($p > 0,05$) v správnej odpovedi v závislosti od vekovej kategórie nebol zaznamenaný ($p = 0,086$). Pri hygienickej dezinfekcii rúk 65,5 % sestier si dezinfekčný prostriedok vtiera na suché ruky a 19,9 % sestier si ho vtiera na vysušené ruky.

Naša legislatíva, ktorou je § 5 ods. 1 písm. a) Vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia, neumožňuje pri ošetrovaní pacienta nosiť dlhé, nalakované alebo umelé nechty, prstene a ozdoby na rukách. V našom súbore 93,6 % sestier správne uviedlo, že pri výkone práce musia mať zdravotnícki pracovníci krátke a nenalakované nechty. Len 4 sestry si nesprávne myslia, že nie je úprava nechtov pre zdravotníckych pracovníkov predpísaná a 1 sestra si mylí, že nezáleží na úprave nechtov zdravotníckych pracovníkov. Nechty na rukách 85,5% sestier nepresahujú brušká prstov a 12,7 % sestier presahujú brušká prstov. 3 sestry (2,7 %) majú umelé nechty na rukách a 4 sestry (3,6 %) má nalakované nechty na rukách. V štúdií Boledovičovej a kol. (2007), kde sa sledovali návyky rúk zdravotníckych pracovníkov pri hygiene rúk sa zistilo, že dlhé a nalakované nechty malo 2,5 % zdravotníckych pracovníkov, dlhé nechty sa zistili u 10 % a nalakované nechty u 6,6 % zdravotníckych pracovníkov.

Pri ošetrovaní chorých 78,2 % sestier nemá šperky na rukách. 3,6 % sestier nosí na rukách šperky pri ošetrovaní chorých. V štúdií Boledovičovej a kol. (2007) vyplynulo, že 14,2 % zdravotníckych pracovníkov nosí prstene a 9,2 % ozdoby (náramky) na rukách, 85,8 % nenosí žiadne prstene a 90,8 % ani ozdoby. Teda 4,2 % zdravotníckych pracovníkov pri ošetrovaní pacientov nosí prstene a ozdoby na rukách a 95,8 % prstene a ozdoby nenosí.

88,2 % sestier správne označilo, že hygienickú dezinfekciu rúk vykonávame po každom ošetrovaní pacienta bez ohľadu na diagnózu. Správnu odpoveď uviedlo 86 % sestier vo vekovej kategórii 20-39 rokov a 90,63 % sestier vo vekovej kategórii 40-59 rokov, ale štatistický rozdiel v správnej odpovedi v závislosti od vekovej kategórie nebol zaznamenaný ($p=0,455$). Zo 110 sestier až 83,6 % uviedlo, že si umýva ruky mydlom po každom výkone/ošetrovaní pacienta. 1,8 % sestier uviedlo, že nie vždy má možnosť umyť si ruky mydlom po každom výkone/ošetrovaní pacienta. Najviac sestier uviedlo, že hygienická dezinfekcia rúk sa vykonáva vždy po použití WC (85%; 94 sestier), ďalej 64,5% sestier (71 sestier) uviedlo v prípade manipulácie s jedlom a 59,1% sestier (65 sestier) uviedlo v prípade odchodu zo zamestnania. Najmenej sestier si myslí, že hygienická dezinfekcia rúk sa vykonáva vždy pri príchode do zamestnania (52,7%; 58 sestier). Hygienická dezinfekcia rúk sa vykonáva vo všetkých vyššie uvedených prípadoch, pretože z vyhlášky MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia vyplýva, že pri ošetrovaní pacienta sa musia vykonávať vyšetrovacie a liečebné výkony až po umytí rúk, dezinfekcia rúk sa musí vykonávať pred parenterálnym výkonom, pred ošetrovaním pacienta s imunodeficitom, po kontakte s pacientom s prenosným ochorením, po manipulácii s biologickým materiálom, s použitou bielizňou a vždy pri uplatňovaní bariérovej ošetrovacej techniky.

V našom súbore si 67,3 % sestier umýva ruky 30 sekúnd. 14,5 % sestier nevie, nemia si čas umývania rúk. Podľa štúdie Rybárovej a Andraščíkovej (2007) zo 47 sestier dĺžku času potrebného k umývaniu a dezinfekcii rúk uviedlo správne 26,7 % sestier –trvanie 30 sekúnd, 12,7 % sestier nevedelo, aký čas je potrebný k umývaniu a dezinfekcii rúk, 2 sestry uviedli 20 sekúnd a 2 sestry neodpovedali na túto otázku.

Až 87,3 % sestier si dôkladne umýva ruky teplou vodou a mydlom hneď po znečistení krvou alebo inými telesnými tekutinami. Dôkladne si umýva ruky teplou vodou a mydlom hneď po sňatí rukavíc, i keď sa zdajú byť čisté 69,1 % sestier a pred prístupím k ďalšiemu pacientovi 49,1 % sestier. 1 sestra uviedla, že ruky si dôkladne umýva teplou vodou a mydlom v prípade, ak má v dosahu teplú vodu, a rovnako 1 sestra uviedla možnosť ako –kedy. Až 67,9 % sestier si myslí, že ruky si stačí iba dezinfikovať medzi jednotlivými výkonmi u pacienta, ak nie sú ruky kontaminované biologickým materiálom. Zo 110 respondentiek používa pri umývaní rúk tekuté mydlo 93,6 % sestier. Len 1 sestra si neumýva ruky tekutým mydlom. Zo 120-členného súboru zdravotníckych pracovníkov v štúdií Boledovičovej a kol. (2007) používa tekuté mydlo 96,7 % zdravotníckych pracovníkov a iba 3,3 % zdravotníckych pracovníkov tekuté mydlo nepoužíva.

Zo 120 zdravotníckych pracovníkov si 50,8 % ruky osuša papierovými a 49,2 % textilnými uterákmi (Boledovičová a kol., 2007). V našom súbore 80,9 % sestier má na svojom pracovisku k dispozícii uteráky na jedno použitie, len 1 sestra (0,9 %) nemá k dispozícii uteráky na jedno použitie na svojom pracovisku.

Pri ošetrovaní pacientov 90,8 % zdravotníckych pracovníkov používa rukavice a iba 9,2 % nepoužíva rukavice (Boledovičová a kol., 2007). 73,6 % našich sestier vždy používa rukavice pri každom ošetrovateľskom výkone. Sestry vo vekovej kategórii 40-59 rokov (83 %) používajú vždy rukavice pri každom ošetrovateľskom výkone štatisticky významne ($p=0,031$) vo vyššom počte ako sestry vo vekovej kategórii 20- 39 rokov (64,9 %). 67,3 % sestier si vždy vymieňa rukavice pred ošetrovaním každého ďalšieho pacienta pri pravidelnom používaní rukavíc.

Len 20 % sestier nášho súboru bolo preškolených v problematike hygieny rúk na ich pracovisku. Nebol zaznamenaný štatisticky významný rozdiel v počte preškolených sestrách v závislosti od vekovej kategórie ($p=0,086$). Autorky Lešičková a Zeleníková (2009) vo svojom prieskume zistili, že za posledný rok absolvovalo seminár, školenie alebo kurz o prevencii nozokomiálnych nákaz 36,2 % slovenských sestier a 42,1 českých sestier. Sestry najčastejšie uvádzali že išlo o seminár v rámci pracoviska. Školenie o umývaní a dezinfekcii rúk na vlastnom pracovisku absolvovalo 48,6 % slovenských a 89,7 % českých sestier. V našom súbore sestier si len 2 sestry (1,8 %) mali možnosť prakticky vyskúšať hygienickú dezinfekciu rúk a skontrolovať si ich pod UV lampou.

63,6 % sestier uviedlo správny priebeh hygienickej dezinfekcie rúk. Respondentky vo vekovej kategórii 40-59 rokov (73,6 %) uviedli štatisticky významne ($p=0,036$) viac správny priebeh hygienickej dezinfekcie rúk než respondentky vo vekovej kategórii 20-39 rokov (54,4 %). Je otázne, či sestry, ktoré ovládajú správnu techniku hygieny rúk, ju aj v skutočnosti naozaj náležite vykonávajú. Rybárová a Andraščíková (2007) vo svojej štúdií uvádzajú nedostatky sestier v ovládaní správnej techniky umývania a dezinfekcie rúk. Z ich štúdie vyplýva, že zo 47 sestier správnu techniku umývania a dezinfekcie rúk pozná 29,8 % sestier a len 3 sestry z nich ju vie aj správne popísať a 78,6 % ju popísať nevedelo. V súbore Lešičkovej a Zeleníkovej (2009) uviedlo správny počet krokov umývania a dezinfekcie rúk 49,6 % slovenských sestier a 85,7 % českých sestier. Vôbec nepozná správnu techniku umývania a dezinfekcie rúk 50,4 % slovenských sestier a 14,3 % českých sestier

Záver:

V prieskume sú dokumentované výsledky získané z dotazníkov o vedomostiach a návykoch sestier v problematike hygieny rúk v ošetrovateľskej praxi. Dotazníkovou metódou sa zistilo, že väčšina sestier má vedomosti a návyky v hygiene rúk, ale tieto sú slabé a nedostatočné. **Len 63,6 % sestier ovláda správny priebeh hygienickej dezinfekcie rúk. Zaujímavé je, že mladšie sestry (20-39 rokov) majú slabšie vedomosti a ich návyky sú nedostatočné ako majú staršie sestry (40-59 rokov) v hygiene rúk.** Väčšina sestier používa tekuté mydlo, uteráky na jedno použitie, rukavice a ošetruje si ruky regeneračným krémom, ale nie dostatočne. Zároveň sa zistilo, že **približne každá 12. sestra nosí šperky na rukách pri ošetrovaní chorých, asi každá 8 sestra nosí dlhé nechty, 3 sestry nosia umelé nechty a 4 sestry majú nalakované nechty. Len 7 sestier nevie, že pri ošetrovateľskej praxi je úprava nechtov pre zdravotníckych pracovníkov ustanovená v právnom predpise.** Záverom možno konštatovať, že napriek existencii účinných foriem dezinfekcie rúk v ošetrovateľskej praxi sestry majú nedostatočné vedomosti a nevhodné návyky v tejto problematike.

Na základe výsledkov predloženej práce odporúčame **pre nemocnicu v Topoľčanoch:**

- ☉ Vedúca sestra pravidelne edukovať (4x do roka) v problematike hygieny rúk formou školení (praktický nácvik umývania rúk, poskytovanie aktuálnych študijných materiálov) všetky sestry na každom pracovisku.
- ☉ Vedenie nemocnice vytvárať podmienky pre vykonávanie správnej techniky hygieny rúk sestier (dostatočný počet umývadiel, dezinfekčných materiálov, jednorazových utierok).
- ☉ Vedúca sestra vykonávať kontrolu dodržiavania správnej hygieny rúk sestier.
- ☉ Vedenie nemocnice a vedúca sestra motivovať sestry k dodržiavaniu zásad antisepsy a sepsy, bariérovej ošetrovateľskej techniky s dôrazom na správnu techniku umývania rúk (pochvala, odmena).

- Vedenie nemocnice a vedúca sestra preverovať vedomosti sestier v problematike prevencie nozokomiálnych nákaz a hygieny rúk formou písomného testu 4x do roka.
- **pre vzdelávacie inštitúcie:**
- Klásť dôraz na prevenciu nozokomiálnych nákaz a hygienu rúk na I. stupni vysokoškolského vzdelávania sestier, aktualizovať študijné materiály.
- **pre zdravotnícke zariadenia:**
- Konzultovať túto problematiku so špecializovanými odborníkmi v oblasti prevencie nozokomiálnych nákaz (verejný zdravotník, epidemiológ zdravotníckeho zariadenia).

Literatúra:

- BOLEDOVIČOVÁ, J. - ŠTEFKOVIČOVÁ, M. - ONDICOVÁ, M. - MARKOVÁ, M. 2007. Hygiena rúk zdravotníckych pracovníkov. In *Lek. Obz.* ISSN 0457-4214, 2007, roč. 56, č. 4, s. 189-194.
- JANÍK, B. 2010: Nozokomiálne nákazy., In: *Zdravotnícke noviny*. Ambit media a.s., ISSN 044-1966 č. 39, s. 1 -5.
- KELČÍKOVÁ, S. 2008. Hygiena rúk v zdravotníckych zariadeniach. In *Ošetrovatel'stvo pôrodná asistancia*. ISSN 1336-183X, 2008, roč. 6, č. 4, s. 9-10.
- LEŠČÍKOVÁ, B. - ZELENÍKOVÁ, R. 2009. Prevencia nozokomiálnych nákaz – vedomosti a postoje vo vybraných zdravotníckych zariadeniach v Slovenskej a Českej republike. In *Nozokomiálne nákazy*. ISSN 1336-3859, 2009, roč. 8, č. 3, s. 31-40.
- RYBÁROVÁ, D. - ANDRAŠČÍKOVÁ, Š. 2007. Vedomosti sestier o nozokomiálnych infekciách. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2007, roč. 11-12, č. 6, s. 16-17.
- ŠRÁMOVÁ, H. a kol. 1995. *Nozokomiální nákazy*. 1. vyd. Praha : Maxdorf – Jessenius, 1995. 224 s. ISBN 80-85912-00-7.
- ŠTEFKOVIČOVÁ, M. a kol. 2007. *Dezinfekcia a sterilizácia – teória a prax II*. 1. vyd. Žilina: Vrana, 2007. s. 164. ISBN 978-80-968248-3-0.
- VYHLÁŠKA MZ SR č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.
- ZAHRADNICKÝ, J. 1981. *Novinky v medicíně (21) – Nozokomiální nákazy*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 1981. 104 s.

Korešpondencia:

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.
FZaSP TU v Trnave
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
Email: andrea.lajdova @truni.sk

Mgr. Marta Slezáková
Oddelenie centrálnej sterilizácie
NsP n. o., prevádzka ZZ: Topoľčany
Pavlovova 17
955 20 Topoľčany
Slovenská republika
Email: marta.slezakova@nsptopolcany.sk

PÉČE O CÉVNÍ VSTUPY

Lisová Kateřina¹, Paulínová Vendula¹, Zemanová Kateřina¹, Hromádková Jaroslava¹,
Komorousová Tereza¹, Charvát Jiří¹, Neumannová Ludmila²

¹Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, ²Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Cévní vstupy mají v současné medicíně nezastupitelnou roli. Jejich správné zavádění a pečlivé ošetřování je nezbytnou součástí prevence nozokomiálních nákaz, které s cévním vstupem souvisí. Dlouhodobé cévní vstupy mají velký význam při aplikaci cytostatické léčby u onkologicky nemocných a při domácí parenterální výživě. Vytváření PICC týmu je spojeno s významným poklesem nozokomiálních katéetrových infekcí.

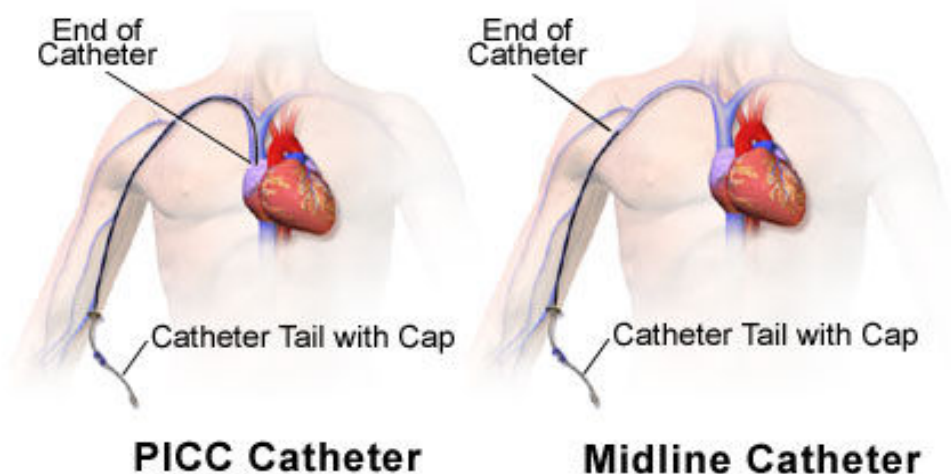
Klíčová slova:

Aseptické postupy, nozokomiální nákazy, PICC (periferně zavedený centrální katétra), Midline

Vlastní text:

Cévní vstupy rozdělujeme na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé patří periferní kanyly-braunly a midline. Midline (obr.č.1) jsou katétrů 15 – 20 cm dlouhé, které se zavádějí přes vena brachialis, vena basilicu, vena cephalicu, ev. vena. mediana cubiti pod on-line ultrazvukovou kontrolou. Distální konec katétra končí zpravidla ve vena axilaris. Doba zavedení katétra se pohybuje okolo 1 měsíce. V případě potřeby zavedení krátkodobého centrálního žilního katétra se využívá kanylace vena subclavia, vena jugularis interna, event.vena femoralis.

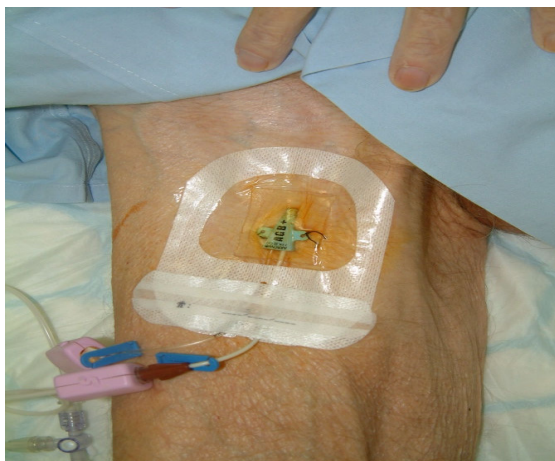
Mezi dlouhodobé vstupy patří tunelizovaný centrální žilní katétra, intravenózní port a periferně zavedený centrální žilní katétra tzv. PICC (obr.č.1). Základním rozdílem mezi krátkodobými a dlouhodobými vstupy je ta skutečnost, že krátkodobé vstupy jsou využívány v průběhu hospitalizace, zatímco dlouhodobé vstupy jsou využívány i po propuštění pacienta v ambulantní péči. Komplikace krátkodobých vstupů se zpravidla řeší jejich odstraněním a výměnou. Řešení komplikací dlouhodobých vstupů závisí na charakteru a závažnosti komplikace. Obecně lze říci, že je snaha zavedený dlouhodobý vstup zachovat.



Obr.č. 1

Po přísně aseptickém zavedení cévního vstupu je třeba zajistit jeho správné ošetřování. Při něm je nezbytné dodržovat metodické pokyny a guidelines (doporučení), které jsou vydávány jednotlivými pracovišti, ale respektují i doporučení velkých organizací jako jsou CDC (Centers for Disease Control and Prevention), INS (Infusion Nurses Society), INICC (International Nosocomial Infection Control Consortium) atd., které je vydávají a revidují na základě provedených studií. Doporučení se týkají zejména vzdělávání a přípravy personálu v oblasti péče o cévní vstupy, výběru katétrů a místa zavedení, hygieny rukou a aseptických technik, krytí místa inzerce, péče o cévní vstup, výměny katétrů, dalších komponentů infúzní linky atd.

Na Metabolické jednotce FN v Motole jsme změnilí přístup v péči o všechny centrální žilní vstupy již před více než 2 lety. Respektujeme nejnovější doporučení v péči o cévní vstupy. Sestra, která žilní vstup převazuje pracuje vždy ve sterilních rukavicích, ústence a čepici. Místo vpichu široce dezinfikuje. U dezinfekčního roztoku je nutné striktně dodržet dobu expozice - jednu minutu, a to 2 x po sobě. V případě, že místo vpichu nekrvácí ošetříme jej , Tegaderm CHG (chlorhexidin). Při správném nalepení krytí vydrží 7 dní do dalšího převazu (obr.č. 2).



Obr.č. 2

V případě, že místo vpichu po zavedení krvácí nebo prosakuje, volíme jinou alternativu. Používáme netransparentní krytí Excilon – čtverec z netkaného textilu, který je napuštěný Polyhexamethylene Biquanidem HCl (PMBH) a kryjeme ho sterilním Curaporem. Vzhledem k tomu, že jde o netransparentní krytí, výměnu provádíme po 48 hodinách a samozřejmě vždy při jeho odlepení a významnějším prosáknutí. (obr.č. 3)



Obr.č. 3

Vzhledem k tomu, že provádíme pravidelně stěr z okolí místa vpichu, zjistili jsme, že významně poklesl počet kolonizací v okolí místa inserce od doby, kdy jsme uvedený postup ošetření zavedli. Kolonizace v místě vpichu může být jedním z důvodů kontaminace katétru extraluminární cestou. Rovněž počet kolonizovaných katétrů a katéetrových infekcí na našem oddělení významně poklesl.

Dlouhodobé vstupy a péče o ně je důležitá především u onkologicky nemocných pacientů, kterým jsou podávána cytostatika v pravidelných cyklech. Chemoterapie představuje často léčbu, kterou nelze bez komplikací podat do periferního řečiště, protože dochází k velmi závažným flebitidám a v horších případech až k nekróze tkáně při paravenózním podání. Ve FN Motole je v posledním roce vypracován systém zavádění dlouhodobých žilních vstupů tj. intravenózních portů nebo PICCů pro onkologicky nemocné tak, že je možné zajistit indikované nemocné příslušným vstupem ještě před aplikací chemoterapie. Také řešení všech komplikací je díky komplexnosti fakultní nemocnice spolehlivě zajištěno. Základem dobré péče o cévní vstupy pro aplikaci chemoterapie je spolupráce mezi onkologickou klinikou pro dospělé a metabolickou jednotkou interní kliniky. Významným pokrokem, který umožňuje časnou aplikaci dlouhodobého vstupu pro nemocného, bylo založení samostatného nákladového střediska dlouhodobých žilních vstupů v rámci interní kliniky.

Se zavedením samostatného nákladového střediska souvisí i snaha vytvořit na našem pracovišti tzv. PICC tým. Na rozdíl od anglosaského světa, kde tradičně cévní vstupy zavádějí specializované sestry, byla tato činnost v evropských zemích v kompetenci lékařů. Na podkladě rozvoje zavádění PICC a řady klinických studií jsou v poslední dekádě v řadě evropských zemí zaváděny tzv. PICC týmy. Jedná se o tým specializovaných sester, které mají kompetenci zavádět nejenom periferní kanyly, ale i midline katétrů a PICC. Současně jsou zodpovědné za zavedení správných postupů při ošetřování cévních vstupů. Ukazuje se, že tam kde byl PICC tým zaveden dochází k významnému poklesu nozokomiálních infekcí spojených s cévním vstupem. Na interní klinice při metabolické jednotce se takový tým vytváří. V současné době 8 členů, z nichž 6 midline katétrů a PICC již zavádí. Vzhledem k legislativním požadavkům je při zavádění přítomen a zodpovídá lékař. Na našem pracovišti bylo zavedeno PICC týmem v letošním roce 80 PICC a 68 midline katétrů (obr.č. 4).



Obr. č. 4

Závěr:

Péče o cévní vstupy patří mezi základní dovednosti zdravotní sestry. Dodržování stanovených pravidel na podkladě klinických studií vede k významnému snížení katérových infekcí. V této souvislosti se ukazuje, že zavedení tzv. PICC týmů je spojeno s dodržáním správných indikací pro zavedení cévního vstupu a adekvátní následné péče o něj.

Literatura:

Di CARLO, I., BIFFI, R. *Totally Implantable Venous Access Device*, Milan: Springer-Verlag, Italia, 2012, 286s. ISBN 978-88-470-2372-7

MAŇÁSEK, V., SOUMAROVÁ R., KOCIÁNOVÁ, I., MAŇÁSKOVÁ, M. (2012) Žilní vstupy v onkologii. *Klinická onkologie*, 2012, roč. 25, č. 1, s. 9-16.

NAOMI P. O'GRADY et al. *Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter – Related Infection*, 2011. Dokument CDC

Korespondence:

Mgr. Kateřina Lisová
Interní klinika 2. LF UK a FN Motol
Metabolická jednotka
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: katerina.lisova@fnmotol.cz

EDUKÁCIA DIALYZOVANÉHO PACIENTA V STAROSTLIVOSTI O CIEVNY PRÍSTUP

Darina Šimovcová¹, Ľubica Žoldáková²

¹Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva

²Dialyzačné stredisko, Fresenius Medical Care s. r. o., Nové Mesto nad Váhom

Súhrn:

Práca prezentuje edukáciu dialyzovaného pacienta v starostlivosti o cievny prístup. Hlavným cieľom práce je edukácia dialyzovaného pacienta, pretože kvalitný a funkčný cievny systém predstavuje efektívnu dialýzu a tým čo najlepšiu vyhliadku na kvalitný plnohodnotný život pacienta. V praktickej časti sme spracovali pomocou dotazníka prieskum dialyzovaných pacientov, v ktorom sme zisťovali informovanosť pacientov o ochrane cievnej spojky a ich schopnosť zabrániť možným komplikáciám. Na základe prieskumu sme vypracovali u konkrétnych pacientov edukačný proces starostlivosti o cievny prístup. Snažili sme sa im objasniť základné zásady starostlivosti o cievny prístup a zamerali sme pozornosť na informácie o možných komplikáciách, ktoré súvisia s hemodialýzou, alebo ktoré sa môžu počas dialyzačnej procedúry zhoršovať.

Kľúčové slová:

Cievny prístup. Pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Sestra. Edukácia dialyzovaného pacienta.

Úvod

V dnešnej dobe dokáže moderná medicína nemalé zázraky. Veľký posun nastal aj v liečbe a v starostlivosti o pacientov s ochoreniami obličiek zaradených do chronického dialyzačného programu. Pravidelná dialyzačná liečba vyžaduje u každého pacienta celkovú zmenu životného štýlu a prispôsobenie sa novej životnej situácii.

Nevyhnutnou podmienkou, aby bol pacient dobre liečený a aby bol dlhodobo bez zbytočných komplikácií je potrebný funkčný cievny prístup. Preto je potrebné pacientov dostatočne informovať a edukovať o starostlivosti o svoj cievny prístup v domácom prostredí. Sestra v edukačnom procese poskytuje nové informácie, skúsenosti, rady a snaží sa zlepšiť a zvyšovať kvalitu života dialyzovaných pacientov.

Cieľom našej práce bolo zistiť u pacientov v pravidelnej dialyzačnej liečbe schopnosť dodržiavať zásady ochrany cievneho prístupu a tým predchádzať vzniku možných komplikácií. Snažili sme sa poukázať na dôležitosť prevzatia určitej zodpovednosti pacienta za svoj cievny prístup, pretože ideálny cievny prístup má malý výskyt komplikácií a dlhoročnú životnosť.

Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve

Edukácia a výchova k zdraviu vytvára neodlučiteľnú súčasť práce sestier a je aj, neoddeliteľnou súčasťou liečby. Ide o celoživotné rozvíjanie osobnosti, ktoré trvá od narodenia až po smrť a pomáha ľuďom zmeniť sa v rôznych štádiách zdravia a choroby.

Sestra v dnešnom ošetrovatelstve neustále uplatňuje rolu ošetrovateľky, edukátorky, poradkyne, manažérky, nositeľky zmien, či výskumníčky. Tieto roly sa spolu prelínajú a navzájom sa nevyklúčujú. Sestra edukátorka by mala preukazovať vedomosti o jednotlivých

oblastiach vyučovania a učenia, o faktoroch a zásadách ovplyvňujúcich edukáciu, musí ovládať vyučovacie metódy a organizačné formy edukácie. Mala by zabezpečiť vyhovujúce pomôcky a didaktickú techniku, následne správne vyhodnocovať účinnosť edukácie a spolupracovať s ostatnými členmi edukačného tímu (Magurová a kol., 2009).

Pre edukáciu v ošetrovatelstve je charakteristický holistický prístup k človeku, ktorý sa zameriava na jeho fyzické, psychické, emocionálne, duchovné, sociálne a spoločenské aspekty života (Nemcová a kol., 2010). Vysokú kvalitu v ošetrovatelstve možno dosiahnuť ovplyvnením správania sa všetkých, ktorí poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť a to zabezpečením poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti metódami a postupmi v súlade s aktuálnymi vedecky podloženými zdrojmi poznatkov (Červeňanová, 2012). Cieľom edukácie je získanie nových poznatkov, vedomostí, nadobudnutie zručností, vytváranie si nových hodnôt a dosiahnutie pozitívnej zmeny správania v oblasti ochrany vlastného zdravia. Uskutočnené zmeny sú potrebné na udržanie, podporu a zlepšenie zdravia (Závodná, 2005).

Význam edukácie dialyzovaných pacientov

Chronické ochorenia významne zasahujú do životného štýlu daného jedinca, jeho rodiny i širšieho sociálneho prostredia. Každý pacient po príchode na hemodialýzu zažíva zmenu celkového životného štýlu. Mnohonásobne sa zvýši stres z uvedomenia si ohrozenia vlastného života, závislosti na dialyzačnom pracovisku, mnohých obmedzení slobodného života. Mnohokrát sa môžu meniť aj vzťahy v rodinách a spoločenský život pacienta. Pocity pacienta významne ovplyvňujú spoluprácu a komunikáciu s personálom dialyzačného strediska. U dialyzovaných pacientov je potrebná edukácia o správnej životospráve. Je veľmi nevyhnutná a zahŕňa edukáciu o telesnej hmotnosti, hygiene pacienta, telesnej výkonnosti, edukáciu o pravidelnom vyprázdňovaní, pravidelnej telesnej aktivite. Pacientovi je nutné vysvetliť základné informácie o ochorení obličiek, o liečbe, diétnom a pitnom režime. Nakoľko liečba chorých so zlyhaním obličiek prebieha na dialyzačnom stredisku, kam sú pacienti transportovaní z domácností, ale aj z rôznych oddelení nemocnice musia byť dostatočne edukovaní o pravidlách dialyzovaného pacienta. Tiež edukácia dialyzovaného pacienta musí zahŕňať aj tému starostlivosti o cievny prístup. Snažíme sa zdôrazniť dôležitosť a význam prevzatia určitej časti zodpovednosti za svoj zdravotný stav a kvalitu života dialyzovaného pacienta (Straussová a kol., 2005).

Úloha sestry v ošetrovateľskej starostlivosti o cievny prístup

Pre každý úsek v ošetrovatelstve a ošetrovateľskej starostlivosti sa uplatňujú osobitné ciele. Sú podmienené zvláštnosťami pracovníkov a ich pracovnej činnosti, ako aj individuálnymi osobitosťami pacientov (Lepiešová, 1996). Pacienti s chronickým zlyhaním obličiek a s cievnyim prístupom k hemodialýze vyžadujú multidisciplinárny prístup. Starostlivosť o pacienta je poskytovaná na hemodialyzačnom stredisku tímom, ktorý môže zahŕňať nefrológov/lekárov, špecializované dialyzačné sestry, asistentov zdravotnej starostlivosti, diétny sestry, sociálnych pracovníkov a ďalších. Starostlivosť je poskytovaná v súlade so štandardnými ošetrovateľskými postupmi „Pokyny pre správnu dialyzačnú starostlivosť“, ktoré boli vypracované pre zdravotnícky personál všetkých dialyzačných stredísk Nephro Care Fresenius Medical v Európe, na Blízkom východe a v Afrike. V tomto dokumente sú definované požiadavky na kvalitatívne štandardy starostlivosti o pacientov. Aby pacient dostatočne zvládol starostlivosť o cievny prístup je potrebné jeho vzdelávanie. Edukácia pacienta sa pokladá za súčasť štandardnej starostlivosti, ktorú poskytujú sestry. Súčasťou práce sestry na dialýze je aj vedenie dokumentácie podľa firemných a lokálnych postupov

dialyzačních středisk. Sestra dokumentuje v ošetrovateľských záznamoch edukáciu pacientov o všetkých témach súvisiacich s dialyzačnou liečbou. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečiť čo najlepšiu kvalitu života, zvýšiť bezpečnosť a znížiť riziká pacienta liečeného hemodialýzou (Smernica č.: SK- CG-29-04 Rev. 02 / 01.04.2012).

Edukačný plán hemodialyzovaného pacienta

Hemodialýza je metóda očisťovania krvi pomocou umelej obličky, pozostávajúca z dialyzačného monitora a dialyzátora. Pravidelná dialyzačná liečba znamená veľkú zmenu v životnom štýle pacienta. Pacienti pre túto zmenu potrebujú byť dostatočne informovaní a edukovaní, potrebujú vedenie, pomoc a podporu. Sestra pri edukácii poskytuje informácie, skúsenosti, získané zručnosti, rady, materiály a návody.

Prieskum

V praktickej časti práce sme na podklade výsledkov prieskumu vypracovali vhodný návrh edukačného plánu pre dialyzovaného pacienta.

Problémom prieskumu bolo zistiť u pacientov s cievnym prístupom schopnosť dodržiavať zásady ochrany cievného prístupu a tým zamedziť vzniku komplikácií a následne zániku cievnej spojky.

Ciele prieskumu

- zistiť vedomosti pacientov o starostlivosti o cievny prístup
- zistiť poznatky pacientov o pravidlách a opatreniach zabezpečenia cievného prístupu
- zistiť u pacientov vedomosti o význame vytvorenia cievnej spojky pre dialyzačnú liečbu
- zistiť u pacientov teoretické vedomosti o komplikáciách v súvislosti s hemodialyzačnou liečbou.

Vzorka prieskumu

Prieskumnú vzorku tvorili pacienti s cievnymi prístupmi zaradení do pravidelnej dialyzačnej liečby. Dotazníky sme rozdávali a zbierali osobne u pacientov v dialyzačnom stredisku v Novom Meste nad Váhom. Dotazník sme porozdávali 40 pacientom, návratnosť bola 40 dotazníkov čo predstavuje 100%. Vytvorili sme dva súbory respondentov – súbor pacientov s cievnou spojkou a súbor pacientov s dialyzačným katétrom. Prvý súbor tvorilo 26 pacientov s cievnou spojkou a druhý súbor tvorilo 14 pacientov s cievnym dialyzačným katétrom.

Na základe stanovených cieľov v prieskume sme zistili, že pacienti nemajú dostatočné vedomosti o:

- význame vytvorenia funkčného cievného prístupu
- správnej starostlivosti a o zásadách ochrany cievnej spojky
- správnej starostlivosti a o zásadách ochrany dialyzačného katétra
- nemajú teoretické vedomosti o komplikáciách v súvislosti s hemodialyzačnou liečbou.

Na základe výsledkov prieskumu sme vybrali dvoch pacientov v pravidelnej dialyzačnej liečbe a vypracovali sme edukačný plán.

KAZUISTIKA I

38 ročný pacient je zaradený do pravidelnej dialyzačnej liečby (PDL) od dňa 10.10.2012 cestou rádiocefalickej fistuly na ľavej končatine (AVF RC l.sin). Chirurgický cievny skrat bol založený 11.06.2012. U pacienta sú prejavy urémie, na podklade diabetickej nefropatie 5 štádia K/DOQI - s postupným rozvratom vnútorného prostredia. Pravidelná dialyzačná liečba u pacienta je v režime 3 x 4 hodiny do týždňa. Reziduálna diuréza u pacienta je 1000 ml/deň,

váhové přírůstky sú 2500-3000 ml. S cieľom minimalizovať imunizáciu u pacienta začala od novembra liečba renálnej anémie darbepoetínom a parenterálna substitučná liečba železom 1x do týždňa. Metabolický status je uspokojivý.

KAZUISTIKA II

Dňa 7.12.2012 44 ročná pacienta, diabetička II. typu na podklade diabetickej nefropatie 5 štádia K/DOQI chronickej renálnej insuficiencie bola hospitalizovaná na internom oddelení pre akútny infekť dýchacích ciest – v objektívnom náleze je diagnostikovaná hyperhydratácia. Laboratórne výsledky indikovali začatie pravidelnej dialyzačnej liečby cestou dočasného venózneho katétra (CVK). 17.12.2012 bola pacientka hospitalizovaná na chirurgickom oddelení v Trenčíne, kde jej bola vytvorená radiocefalická spojka na ľavej hornej končatine (AVF RC l.sin), ktorá je hneď od začiatku nefunkčná a preto bola pacientka konzultovaná s chirurgiou v Bratislave. Dňa 23.01.2013 bola realizovaná výmena CVK za trvalý permanentný katéter (PC) vo vene subclavia a aj vytvorená brachiocefalická spojka na ľavej končatine (AVF BC l.sin), tá sa však tiež zatiaľ nerozvíja. Pravidelná dialyzačná liečba u pacientky je v režime 3 x 4 hodiny do týždňa. Reziđuálna diuréza je 1350 ml/deň, váhové prírůstky sú 1700 – 2500 ml. Liečba renálnej anémie darbepoetínom bola začatá ešte ambulantnou cestou, zatiaľ však nie je u pacientky nutná liečba hemosubstitúciou.

Etapu diagnostiky

Prostredníctvom rozhovoru a vstupného testu sme skonštatovali, že pre pacientov je dialýza nová skutočnosť. Ukázalo sa, že pacienti už majú určité základy vedomostí ohľadom dialyzačnej procedúry, ale sú však nedostatočné. Preto je potrebná edukácia pacientov o význame vytvorenia cievného prístupu. Pacienti nepoznajú dostatočne zásady správnej starostlivosti o cievy prístupu a tým nedodržuujú opatrenia, ktoré by zabránili vzniku možných komplikácií a straty cievného prístupu. Nemajú dostatočné vedomosti o komplikáciách, ktoré priamo súvisia s dialyzačnou liečbou.

Edukačné diagnózy:

- Nedostatok vedomostí o význame vytvorenia cievného prístupu.
- Nedostatok vedomostí o zásadách starostlivosti cievnjej spojky.
- Nedostatok vedomostí o starostlivosť dialyzačného venózneho katétra.
- Nedostatok vedomostí o komplikáciách dialyzačnej liečby.
- Nedostatok zručností o správnej technike cvičenia na spevnenie žíl fistuly.
- Nedostatok zručností so zaobchádzaním a manipuláciou s katétrom.

Etapu plánovania

Edukácia pacienta bude poskytovaná v dialyzačnom stredisku Novom Meste nad Váhom. Edukačný plán je vypracovaný pre pacientov:

podľa priorit:

edukácia pacientov – o starostlivosti o cievnú spojku
o starostlivosti o dialyzačný venózny katéter
o komplikáciách dialyzačnej liečby
o zmene postojov k svojmu zdravotnému stavu

podľa štruktúry:

3 edukačné jednotky po 60 minút

1. Edukačná jednotka:

1. Nedostatok vedomostí o správnej starostlivosti o cievnu spojku.

2. Edukačná jednotka:

2. Nedostatok vedomostí o správnej starostlivosti o permanentný katéter.

3. Edukačná jednotka:

3. Nedostatok vedomostí o komplikáciách dialyzačnej liečby.

podľa realizácie:

denná miestnosť dialyzačného strediska a v priestoroch dialyzačnej sály

podľa času:

pred napojením na dialyzačný monitor 18.00 – 19.00 h.

v tretej hodine dialyzačnej liečby od 15.00 – 16.00 h.

podľa formy:

skupinové sedenie

edukačné metódy:

motivačný rozhovor, vysvetľovanie, práca s knihou, praktické precvičovanie,

zodpovedanie otázok, vstupný a výstupný vedomostný test

edukačné pomôcky:

literatúra a letáky, brožúry, gumová loptička, gumené Esmarchové obvinadlo,

fonendoskop, sterilné štvorce, lepiaca páska, pero a papier, vedomostný test

podľa cieľa:

Kognitívne ciele:

- pacient po skončení edukácie má dostatok vedomostí o základnej starostlivosti o cievny prístup
- pacient si vie správne vyšetriť funkčnosť cievnej spojky
- pacient pozná komplikácie dialyzačnej liečby

Afektívne ciele:

- pacient preukazuje aktívny záujem o získavanie nových informácií o dialyzačnej liečbe
- pacient vyjadruje pozitívny postoj k starostlivosti o cievny prístup

Behaviorálny cieľ:

- pacient je zručný a schopný vykonávať správne cviky, ktoré zabezpečia rozvoj AV fistuly
- pacient preukazuje dostatok zručností v starostlivosti o AV fistulu
- pacient má dostatok zručností s manipuláciou s PC.

Diskusia

Dialýza predstavuje vážny zásah do života každého pacienta. Cieľom dialyzačnej liečby je zaistiť u pacientov čo najlepšiu kvalitu života. Najdôležitejšou súčasťou dialyzačného liečenia je kvalitný a funkčný cievny prístup. Neefektívna dialýza nastáva v súvislosti s nefunkčným cievny prístupom a pre pacienta predstavuje postupné zhoršovanie zdravotného stavu. Preto správna edukácia pacienta výrazným spôsobom ovplyvňuje informovanosť pacienta a zároveň sa snaží u pacienta vyvolať pozitívny a zodpovedný prístup k vlastnému zdraviu. V praktickej časti sme chceli zmapovať vedomosti dialyzovaných pacientov ohľadne cievneho prístupu. Preto otázky v dotazníku boli orientované na zisťovanie vedomostí, ktoré by mal mať pacient zaradený do pravidelnej dialyzačnej liečby a aké vedomosti pacientom chýbajú. Podľa výsledkov prieskumu sme zhodnotili, že musíme vypracovať edukačný proces na danú problematiku. Do edukačného procesu sme zapojili dvoch pacientov, jedného pacienta s arteriovenóznou fistulou a druhá bola pacientka s permanentným katétrom. V edukačnom

procesu sme určité otázky z dotazníka položili aj vybraným pacientom s rozdielnymi cievnymi prístupmi. Pomocou vstupného testu pacient zaznamenal, že nepozná zásady starostlivosti o cievy prístup, ale pri rozhovore už vedel vymenovať aspoň tri zásady starostlivosti. Pacientka s permanentným katétrom tiež označila odpoveď, že nepozná zásady starostlivosti. Cielovým rozhovorom, ale pripustila, že si dáva pozor, aby sa jej katéter nevyťahol a dáva si pozor aj na diétne opatrenia. Preto sme vypracovali edukačnú jednotku, ktorá sa zameriavala na tému zásady ošetrovania AV fistuly a edukačnú jednotku so zameraním na starostlivosť o PC. Z. Straussová a kol. (2005) odporúčajú vo svojej knihe, že po zhotovení fistuly, pokiaľ rana nie je zahojená si musia pacienti dávať pozor, aby si ranu neznečistili a tým ju neohrozili infekciou. Upozorňujú na opatrenia, ktoré je dôležité dodržiavať po začatí dialyzačnej liečby. Počas edukácie sme vo veľkej miere využívali túto Príručku pacienta liečeného hemodialýzou. Pri edukácii sme zvolili skupinovú edukáciu, s ktorou obaja pacienti súhlasili. Počas edukácie sa obaja pacienti zapájali do rozhovoru a snažili sa získať čo najviac odpovedí na danú tému. Pacientka sa zaujímalala o pooperačnú starostlivosť o AV fistulu, z dôvodu nepriaznivého vývoja jej cievného skratu. V literatúre (Janoušek, 2008) odporúča u takýchto pacientov so zlyhávajúcimi AVF častejšie pravidelné kontroly cievného prístupu pomocou ultrazvukových vyšetrení, uvádza, že intervaly medzi kontrolami by mali byť minimálne 3 – 6 mesiacov. Pacientom bola odporúčaná literatúra a odovzdané vypracované edukačné karty. Pacienti sa môžu v domácom prostredí k danej problematike starostlivosti o cievy prístup vrátiť a zopakovať si zásadné opatrenia, ktoré musí dodržiavať dialyzovaný pacient. Pacientka s permanentným katétrom sa zapájala častejšie do rozhovoru, pretože ako novo zaradená pacientka dialyzačného programu, má menej skúseností, vedomostí, ale aj menej zručností s manipuláciou PC a cvičením s fistulovou končatinou.

Tretia téma edukačného procesu sa zamerala na komplikácie hemodialyzačnej liečby. Hlavným problémom u pacientov, ktorí sú zaradení do aktívnej eliminačnej liečby je obličkové zlyhanie, ale súčasne sa u pacientov vyskytujú často aj iné ochorenia ako sú napríklad choroby srdca alebo cukrovka. Čím viac majú pacienti pridružených ochorení, tým skôr sa môžu u nich vyskytnúť komplikácie, ktoré nemusia, ale môžu súvisieť s hemodialyzačnou procedúrou. Preto je potrebné, aby pacient bol dostatočne oboznámený o komplikáciách, ktoré súvisia s hemodialýzou. Komplikácie môžeme rozdeliť na skoré a neskoré. Pri kvalitnej starostlivosti nepresahuje počet skorých komplikácií 0,5 - 1% všetkých výkonov. Výskyt oneskorených komplikácií súvisí s kvalitou starostlivosti (Sulková, 2000). V literatúre (Lachmanová, 2008) popisuje, že na základe spolupráce sestry - pacient a pacient - sestra životnosť cievných prístupov v skúsenom tíme trvá roky, riziko komplikácií býva väčšinou na strediskách s menšími skúsenosťami, ale aj pri nedodržiavaní sterilného ošetrovania. U obidvoch pacientov sa už vyskytli komplikácie dialyzačnej liečby, ktoré súviseli s nedodržiavaním režimu dialyzovaného pacienta a preto poznali niektoré komplikácie súvisiace s dialyzačnou liečbou a tak sa vedeli zapájať do diskusie pri edukácii. Po edukácii pacienti sami uznávajú, že správnou starostlivosťou o cievy prístup môžu predchádzať mnohým komplikáciám a zároveň si čo najdlhšie zabezpečiť dobrú funkciu cievného prístupu a čo najlepšiu perspektívu na kvalitný plnohodnotný život pacienta. Na základe uvedeného môžeme potvrdiť, že správnou edukáciou a motiváciou pacienta sa dá dosiahnuť pozitívny postoj k starostlivosti o cievy prístup a k vlastnému zdraviu.

Odporúčania pre prax

- vypracovať informačné materiály týkajúce sa ochorenia
- vyhotoviť edukačné karty zamerané na starostlivosť o AV fistulu a AV graft
- vyhotoviť edukačné karty zamerané na starostlivosť o permanentný katéter

- zapájat' do edukácie rodinných príslušníkov
- opakovane vykonávat' edukáciu a reedukáciu pacientov na témy v súvislosti s dialyzačnou liečbou
- dôsledne viesť dokumentáciu.

Záver:

Akútne, ale i chronické zlyhanie obličiek je ochorenie, ktoré je sprevádzané mnohými telesnými, psychickými, ale aj sociálnymi ťažkosťami, ktoré vyplývajú z ťažkej nevyliciteľnej choroby. Pacienti v pravidelnom dialyzačnom programe sa musia prispôbiť určitým obmedzeniam. Preto poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť musí byť na vysokej odbornej, špeciálnej a ľudskej úrovni. Úlohou sestry, ktorá má odborné vedomosti, praktické zručnosti, ale i empatické správanie je, pôsobiť na pacientove postoje, názory a rozhodnutia týkajúce sa dialyzačnej starostlivosti. Vedomosti pomáhajú hemodialyzovaným pacientom dodržiavať liečebný režim a tým ovplyvňujú a zlepšujú ich kvalitu života. Edukácia dialyzovaného pacienta by mala byť neoddeliteľnou súčasťou liečby a mala by sa snažiť zapojiť pacienta do spoluzodpovednosti za svoje zdravie a za stav cievneho prístupu.

Literatúra:

- ČERVENĀNOVÁ, E., OPRŠALOVÁ, G., 2012. *Ošetrovateľské štandardy v intenzívnej medicíne*. Vydavateľstvo Osvta, spol. s.r. o. Martin 2012. 1.vydanie. 86.s. ISBN 978-80-8063-372-1.
- LACHMANOVÁ, J. 2008. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
- LEPEŠIOVÁ, E. a kol. 1996. *Manažment v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 1996. 146 s. ISBN 80-271-0352-0.
- MAGUROVÁ, D. - MAJERNÍKOVÁ, I. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- NEMCOVÁ, J. – HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve 2010*. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- Smernica č.: SK-CG-29-04 Rev. 02 / 01.04.2012. *Pokyny pre správnu dialyzačnú starostlivosť*. Fresenius Medical Care.
- STRAUSSOVÁ, Z. a kol. 2005. *Príručka pacienta liečeného hemodialýzou*. Nitra: Polygrafia Dominant, 2005. 107 s. ISBN 80-969360-6-9.
- SULKOVÁ, S. 2000. *Hemodialýza*. Praha : Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-228.
- ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.
- ŽOLDÁKOVÁ I. 2013. *Edukácia dialyzovaného pacienta v starostlivosti o cievny prístup*. Diplomová práca. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva. 2013. 71.s. Zatiaľ nepublikované.

Korešpondencia:

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Fakulta zdravotníctva
Študentská 2
911 50 Trenčín
Slovenská republika
E-mail: darina.simovcova@tnuni.sk

OŠETŘOVATELKA V BAŤOVĚ ZÁVODNÍ NEMOCNICI VE ZLÍNĚ V LETECH 1927-1937

^{1,3}Silvie Treterová, ²Ivo Barteček, ³Zlatica Dorková

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

²Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta logistiky a krizového řízení Uherské Hradiště

³Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií

Souhrn:

Autoři v příspěvku prezentují informace o ošetřovatelkách v Baťově závodní nemocnici ve Zlíně v letech 1927 – 1937, kdy na pozicích oddílových a inspekčních ošetřovatelek pracoval pouze civilní personál. Jednalo se o svobodné dívky, které projevíly zájem o tuto práci a byly doporučeny z přijímacího oddělení Baťových závodů. V nemocnici pracovaly nejprve jako tzv. elévky, postupně byly zapracovány a vedeny zkušenějšími ošetřovatelkami a lékaři. Absolvovaly odborný šestiměsíční kurz a po složení zkoušek se staly plnohodnotnými ošetřovatelkami. Příspěvek přináší krátký přehled o situaci ve zdravotnictví na Zlínsku v již zmiňovaných letech, základní informace o Baťově závodní nemocnici a ošetřovatelkách a jejich životě v této instituci.

Klíčová slova:

ošetřovatelka, Baťova závodní nemocnice, MUDr. Bohuslav Albert, Zlín,

Úvod

Stav zdravotní péče na Moravě ve dvacátých letech minulého století byl nevalný. Zatímco v Čechách byly již od poloviny devatenáctého století nejběžnějším typem veřejné okresní nemocnice, na Moravě a ve Slezsku tento typ nemocnic chyběl a byl nahrazován nemocnicemi městskými, které zřizovala Moravskoslezská zemská správa. Pouze Zemské nemocnice v Brně a v Olomouci patřily k těm lepším, ostatní se daly označit za kvalitnější chudobince. K rozvoji péče na Moravě přispěly nemocnice v Prostějově a ve Zlíně (Mášová, 2003). Nemocnice ve Zlíně začala být budována v letech 1926-1927 Baťovými závody a patřila ve své době k nejlepším zařízením tohoto druhu ve střední Evropě. Její koncepci navrhl a propracoval MUDr. Bohuslav Albert a následně 15 let stál v jejím vedení. Byl osvíceným lékařem, který věděl, že léčba nemocných, nejde bez kvalitního ošetřovatelsko-personálního zázemí. Zasloužil se o rozvoj ošetřovatelské profese a byl jejím velkým zastáncem.

Vlastní text

Zdravotnictví na Zlínsku

Situace ve zdravotnictví na Zlínsku počátkem dvacátého století se neodlišovala od poměrů ostatních moravských měst. Úroveň zdravotnické péče byla ovlivňována ve Zlíně a jeho okolí převážně zemědělstvím, nízkou vzdělaností a kulturní úrovní. Mnoho léčebných aktivit vycházelo z tradic lidového léčitelství. Ve městě v letech 1901 až 1923 ordinovali dva lékaři. Malý počet lékařů a nedostatečná síť zdravotnických zařízení poznamenaly úroveň péče o zdraví na Zlínsku (Wicherek, 2005). Nejbližší nemocnicí, vzdálenou od Zlína 11 km, byla Nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích, její možnosti však byly omezené. Řád Milosrdných bratří zde působil v letech 1781 až 1951 (O nás © 2013). Další nemocnicí, vzdálenou od Zlína 30 kilometrů, byla Jubilejní všeobecná nemocnice císaře Františka Josefa I. v Kroměříži. Zahájila provoz dne 1. listopadu 1910. Kapacita ústavu byla 121 lůžek, o nemocné pečovaly řádové sestry (O nemocnici © 2011). Ve stejné vzdálenosti od Zlína jako předchozí byla nemocnice ve Vsetíně, Všeobecná jubilejní veřejná městská nemocnice císaře

Františka Josefa I. Při jejím otevření 16. května 1911 měla nemocnice k dispozici 62 lůžek (jednolůžkové, tři až čtyřlůžkové a dvanáctilůžkové) a 10 lůžek v infekčním pavilonu, o nemocné pečovaly rovněž řeholní ošetřovatelky (O nemocnici © 2006). Posledním dostupným zařízením, 23 km od Zlína, byla Zemská nemocnice v Uherském Hradišti, která svůj provoz zahájila 3 roky před Baťovou nemocnicí, 15. ledna 1924 (O nemocnici Uherské hradiště © 2008).

Baťova závodní nemocnice ve Zlíně

Tomáš Baťa, majitel firmy T. & J. Baťa a starosta města Zlína (od roku 1923), v roce 1926 rozhodl, že Baťovy závody zařídí ve Zlíně svou vlastní nemocnici. K tomuto činu ho vedl rozvoj závodů, růst města Zlína a v závislosti na těchto skutečnostech zvyšování nemocnosti. Vznikla vcelku přirozená potřeba zřízení zdravotnického zařízení. Město Zlín mělo v roce 1926 téměř 15 tisíc obyvatel, v Baťových závodech pracovalo bezmála 10 tisíc zaměstnanců a péči ve městě zajišťovali 3 lékaři. Vedení závodů uvolnilo v polovině roku 1926 na stavbu finanční částku 1 milion korun. K vybudování a řízení nemocnice byl vybrán dr. Bohuslav Albert, chirurg s řadou válečných zkušeností, bývalý ředitel a primář Státní nemocnice v Mukačevu (Wicherek, 2005).

Závodní instituce ve Zlíně neměla sloužit pouze léčebné péči, ale dle jeho vize měla být včleněna do celé zdravotnicko-sociální soustavy. Prosazoval nemocnici jako centrum prevence, terapeutické péče a péče sociálně-zdravotní. V tomto uceleném pojetí, se stala Baťova nemocnice odlišným ústavem od všech ostatních, které v tehdejší republice existovaly a poskytovaly hlavně péči léčebnou (Mášová, 2005). Nemocnice začala fungovat jako závodní ústav na podzim roku 1927, dne 21. 11. 1927 zde byl hospitalizován první pacient (Bakala, 2002). První otevřené oddělení bylo chirurgické, zajišťovalo první pomoc a následnou léčbu úrazů z Baťových závodů. Zranění se od té doby již nemuseli převážet sanitou do 30 km vzdálených nemocnic v Uherském Hradišti nebo Kroměříži. Baťova nemocnice převzala brzy po svém otevření povinnosti veřejné nemocnice ve Zlíně a přilehlém regionu a provozovala bezplatné zdravotní poradny pro širokou veřejnost. Úzce spolupracovala s Československým červeným křížem. Kromě ambulancí Závodní zdravotní péče, poraden pro TBC a pohlavní nemoci, ambulance pro kardiovaskulární choroby, byla rozvinuta také poradenská péče o děti a mladistvé (poradna pro matku a dítě, školní zubní ordinace, školní zdravotní služba), dále pak poradny ortopedická, pro pracovní lékařství a pro tělovýchovné lékařství (Mášová, 2001).

V nemocnici fungoval vícesložkový systém financování. Uskutečňoval se z přímých plateb nemocných, z náhrad honorářů od Okresní nemocenské pojišťovny, z výnosů vlastního hospodářství a z Baťova podpůrného fondu.

Dne 12. července 1932 Tomáš Baťa tragicky zahynul při letecké nehodě. Na základě závěti převzal řízení firmy Baťa, a.s. jeho nevlastní bratr Jan Antonín Baťa. Budování a rozvoj nemocnice nebyl přerušen, dále pokračoval, do roku 1935 vzniklo 14 dalších pavilonů, ve kterých byla umístěna různá oddělení, např.: ortopedické, interní, gynekologické, ušní, krční a nosní, dětské, stomatologické, ústřední laboratoře, vědecký ústav pro průmyslové zdravotnictví a jiné. Nemocnice měla 300 lůžek (Bakala, 2007).

MUDr. Bohuslav Albert

Dr. Albert přišel do služeb Baťových závodů 1. března 1927 z postu primáře a ředitele Státní nemocnice v Mukačevu. Spolupracovat začal s továrníkem Tomášem Baťou na základě inzerátu. Připravil a vypracoval rozsáhlou dokumentaci k založení nemocnice, kterou

vyžadovala tehdejší legislativa, od poskytování první pomoci a ošetřování ambulantních nemocných, přes pravidla přijímání závodních nemocných, ošetřování hospitalizovaných nemocných a jejich propouštění do domácí péče až po zdravotně výchovnou činnost nemocnice v součinnosti s pomocnými institucemi a organizacemi, administrativu a vědeckou erudici lékařského personálu. Propracoval organizační připojení a spolupráci s Baťovými závody a jejich spolupůsobení ve zdravotnictví a zdravotně sociální službě. Navrhl služební řád pro ošetřovatelský personál. MUDr. Albert přišel v roce 1927 do Baťovy nemocnice společně se čtyřmi ošetřovatelkami, které si sám vybral v mukačevské nemocnici. Tyto ošetřovatelky byly svými schopnostmi a odvedenou službou v náročných pracovních podmínkách dokonale prověřeny a byly tak více než ideální pro nově vznikající nemocnici. Jedna z těchto ošetřovatelek byla diplomovaná, jednalo se o Marii Vavřínkovou, sesterským jménem Máňa, která v závodním ústavu působila ve funkci vrchní sestry (SOkA Zlín, Návrh systemizace personálu pro Baťovu veřejnou nemocnici; Daňová, 2011).

Ošetřovatelka v Baťově závodní nemocnici

Nemocniční personál se dělil na dvě skupiny, lékaři a ošetřovatelky spadali do tzv. přímé skupiny, která byla charakterizována přímým kontaktem s nemocnými. Úřednictvo a odborný pomocný personál se řadily do nepřímé skupiny. Ošetřovatelky pracující v Baťově nemocnici byly z řad civilních, řádové ošetřovatelky v této instituci nepracovaly. Každá ošetřovatelka při nástupu do nemocnice, měla přiděleno tzv. sesterské jméno a měla právo se na výběru tohoto jména podílet.

V nemocnici pracovalo několik kategorií ošetřovatelek:

Vrchní sestra

Požadavkem pro tuto funkci bylo, aby ošetřovatelka byla diplomovaná, do její kompetence spadaly veškeré činnosti týkající se ošetřovatelského a pomocného personálu na lůžkových odděleních, ve vyšetřovacích a ošetřovacích místnostech a operačních sálech. Zprostředkovávala styk lékařského personálu s ošetřovatelským personálem, hlavně z hlediska disciplinárního a byla odbornou instruktorkou ošetřovatelek a elévek ošetřovatelství, plnila funkci inspektorky pro ženskou část personálu nemocnice. Vyhotovovala rozpisy služeb pro jednotlivé kategorie ošetřovatelek. Byla členkou vrchní správy nemocnice, která se pravidelně scházela a hodnotila její činnost. Obsazení místa vrchní ošetřovatelky se dělo na podkladě vypsání veřejné soutěže a výpovědní lhůta byla v délce trvání tří měsíců. Taktéž zástupkyně vrchní sestry musela být diplomovaná ošetřovatelka.

Ošetřovatelky se speciálním určením

Pracovaly na sálech jako instrumentářky, porodní asistentky, v laboratoři, v ambulancích, ve fotolaboratoři. Ošetřovatelka nemusela být diplomovaná, dostačoval pouze zácvik a kurz. Ošetřovatelskou školu opouštěl jen velmi malý počet diplomovaných ošetřovatelek, proto bylo nemožné požadovat pro tuto kategorii diplomované ošetřovatelky. V Baťově nemocnici jejich pracovní doba byla 10 hodin denně, od 8 do 13 hodin a od 14 do 19 hodin event. do 20 hodin, s hodinovou pauzou mezi 18 a 19 hodinou. Pohotovostní službu držely v neděli. Měly volné čtyři neděle a pátou neděli měly vždy službu, pokud to stav oddělení dovolil, mohly mít osobní volno i ve všední den.

Inspekční ošetřovatelky

Jednalo se o vedoucí ošetřovatelky na jednotlivých odděleních. Dohlížely na práci tzv. oddílových ošetřovatelek. Měly zodpovědnost za veškerý inventář na daném oddělení, za dokumentaci hospitalizovaných nemocných. Zodpovídaly za plnění předpisů a ordinací stanovených při lékařské vizitě, zaznamenávaly ordinace, které se měly vykonat. Každá

splněná ordinace, musela být stvrzena podpisem ošetřovatelky, která jí provedla. Zodpovídaly za zásobu léků pro oddělení, které byly uloženy v příruční lékárně. Jedním z dalších úkolů, byla výchovná činnost a evidenční aktivity, kterými podporovaly práci sociálních pracovníků, popřípadě sociálně-zdravotních sester. Musely hlásit pacienty hospitalizované s nemocí, která spadala pod konkrétní zdravotní poradnu. Postu inspekční ošetřovatelky měly možnost dosáhnout, v rámci kariérního postupu, oddíleňské ošetřovatelky. Jejich pracovní doba byla ve všední dny od 7 do 13:30 hodin a od 14:30 do 19 hodin, v neděli a ve svátek od 7 do 13 hodin. Volno měly po každé službě, nejdéle do 22 hodiny, v neděli od 14 do 22 hodin.

Oddíleňské ošetřovatelky

Pracovaly na jednotlivých nemocničních odděleních. Vykonávaly přímou ošetřovatelskou péči. Jedna ošetřovatelka připadala na deset nemocných a na každé oddělení byly přiděleny tři. Tyto ošetřovatelky byly přijímány z řad továrních zaměstnanců a pracovaly až do ukončení kurzu a složení zkoušek jako tzv. elévky. Jejich denní služba začínala v 6 nebo v 7 hodin ráno, 4 dny sloužily 12 hodinové služby, 1 den 10 hodinovou službu a 1 den měly 12 hodinovou noční službu, od 19 do 7 hodin. Osobní volno měly každý pátý den mezi 19 a 22 hodinou, šestý den mezi 15 a 19 hodinou a sedmý den mezi 10 a 22 hodinou.

Služební řád ošetřovatelského personálu udržoval vysoký stupeň pracovní kázně. Ošetřovatelky pracovaly za velmi přísných podmínek. Kromě práce pro nemocnici jim už na osobní život nezbyval téměř žádný čas. Jejich pracovní týden měl šest pracovních dnů, od pondělí do soboty, neděle byla dnem pracovního volna. Ošetřovatelky musely mít výborný zdravotní stav a být v dobré pracovní kondici. Noc byly povinny trávit v Domově sester, který byl nedaleko nemocnice. Spát musely chodit nejpozději ve 22 hodin a svá pravidla měl rovněž spánek před noční službou, v posteli musely zůstat až do 14 hodiny odpolední, aby byly na noční službě v kondici. Pravidla byly nastavené i pro vycházky, každá kategorie ošetřovatelek měla určen vlastní časový harmonogram. Vycházky po 22 hodině byly pro všechny zcela výjimečné a byly povoleny pouze na umělecké, kulturní a vzdělávací akce. Výpovědní lhůta pro ošetřovatelky byla v délce trvání šesti týdnů.

Od ošetřovatelského personálu bylo očekáváno perfektní chování a vystupování ve službě i mimo brány nemocnice. V Domově sester byl zakázán vstup pánským návštěvám, návštěvy příbuzných probíhaly pouze se svolením vrchní sestry.

Přestupky proti služebnímu řádu nebo povrchní vykonávání pracovních úkolů byly trestány důtkou, pokutou nebo vypovědí.

Další oblastí, kde našly ošetřovatelky z Baťovy nemocnice uplatnění, byla osvětová práce, která byla vedena a podporována nemocničními lékaři. Ošetřovatelka se hodila pro tuto činnost nejlépe, protože její kontakt s nemocným byl nejtěsnější. Touto činností byla Baťova nemocnice víc než proslulá. MUDr. Bohuslav Albert přesně do detailu navrhl a popsal systém zdravotně-výchovné činnosti pro personál Baťovy nemocnice. K běžným a samozřejmým povinnostem jednotlivých členů personálu patřilo vzdělávat se v dané problematice, studovat odborné spisy a publikace. Sestry při kontaktu s nemocnými měly využít každé vhodné příležitosti k smysluplnému rozhovoru, osvětová činnost byla prováděna jak u ambulantních, tak i ústavních nemocných. Byla pořádána systematická přednášková a výstavní činnost, jak pro odbornou, tak pro širokou veřejnost. Jednoduchou a srozumitelnou formou byly nemocným vštěpovány zásady osobní hygieny, mytí rukou, výměny spodního prádla, poukazovalo se na důležitost správné a vyvážené stravy, bojovalo se proti alkoholu, byly pořádány přednášky o zásadách první pomoci. Nemocným byly doporučovány vhodné

publikace z nemocniční knihovny a to nejen zábavné, ale i populárně naučné. Na každém oddělení visel jmenný seznam knihovny a inspekční ošetřovatelka zajišťovala tuto službu nemocným upoutaným na lůžko. Nemocnice odebírala periodika s výchovnou tematikou, které byly nemocným k dispozici v denních místnostech. V neděli dopoledne od 10 do 11 hodin se pro širokou veřejnost pořádaly bezplatně přednášky s demonstrací preparátů, účast nemocných, kterým to zdravotní stav dovolil, byla povinná. Taktéž se přednášek musel účastnit nemocniční personál, který neměl službu. Přednášející byli z řad ústavních zaměstnanců, ale i dobrovolníci působící ve zdravotně-sociálních a výchovných spolcích jako byl např. Československý Červený kříž, Ochrana matek a dětí, Abstinenční svaz, Masarykova liga proti tuberkulóze, Spolek pro potírání pohlavních nemocí apod. (SOkA Zlín, Návrh systemizace personálu pro Baťovu veřejnou nemocnici; SOkA, Návrh statutu Baťovy veřejné nemocnice; Daňová, 2011).

Závěr

Život ošetřovatelek v Baťově závodní nemocnici ve dvacátých a třicátých letech minulého století nebyl nikterak jednoduchý, velké množství práce a povinností, řada pravidel, minimální množství volného času. Zajisté si to uvědomoval i dr. Albert (Daňová, 2011), když pronášel, že ošetřovatelství jest sice jedna z nejkrásnějších lidských služeb, leč velmi odpovědná a namáhavá a je k ní zapotřebí velké trpělivosti, lásky a sebezapření.

Literatura a prameny:

- BAKALA, Jiří. *80 let Baťovy nemocnice v obrazech, faktech a dokumentech: 1927-2007*. 1. vyd. Zlín, 2008. 173 s.
- BAKALA, Jiří, RYBKA, Jaroslav, a CALÁBEK, Oldřich. *Baťova nemocnice ve Zlíně 1927-2002*. 1. vyd. Zlín: Baťova krajská nemocnice, 2002, 107 s.
- DAŇOVÁ, Marcela [online]. *Historie ošetřovatelství ve Zlíně*, © 2011 [cit. 21. 6. 2013]. Dostupné na WWW: <http://theses.cz/id/t8pf9c/Danova_Marcela_Historie_oseetrovatelstvi_ve_Zline.pdf>
- MÁŠOVÁ, Hana. *Nemocnice v průmyslových centrech Československé republiky*. In: *Dějiny věd a techniky*. Roč. 34, č. 1 (2001), s. 63-89. ISSN 0300-4414.
- MÁŠOVÁ, Hana. *Prostějov a Zlín – dvě moravské nemocnice v první ČSR*. 1. vyd. Prostějov, 2003.
- MÁŠOVÁ, Hana. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu: moderní pojetí nemocnice, jak se formovalo a postupně realizovalo v období první republiky*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 235 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0908-8.
- O nás: Historie nemocnice*. [online]. 2013 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <<http://www.nmbvizovice.cz/o-nas/historie-nemocnice/>>
- O nemocnici: Historie*. [online]. 2006 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <<http://www.nemocnice-vs.cz/?sekce=o-nemocnici&text=historie>>
- O nemocnici: 1910-1918*. [online]. 2011 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <<http://www.nem-km.cz/o-nemocnici/historie/obdobi-1910-1918/>>
- O nemocnici Uherské hradiště*. [online]. 2008 [cit. 2013-08-01]. Dostupné z: <<http://www.nemuh.cz/Article.asp?nDepartmentID=400&nArticleID=441&nLanguageID=1>>
- SOkA Zlín. ALBERT, Bohuslav. *Návrh statutu Baťovy veřejné nemocnice: Návrhy projektu a provozu, Baťova nemocnice*.
- SOkA Zlín. ALBERT, Bohuslav. *Návrh systemizace personálu pro Baťovu veřejnou nemocnici: Návrhy projektu a provozu, Baťova nemocnice*.
- SOkA Zlín. ALBERT, Bohuslav. *Zdravotně-výchovná činnost ústavu, kooperace s pomocnými institucemi, Baťova nemocnice*.

WICHEREK, Jaroslav. *Zdravotnictví na Zlínsku ve dvacátých a třicátých letech XX. století.*
In: Acta Musealia. Supplementa. Roč. 5, č. 4 (2005), s. 1-87. ISSN 0862-8548.

Korespondence:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav ošetřovatelství
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8
771 11 Olomouc
Email: treterova@fhs.utb.cz

DĚTSKÁ SESTRA – OD KVALIFIKACE KE SPECIALIZACI

Marie Vlachová

Fakultní nemocnice v Motole
Vysoká škola zdravotnická Praha o.p.s.

Souhrn:

Jakou roli hraje při hospitalizaci dítěte sestra? Je důležité promýšlet a aktualizovat obsah vzdělávání? Zabývá se příprava dětské sestry společenskou objednávkou? Máme dostatek odborníků mezi přednášejícími, kteří mohou své zkušenosti studentům předávat? Je odborná praxe formalitou nebo podstatnou částí studia?

Klíčová slova:

Dítě, vzdělávání, sestra, ošetrovatelská péče, jistota, bezpečí, kompetence, specializace, odborný dohled, vyhláška, zákon, kompetence.

Vlastní text

V historickém kontextu bylo na dítě pohlíženo různými způsoby. K dětem se přistupovalo jako k věci bez hodnoty, zabití nebylo považováno za vraždu. Dětství nebylo chápáno jako vývojová etapa. Dítě nemělo žádnou společenskou hodnotu. V pohádkách se promítá řešení přespočetných dětí v rodině (pohádka O Plaváčkovi), existenční sociální problémy (pohádka Perníková chaloupka). Dalšími možnostmi bylo odesílání především dívek do kláštera.

Postupně společnost začíná pomáhat opuštěným dětem, budují se špitály a nalezince. Děti jsou však zobrazovány jako zmenšený dospělý bez odlišné fyziognomie. Pozvolna si společnost začíná uvědomovat důležitost vztahu matka – dítě. Jsou snahy dítě více pochopit, porozumět mu. Dítě se dostává do popředí zájmu společnosti. Jsou řešeny zákonitosti psychomotorického vývoje a návaznost jednotlivých věkových úseků (zákonitosti duševního vývoje). Jsou přijímány dokumenty spojené s právy dítěte (Charta práv dítěte, Úmluva o právech dítěte..).

Dětské ošetrovatelství je spojeno s rozvojem dětského lékařství. Oddělená péče o děti začala již v 18. století. Většina opatrovnic, které působily v nalezincích pocházela z řad svobodných matek, osamělých žen. Měly zkušenosti, vzdělání chybělo.

Respektování rozdílů mezi dětmi a dospělými, specifické potřeby dětí vedlo k počátkům systematické péče o ně. Péči dětem poskytovaly ošetrovatelky na základě pozorování a zkušeností. Tyto pečovatelky můžeme považovat za první dětské sestry, poskytující laickou péči.

První ošetrovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 v Praze – Krči a byla jedinou českou školou pro přípravu dětských sester až do roku 1945. V roce 1946 byla v Praze založena Švejcárova škola pro výuku a výchovu dětských sester.

V roce 1948 byly všechny školy přeměněny na střední odborné školy a byly čtyřleté. V roce 1951 bylo studium na přechodnou dobu zkrácené na tříleté a od roku 1955 byla výuka opět prodloužena na čtyři roky.

V roce 1995 došlo ke změnám v oboru dětská sestra. Čtyřleté a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium bylo zrušeno. Nově navázal od roku 1996 tříletý studijní pomaturitní obor Diplomovaná dětská sestra na vyšších zdravotnických školách.

Další změny jsou spojeny se zákonem č. 96/2004 Sb. (zákon neuvádí dětskou sestru jako samostatné ošetřovatelské povolání). V roce 2006 končí studium dětských sester na vyšších zdravotnických školách, končí příprava na toto povolání v podobě kvalifikačního vzdělávání. Podle nové legislativy dětské sestry získávají specializovanou způsobilost k výkonu povolání dětské sestry ve specializačním vzdělávacím programu. Jednotlivé činnosti stanoví v současné době Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.

Závěr:

Práce dětských sester je nezastupitelná především v přístupu k dětem, ve znalosti vývojové psychologie, metodiky výchovné péče a ve znalosti potřeb dětí. Je patrné, že na uspokojování potřeb dětí bychom se měli všichni více zaměřit a rozšiřovat nabízené možnosti podpory dětí a jejich rodičů. Využívejme a předávejme si vzájemně zkušenosti, zaměřme se na ošetřovatelskou péči tj. na věci, které můžeme jako sestry ovlivnit.

Literatura:

MATĚJČEK Z., LANGMEIER J. *Počátky našeho duševního života*, Olomouc: Panorama, 1986, 368 s.
SEDLÁŘOVÁ P. *Základy ošetřovatelské péče v pediatrii*, Praha: Grada, 2008, 248 s., ISBN 978-80-247-1613-8

Korespondence:

Mgr. Marie Vlachová
Oddělení ošetřovatelské péče
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
156 00 Praha 5 – Motol
Email: majka.vlachova@fnmotol.cz

DALŠÍ PROFESNÍ VZDĚLÁVÁNÍ – INVESTICE PRO BUDOUCNOST

Daniel Jirkovský, Barbora Sedaková
Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají informace o projektu s názvem „Další profesní vzdělávání – investice pro budoucnost“, který bude realizován v období září 2013 – srpen 2014 a měl by reagovat na aktuální situaci v českém zdravotnictví. U dvou cílových skupin zaměstnanců FN Motol si klade za cíl podpořit jednak jejich pracovní adaptaci, jednak udržet jejich zaměstnanost, tedy stabilitu v rámci pracovní pozice. V rovině vzdělávacích aktivit tak projekt sleduje celkem tři dílčí cíle – formování žádoucího komunikačního stylu mezi zdravotnickým personálem a pacienty, prohlubování edukačních kompetencí vybraných všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků a prohlubování manažerských kompetencí středního nebo nižšího zdravotnického managementu. Projekt předpokládá čtyři vzdělávací aktivity, na kterých se budou podílet nejen lektori z FN Motol, ale i externí dodavatelé.

Klíčová slova:

Vzdělávání; Adaptace; Lékaři; Nelékařští zdravotničtí pracovníci; Komunikace; Management

Úvod

V posledních letech prochází české zdravotnictví dynamickým vývojem, který, kromě jiného, klade na zaměstnance také vyšší požadavky v oblasti komunikace, edukace pacientů a managementu. Přestože patří tyto oblasti mezi klíčové kompetence zdravotnických pracovníků a jejich zvládnutí do značné míry ovlivňuje úspěšnost lékařů, všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků v jejich povolání, jde velmi často zároveň i o oblasti, kterým je v systému pregraduální přípravy věnována velmi malá pozornost. Projekt, jemuž je věnován tento příspěvek, na tyto aktuální požadavky reaguje v podobě vzdělávání zaměstnanců FN Motol.

O projektu

Projekt „Další profesní vzdělávání – investice pro budoucnost“ je realizován v rámci Operačního programu Praha – Adaptabilita za podpory Evropského sociálního fondu, Hlavního města Prahy a státního rozpočtu ČR. Na financování projektu se podílí také Fakultní nemocnice v Motole. Harmonogram realizace projektu byl stanoven na období od září 2013 do srpna 2014, dílčí vzdělávací aktivity pak budou probíhat v období od října 2013 do června 2014, s výjimkou měsíce prosinec 2013.

Jak již bylo v úvodu zmíněno, projekt sleduje rozvíjení klíčových znalostí a dovedností v třech důležitých oblastech, v oblasti komunikace, edukace pacientů a managementu. Do projektu jsou zahrnuti zdravotničtí zaměstnanci FN Motol s pracovním úvazkem vyšším než 0,5 a s měsíčním výdělkem vyšším než je polovina minimální mzdy. Vzdělávací aktivity jsou zacíleny na dvě skupiny pracovníků, do dovršeného 30. roku života a po dovršení 50. roku života. Toto věkové kritérium podpořených osob stanovuje 6. výzva OPPA⁴. Podporovanou osobou se zde rozumí takoví pracovníci, kteří jsou ohroženi na trhu práce, tedy zaměstnanci na začátku a na konci své profesní kariéry. Právě tyto dvě skupiny vykazují, dle provedené analýzy lidských zdrojů ve FN Motol za rok 2011, nejvyšší míru fluktuace a nejvíce změn v pracovním zařazení v rámci nemocnice. Oproti ostatním skupinám zaměstnanců jsou tak

⁴ Operační program Praha Adaptabilita

častěji vystavovány novým podmínkám práce, na které se musí adaptovat. Hlavním záměrem celého projektu a jeho vzdělávacích aktivit je tedy především vytvoření takové teoreticko-praktické základny, která nejenže umožní připravit zaměstnance FN Motol na výkon činností v odpovídajícím rozsahu a kvalitě, ale podpoří i jejich pracovní adaptaci a zaměstnance zároveň pracovně stabilizuje.

Samotná realizace vzdělávacích aktivit bude probíhat formou uceleného systému dynamicky vedených odborných kurzů, jejichž nedílnou obsahovou součástí budou interaktivní cvičení, řešení a rozbor modelových situací, videotrénink a další moderní didaktické metody. Předpokládají se celkem čtyři vzdělávací aktivity, z nichž dvě - Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti proklientské komunikace; Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti edukace pacientů - budou zajištěny lektory FN Motol a dvě vzdělávací aktivity - Vzdělávání lékařů v oblasti proklientské komunikace s uplatněním systemického přístupu v praxi; Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti managementu – budou realizovány nákupem služeb u externích dodavatelů. Výběrové řízení na dodavatele služeb proběhne v polovině září.

Kurzy komunikace budou zaměřena na zásady proklientské komunikace ve zdravotnictví, faktory ovlivňující interakci zdravotník x pacient a možnosti jejich ovlivnění, prvky proklientské komunikace ve verbální i neverbální komunikaci, nácvik dovedností efektivní proklientské komunikace, prevenci a překonávání nedorozumění v rozhovoru s pacientem, a dále pak i řešení konfliktních situací a techniky aktivního naslouchání a jejich následné využití v rozhovoru s pacientem. U skupiny lékařů proběhne kurz ve 3 dnech, u nelékařských pracovníků je délka kurzu zkrácena na 2 dny, což se zakládá na předpokladu, že v rámci pregraduální přípravy nelékařských pracovníků byla problematika komunikace věnována větší pozornost než u lékařů. V této vzdělávací aktivitě se dále předpokládá, že na jejím konci bude proškoleny nejméně 75 nelékařských zdravotnických pracovníků do 30 ti let věku a nejméně 60 lékařů, především absolventů lékařských fakult s praxí do 2 let a případně i další mladí lékaři do 30 ti let věku.

Kurzy zaměřené na edukaci pacientů jsou určeny především pro nelékařské zdravotnické pracovníky do 30 ti let a nad 50 let věku z pracovišť s vyšším podílem edukace. Kurzy budou obsahovat problematiku pedagogiky, psychologie a didaktiky v aplikaci edukačního procesu ve zdravotnickém provozu. Předpokládáme, že kurzy bude absolvovat nejméně 96 všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků.

Aktivita zaměřená na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti managementu bude obsahovat např. témata správného vedení podřízených zaměstnanců, motivace, stylů vedení, poskytování zpětné vazby, řešení konfliktů a prevence jejich vzniku, nácvik komunikačních dovedností potřebných pro zvládání specifických situací v komunikaci v rámci ošetrovatelského týmu a s lékaři, dále pak se bude zaměřovat i na plánování času, management změn, koordinaci pracovních činností, vedení a koučink zaměstnanců k vysokému pracovnímu výkonu a hodnocení podřízených zaměstnanců. Předpokládáme, že bude proškoleny nejméně 30 účastníků – vedoucích sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků.

Závěr:

Hlavním přínosem prezentovaného projektu bude vytvoření předpokladů pro kvalitní adaptaci zaměstnanců na měnící se okolnosti práce v oblasti komunikace, edukace pacientů a managementu. Nově získané znalosti a dovednosti přispějí u vybraných skupin zaměstnanců k jejich rychlejší a úspěšnější adaptaci a tím i k jejich personální stabilizaci ve FN Motol.



Evropský sociální fond, Praha & Evropská unie: Investujeme do Vaší budoucnosti
projekt č.: CZ.2.17./1.1.00/36138
Další profesní vzdělávání – investice pro budoucnost

Korespondence:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA
Samostatné oddělení vzdělávání
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: daniel.jirkovsky@fnmotol.cz

VÝZNAM KOMUNIKACE V INTERPERSONÁLNÍCH VZTAZÍCH SESTER A LÉKAŘŮ

Šárka Tomová, Hana Nikodemová, Kateřina Ježková
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Príspevek se zabývá spokojeností lékařů a sester s pracovními vztahy a způsobem a kvalitou komunikace na jejich pracovišti. Pozornost je věnována pohledu sestry a lékaře na komunikaci a interakci v jednotlivých kolektivech. Průzkumné šetření, které proběhlo na přelomu roku 2012/13, potvrdilo nutnost klást důraz na kontinuální prohlubování komunikačních dovedností zdravotnických pracovníků a tím podporu pozitivních interpersonálních vztahů na klinických pracovištích. Dotazníkové šetření proběhlo na vybraných odděleních Fakultní nemocnice v Motole a v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Anonymního šetření se zúčastnili lékaři a sestry vybraných pracovišť. Analýzou výsledků šetření se potvrzuje, že kvalita komunikace mezi členy ošetřovatelského personálu se velkou měrou podílí na hodnocení kvality ošetřovatelské a medicínské péče daného zdravotnického zařízení.

Klíčová slova:

Interpersonální vztahy; Komunikační dovednosti; Proklientská komunikace; Týmová komunikace.

Úvod

Ve všech pomáhajících profesích je osobnost člověka tím nejdůležitějším nástrojem, protože hranice možností jejího zatížení a flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání (Plevová, 2008). Činnost zdravotnického pracovníka je postavena na etických zásadách, mezi něž např. patří ochota sestry a lékaře hájit zájmy pacientů a provádět u nich ošetřovatelskou péči s akceptováním důstojnosti a intimity, dále pak větší osobní odpovědnost a samostatnost sestry. Při provádění ošetřovatelského procesu je nezbytná maximální důvěra rodiny a pacienta ke zdravotníkovi. Jeho chování a jednání ovlivňuje kvalitu ošetřovatelské péče nejen vzhledem k nemocnému, ale i k rodinným příslušníkům apod. Pacient velmi citlivě vnímá, uplatňování interpersonálních dovedností ošetřujícího personálu. Při projevech vstřícnosti a ochoty pacient vyjadřuje v daleko větší míře své problémy a vnímá pohodu a podporu ošetřovatelského týmu. Takto vytvořený vzájemný vztah, umožňuje velice úzkou spolupráci s pacienty, urychluje edukační a terapeutický účel ošetřovatelského procesu. Naopak neprofesionální jednání může komplikovat ošetřovatelskou i léčebnou péči. Dobrá spolupráce a důvěryhodnost ošetřovatelského týmu vůči pacientům se odráží na společenské prestiži ošetřovatelského povolání.

Vlastní text

Osobnost zdravotnického pracovníka, potažmo sestry by měla mít určitou míru inteligence a ctižádost obohacovat své znalosti a pracovat s nimi. Dle Staňkové (2002, S. 20-21) by měla sestra splňovat následující požadavky. Níže uvádíme jen ty vybrané, které mají souvislost s komunikačními dovednostmi sestry.

- *Být vzdělaná, projevovat se tak, aby ji jako odborníci respektovali jako nemocní, tak všichni spolupracovníci, včetně lékařů. Být sestrou, která má vysoký společenský kredit a respekt veřejnosti a která se z vlastního zájmu celoživotně vzdělává.*
- *Být sestrou důvěryhodnou, sestrou, která svým vystupováním i vzhledem dává najevo, že si váží svého pacienta, který je pro ni respektovaným partnerem a*

spolupracovníkem ve všech činnostech směřujících k jeho zdraví a rozvoji soběstačnosti.

- *Být sestrou, která aplikuje v praxi vědecké poznatky, sestrou, která umí zdůvodnit a obhájit, proč se rozhodla uplatnit ve své práci nový progresivní prvek.*

Komunikace je lidská schopnost, která využívá slovních a mimoslovních výrazových prostředků k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, v němž jedinec projevuje svoji vůli, myšlenky, city a sděluje informace (Honzák, 1999). Vždy dochází k oboustrannému působení a ovlivňování, které označujeme jako sociální interakce (Bedrnová, Nový a kol., 2009). Komunikace je tudíž prostředek sociální interakce. Komunikační proces je tvořen tím kdo zprávu vysílá (komunikátor), a tím kdo zprávu přijímá (komunikant), a tím kterým je zpráva předána.

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma a více komunikujícími. Komunikace je základem všech vztahů mezi lidmi. Řeč je základem pro komunikaci. Další formou pro komunikaci je řeč psaná, kterou mnoho jazyků ani nemá. Nedostatek informací, nemocnému komplikuje adekvátní rozhodování o svém stavu, což mnohdy vede ke špatnému léčebnému režimu, špatnému průběhu léčby a mnohdy ke vzniku zbytečných komplikací. Jak se uvádí ve 3. paragrafu Etického kodexu České lékařské komory v bodu 4: „*Lékař zdravotnického zařízení se snaží přistupovat individuálně, tak aby byly maximálně uspokojovány potřeby a je povinen srozumitelným způsobem, odpovědně informovat nemocného...*“ proto by měl každý člen ošetřovatelského týmu přistupovat k pacientům individuálně, tak aby byly maximálně uspokojovány jejich potřeby a to i v případě jedná-li se o pacienty, kteří adekvátně neovládají jazyk dané země. Při poskytování zdravotnické péče může dojít i k tomu že pacient odmítá komunikovat a spolupracovat s ošetřovatelským týmem. Toto může být příčinou nesprávného léčebného postupu nebo poruchou sociální interakce a sociální izolace, jak uvádí Košková (2003).

Ve zdravotnictví je důležité umět velmi dobře komunikovat, neboť bez navázání dobrého vztahu mezi pacientem a ošetřovatelským týmem pak není možné dosáhnout dobré kvality ošetřovatelské péče. Základním faktorem mezilidské komunikace ve zdravotnictví je především týmová práce. Všichni členové ošetřovatelského týmu se podílejí na společném cíli, každý zaujímá svojí roli. Vztah nadřízeného, podřízeného a pacienta je odrazem poskytované týmové péče. Vždy je pro nás cílem dostatečně edukovaný pacient, který nám důvěřuje a spolupracuje. Proto je důležité, aby byl o svém zdravotním stavu dobře informován a mohl se aktivně účastnit a být spoluodpovědný za své zdraví. Dovednosti komunikovat se můžeme naučit, ale je nutné ji prohlubovat celý život (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Pro efektivní komunikaci ve zdravotnictví je důležitý krok uvědomění si, pochopení komunikačních bariér a jejich překonávání. Příčiny komunikačních bariér jsou v názorech, znalostech, v postojích, v sociálním zařazení, komunikačních dovednostech a zkušenostech. Na jedné straně máme interní komunikační bariéry, které mohou být způsobeny strachem z neúspěchu, problémem komunikujícího, rozdílnost v kultuře, skákání do řeči, slangová mluva, nářečí či odborné názvy. Můžeme mezi ně zařadit i neúctu, nesympatii, nadřazenost, nepřipravenost ke komunikaci a nesoustředěnost. Na straně druhé jsou to externí komunikační bariéry, které jsou ovlivňovány rušivými prvky z prostředí. Sem můžeme řadit demografické vlivy, znemožnění zpětné vazby, nezvyklé prostředí, například interiérové uspořádání místnosti, vyrušování další osobou a vzdálenost komunikujících (Svobodník, 2009; Mikuláščík, 2010). Ošetřovatelský tým při své péči by měl používat nejen komunikaci profesní, ale i sociální a společenskou.

Mezilidské vztahy

Úroveň interpersonálních vztahů v pracovních týmech se odvíjí od oboustranného působení sester na pracovišti. Je tu nutná nezbytná sehranost týmu, aby byl stanovený cíl splněn a to i s žádaným výsledkem. Pokud se ale objeví soutěživost a soupeřivost v ošetrovatelském týmu jsou výsledky nejisté. Toto platí zvláště pro zdravotníky, kteří jsou spojeni s rizikem ohrožení života pacienta. V interpersonálních vztazích je neméně důležitá důvěra, která je specifická pro vzájemný kontakt mezi jedinci. Každý vztah na svém počátku zpravidla začíná nesmělou komunikací, kdy vznikají mezi jedinci určité sympatie nebo naopak nesympatie. V rozvoji ve vztahu pak dochází k širší komunikaci. V dalším prohlubování vztahu se prohlubuje vzájemné porozumění a důvěra. Dochází následně k vzájemnému přizpůsobování se na pracovišti, kde vzniká formalizovaná vazba. Ve všech vztazích by měla vzniknout zpětná vazba, která nám ozřejmí, jestli můžeme vztah dále prohlubovat. V zaměstnání jsou mezi lidmi pracovní vztahy, které ovlivňují samotnou vykonávanou práci, obohacují vztahy mezi jednotlivci, tvoří různé změny. Liší se systémem daného pracoviště, vztahy mezi přáteli a specifikou pracovní pozice a role. Ačkoli lidé vykonávají stejné interpersonální aktivity, působí na sebe pracovní výkonností, dovedností a motivací. V soukromých vztazích, ale i ve vztazích na pracovišti, na sebe vzájemně působíme, sdílíme svoji spokojenost, energii, ale také vzájemnou podporu, a proto můžeme naše vztahy měřit a hodnotit. Každou interakci ve vztahu můžeme hodnotit pozitivně či negativně. Můžeme však říct, že v každém vztahu je vyjadřována míra uznání, vážnosti nebo neúcty, nebo odporu a odmítání či pohrdání. V tomto případě tyto vztahy snižují sebevědomí daného jedince (Mikuláščík, 2010).

Spolupráce v týmu

Na pracovištích členové týmu mají společný cíl, každý z nich se však podílí jiným způsobem na jeho splnění, má tedy jinou roli. Členové týmu se lépe přizpůsobují novým nápadům a reagují pružněji na nové poznatky nežli samotní jednotlivci. Všeobecně jsou členové týmu schopni dosáhnout vysoké míry odpovědnosti. Skupina pracovníků se může stát týmem jen tehdy, pokud splní několik podmínek:

- musí mít společný cíl;
- uplatňovat principy demokracie v týmu a autonomie;
- vymezit role a jejich kompetence;
- uplatňovat správnou komunikaci, spolupráci, dobré vztahy;
- konfliktem lze řešit i problém;
- fungování týmu jako celku, týmová podpora a spolupráce;
- vzájemnou závislost týmových rolí a jejich návaznost;
- kreativní myšlení a iniciativu všech členů.

Není jednoduché vytvořit dobrý a vyvážený tým, nemůžeme proto hned očekávat od týmu efektivní a dobře provedenou práci. V týmu si musí nejprve každý člen ujasnit svoji roli a kompetenci a následnou odpovědnost. Jedinci, kteří jsou nepřátelsky naladěni, konfliktní a nechťejí prosazovat změny, se pro týmovou práci nehodí. Proto by měl být tým sestavován z lidí, kteří prokázali praktické i vědomostní dovednosti. Pracovní tým by se měl podílet na svém rozvoji a přitom plnit potřeby ošetrovací jednotky. Jeden z mnoha předpokladů rozvoje je důvěra a informovanost v týmu. Jde o informace, které jsou důležité pro členy týmu, dále jde o to, aby se k nám dostaly včas, nezkrácené a srozumitelné. V neposlední řadě podstatný způsob předávání informací v ošetrovatelském týmu, ze kterého plynou případné problémy, změny či konflikty (Mikuláščík, 2010).

Cíl průzkumného šetření

Hlavním cílem průzkumného šetření bylo zjistit, jak jsou sestry a lékaři ve vybraných nemocnicích spokojeni se vzájemnou komunikací.

Metodika průzkumného šetření a charakteristika vzorku

Sběr potřebných informací proběhl od listopadu 2012 do ledna 2013 pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány lékařům a sestřám na vybraných klinikách Fakultní nemocnice v Motole a Masarykově fakultní nemocnici v Ústí nad Labem. Polostrukturovaný dotazník obsahoval 23 otázek. Sestry i lékaři dostali obsahově stejné dotazníky, které byly stylisticky upraveny k lepší srozumitelnosti obou skupin respondentů. Většina otázek byla uzavřených, kde respondenti pouze vybírali z nabídnutých odpovědí. Některé z otázek nabízely možnost doplňující slovní odpovědi. Další skupinu tvořily dotazy založené na škálovém hodnocení, kdy respondent zaznamenával svůj názor na důležitost daných položek. Poslední otázka dotazníku byla otevřená a týkala se případných problémů při vlastní komunikaci s kolegy. Šetření se zúčastnilo celkem 357 respondentů, z toho 207 sester a 150 lékařů.

Výsledky průzkumného šetření

Pro přehlednost informací uvádíme jen některé výsledky průzkumného šetření, které považujeme za zajímavé. Všechny uvedené odpovědi jsou samostatně rozděleny v jednotlivých tabulkách na odpovědi sester a odpovědi lékařů.

V jedné z otázek jsme požadovali posouzení pracovních vztahů na pracovišti respondenta – sestry a respondenta – lékaře. Výsledky uvádí tabulka 1a, 1b.

Tabulka 1a Vztahy na pracovišti z pohledu sester

	Se sestrami		S lékaři		Celkem	
Sestry na odd.	n	%	n	%	n	%
Profesionální	4	1,93%	51	24,64%	55	13,29%
Přátelské	52	25,12%	15	7,25%	67	16,18%
Obojí	141	68,12%	125	60,39%	266	64,25%
Nevím	10	4,83%	16	7,73%	26	6,28%
Celkem	207	100,00%	207	100,00%	414	100,00%

Výsledkem bylo 414 odpovědí od zdravotních sester. Z celkového počtu 207 dotazovaných odpovědělo 55 sester (13,29%), že vztahy na pracovišti jsou profesionální, 67 (16,18%) přátelské a 266 sester (64,25%) uvedlo, že mají na pracovišti vztahy profesionální i přátelské. 26 sester (6,28%) zvolilo variantu nevím.

Tabulka 1b: Vztahy na pracovišti z pohledu lékařů

	S lékaři		Se sestrami		Celkem	
Lékaři na odd.	n	%	n	%	n	%
Profesionální	18	12,00%	35	23,33%	53	17,67%
Přátelský	28	18,67%	20	13,33%	48	16,00%
Obojí	96	64,00%	85	56,67%	181	60,33%
Nevím	8	5,33%	10	6,67%	18	6,00%
Celkem	150	100,00%	150	100,00%	300	100,00%

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že z celkového počtu 300 odpovědí odpovědělo 53 lékařů (17,67%), že na pracovišti převládají vztahy profesionální, 48 (16,00%) uvedlo přátelské a 181 lékařů (60,33%) zvolilo možnost obojí. 18 lékařů (6,00%) odpovědělo nevím.

V další otázce jsme se dotazovali na hodnocení úrovně komunikace na pracovištích respondentů. Odpovědi opět uvádíme samostatně, ve dvou tabulkách, zvlášť odpovědi sester v tabulce 2a a odpovědi lékařů v tabulce 2b.

Tab. 2a: Hodnocení komunikace z pohledu sester

Hodnocení sester	Mezi sestrami		S lékaři		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Výborná	32	15,46%	8	3,86%	40	9,66%
Velmi dobrá	91	43,96%	54	26,09%	145	35,02%
Standardní	81	39,13%	131	63,29%	212	51,21%
Špatná	3	1,45%	11	5,31%	14	3,38%
Velmi špatná	0	0,00%	3	1,45%	3	0,72%
Celkem	207	100,00%	207	100,00%	414	100,00%

Na otázku týkající se komunikace na vlastním oddělení bylo získáno celkem 414 odpovědí. 40krát (9,66%) byla komunikace sestrami ohodnocena jako výborná, 145krát (35,02%) jako velmi dobrá, 212krát (51,21%) jako standardní. Za špatnou jí označilo 14 sester (3,38%) a za velmi špatnou 3 (0,72%).

Tab. 2b: Hodnocení komunikace z pohledu lékařů

Hodnocení lékařů	Mezi lékaři		Se sestrami		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Výborná	29	19,33%	25	16,67%	54	18,00%
Velmi dobrá	74	49,33%	76	50,67%	150	50,00%
Standardní	44	29,33%	49	32,67%	93	31,00%
Špatná	2	1,33%	0	0,00%	2	0,67%
Velmi špatná	1	0,67%	0	0,00%	1	0,33%
Celkem	150	100,00%	150	100,00%	300	100,00%

Na otázku, jak jsou respondenti spokojeni s komunikací na vlastním oddělení bylo získáno 300 odpovědí. V 54 případech (18,00%) zvolili možnost výborná, 150krát (50,00%) komunikaci ohodnotili jako velmi dobrou, 93krát (31,00%) jako standardní a 2krát (0,67%) jako špatnou. Pouze 1 lékař (0,33%) označil komunikaci na oddělení za velmi špatnou.

Diskuse

Z analýzy vybraných výsledků můžeme konstatovat, že hodnocení spokojenosti se vztahy na vlastním pracovišti respondentů se výrazně neliší mezi sestrami a lékaři. U posouzení vlastního kolektivu převládalo hodnocení „velmi dobrá“, neboť tuto možnost zvolilo u sesterského kolektivu 91 sester (43,96%) z celkem 207 dotázaných a u lékařského kolektivu tak odpovědělo 74 lékařů (49,33%) ze 150 respondentů. Můžeme tak usuzovat, že spokojenost je průměrná a usilovat o její zlepšování všemi možnými dostupnými. V hodnocení komunikace mezi sestrou a lékařem už jsou patrnější rozdíly. Zatímco lékaři ohodnotili komunikaci se sestrami v 76 případech (50,67%) ze 150 jako velmi dobrou, sestry volily ve 131 případě (63,29%) z 207 možnost standardní. Odlišnosti jsou zjevné i u hodnocení „výborné“ - takovou považuje komunikaci se sestrami 25 lékařů (16,67%) ze 150, ale pouze 8 sester (3,86%) z 207. Potvrzuje se tak myšlenka, že vzdělávání v proklientské komunikaci povede ke zlepšování stavu a úrovně komunikace mezi členy zdravotnického týmu a tím ke zlepšování interpersonálních vztahů. Domněnka, že komunikačním dovednostem se nedá neučit je průkazně zavádějící a naopak kontinuální prohlubování

dovedností v komunikačních kurzech je více než žádoucí. Jednou z možností bylo dopsat svůj názor, v čem by respondent chtěl komunikaci změnit. Nejčastějšími odpověďmi lékařů byly:

- „Lepší a častější zpětná vazba.“
- „Větší zájem lékaře o názor sestry.“
- „Lepší organizace předávání informací.“
- „Komunikovat spíše písemně a vše sdělené ústy zaznamenat.“
- „Lepší týmová spolupráce.“

Nejčastěji projevenými názory sester byly:

- „Vzdělávání v komunikaci.“
- „Méně pomlouvání.“
- „Větší respekt k práci sester od lékařů.“
- „Jednání na rovinu a na úrovni.“
- „Nepreferovat jedince.“

Závěr

V dnešní době, kdy se medicína neustále zdokonaluje a nabízí možnosti dříve nemyslitelné, je potřeba více klást důraz na přístup sester a lékařů k pacientům a k sobě navzájem. Pevné a fungující interpersonální vztahy a kvalitní komunikace jsou jedním ze základních pilířů správné a účinné zdravotní péče. Jestliže zdravotnický tým dokáže efektivně spolupracovat, jsou spokojeni nejen zdravotníci, ale hlavně pacienti. Sestra i lékař se dostávají při vykonávání své činnosti do velmi náročných mezilidských vztahů. Musí zvládat vztahy na horizontální, vertikální úrovni, ale také s nemocnými a jejich rodinami. Je proto nezbytné, aby měli osvojené komunikační dovednosti, uměli respektovat názor druhého a projevat vzájemnou úctu.

Literatura:

- BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., TREŠLOVÁ, M. 2010. *Vztah lékař – sestra*. Brno : NCO NZO, 2010. 126. ISBN 978-80-7013-526-6.
- BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol. 2009. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vydání. Praha : Management Press, s.r.o., 2009. 800 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
- HONZÁK, R. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. doplněné vydání. Praha : Galén, 1999.
- KOŠKOVÁ, J. 2003. Komunikativní a jazykové bariéry. In *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče*. Ostrava : Repronis, 2003. 120 s. ISBN 80-7042-344-7.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- PLEVOVÁ, I. Zdravotní sestra a pomáhající profese. In *Profese*, ISSN 1803-4330, 2008, č. 1, roč. 3, s. 9.
- STAŇKOVÁ, M. 2002. *Sestra - reprezentant profese*. Brno : NCO NZO, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
- SVOBONÍK, P. 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno : NCO NZO, 2009. 125 s. ISBN 978-80-7013-498-6.

Korespondence:

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

MULTIFUNKČNÍ SIMULÁTORY VE VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ NA 2. LF UK V PRAZE

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

Souhrn:

Příspěvek obsahuje základní informace o využití interaktivního multifunkčního ošetřovatelského simulátoru ve výuce ošetřovatelských postupů a intervencí v laboratorních podmínkách Ústavu ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol u studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství a bakalářského studijního programu Všeobecná sestra.

Klíčová slova:

Ošetřovatelství, Student, Výuka – inovace, Ošetřovatelské intervence, Didaktická technika

Úvod

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK v Praze disponuje od roku 2012 interaktivním multifunkčním celotělovým simulátorem METIMan, který se úspěšně používá ve výuce ošetřovatelských postupů a intervencí ve studijních programech Všeobecné lékařství a Ošetřovatelství.

Vlastní text

Vzhledem k tomu, že multifunkční patientský simulátor tohoto typu v ČR nikdo nepoužíval a dle nám dostupných informací ani nepoužívá, vycházeli jsme při plánování jeho pořízení a zařazení do výuky pouze ze zahraničních zkušeností publikovaných v odborných časopisech např. Journal of Nursing Education a Nurse Educator.

Na základě těchto poznatků a využitelnost simulátoru ve výuce, jsme stanovili, že by zařízení mělo být co do velikosti, hmotnosti a povrchové úpravy realistické a mělo:

- ❖ umožňovat nejméně tyto funkce:
- ❖ bilaterální měření krevního tlaku;
- ❖ bilaterální palpaci tepové frekvence na celkem 14 místech;
- ❖ pohyby hrudníku;
- ❖ zavádění periferních a ošetřování centrálních žilních vstupů;
- ❖ odsávání a vylučování gastrointestinálního obsahu;
- ❖ bilaterální i.v. kanylaci na několika místech s flashbackem;
- ❖ intramuskulární injekční místa;
- ❖ reakci zornic;
- ❖ mrkání očních víček;
- ❖ KPCR;
- ❖ ventilaci resuscitačním vakem;
- ❖ zavádění a ošetřování NGS pro enterální výživu i výplach;
- ❖ zavádění a ošetřování tracheostomické kanyly;
- ❖ sekreci z dýchacích cest s možností odsávání;
- ❖ výtok moči;
- ❖ výměnné mužské a ženské genitálie;
- ❖ katetrizaci močového měchýře;

- ❖ krvácení z vestavěných zásobníků;
- ❖ zvukové fenomény: srdeční, dýchací i střevní - normální a patologický nález;
- ❖ zvukové projevy a mluvení i přes bezdrátový mikrofon;
- ❖ pulzní oxymetrii;
- ❖ plnou ohebnost horních končetin, dolních končetin a krku;
- ❖ defibrilaci;
- ❖ 5-svodové EKG;
- ❖ komprese KPR generující hmatný puls,
- ❖ krevní tlak a EKG;
- ❖ bilaterální hrudní drenáž s odsáním tekutiny;
- ❖ automatickou reakci vitálních funkcí při krvácení i léčbě;
- ❖ patientský monitor;
- ❖ samostatně nastavitelné každé jednotlivé poslechové místo plicních, srdečních i střevních zvuků;
- ❖ plnou funkčnost s různými moduly a sadami imitací poranění;
- ❖ záklon hlavy;
- ❖ předsunutí čelisti;
- ❖ pohyblivou čelist;
- ❖ otok jazyka;
- ❖ reakce na správnou i nesprávnou léčbu automaticky;
- ❖ simulátor má čtyři předkonfigurované simulované klinické události, včetně možnosti editace dalších klinických událostí (scénářů).

Zařízení bylo dáno do užívání od akademického roku 2012/2013. Na základě dosavadních zkušeností nyní předpokládáme dokonce širší využití simulátoru, než jsme původně zamýšleli. Především uvažujeme o konání praktických zápočtů (zkoušek) studentů na tomto zařízení a dále o souhrnném ověřování praktických dovedností studentů (i mimo režim zápočtů a zkoušek) před zahájením klinické ošetrovatelské praxe tak, jak je to např. běžné v USA nebo v Kanadě, s cílem snížit riziko nevhodného nebo nesprávného provedení ošetrovatelského výkonu u pacienta v průběhu klinické ošetrovatelské praxe. To však s sebou ponese vyšší nároky na vyučující, čas, spotřební zdravotnický materiál apod. Studentky kombinované formy studia v bakalářském studijním programu Ošetrovatelství zapojujeme do tvorby dalších výukových scénářů.

Závěr

Zařazení multifunkčního interaktivního simulátoru do výuky vede k větší aktivizaci studentů, přispívá k propojení teoretické a praktické výuky a v případě nedostupnosti dostatečného počtu výkonů v klinické praxi umožňuje nácvik těchto postupů na realistickém simulátoru a tak celkově přispívá ke jednoduššímu transferu dovedností studentů do klinické praxe a ve spojení s ní i dlouhodobou nebo i trvalou fixací základních dovedností potřebných pro výkon povolání lékaře nebo všeobecné sestry.

**Součástí workshopu byla ukázka vybraných funkcí multifunkčního
ošetrovatelského simulátoru METIMan.**

Literatura:

McWILIAM, P., BOTWINSKI, C. Developing a Successful Nursing Objective Structured Clinical Examination. *Journal of Nursing Education*, roč. 49, č. 1, s. 36 – 41, 2010

OGILVIE S., CRAGG, B., FOULDS, B. Perceptions of Nursing Students on the Process and Outcomes of a Simulation Experience. *Nurse Educator*, roč. 36, č. 2, s. 56- 58, 2011

Korespondence:

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

MODERNÉ VERSUS TRADIČNÉ OŠETROVANIE RÁN

Jozefína Mesárošová

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva,
Univerzita Konštantína Filozofa Nitra

Súhrn:

Autorka príspevku mala za cieľ orientačne zistiť, do akej miery sa využívajú prostriedky modernej terapie v starostlivosti o rany akútne aj chronické v kontexte EBP oproti prostriedkom tradičnej terapie. Čiastkovými cieľmi bolo mapované, aké prostriedky a metódy využívajú sestry pri starostlivosti o rany najčastejšie v Univerzitnej nemocnici a aké využívajú sestry v Nemocnici s poliklinikou okresného typu. Dospeli sme k záveru, že stále prevažujú prostriedky tradičnej terapie v liečbe a ošetrovaní rán.

Kľúčové slová:

Rana. Prostriedky pre hojenie rán. Tradičné ošetrovanie. Vlhké hojenie.

Úvod

Starostlivosť o pacientov s ranou, či už akútnou alebo chronickou, je zložitý proces, ktorý vyžaduje vysokú erudovanosť sestry v danej problematike. Vyžaduje si multidisciplinárny prístup, jasné vymedzenie procesuálnych krokov a ich logickú nadväznosť na základe jasne stanovených kompetencií (Mrázová a kol., 2012). Legislatíva v SR síce stanovuje, že sestra je kompetentná samostatne hodnotiť a ošetrovať poruchy celistvosti kože a slizníc a na základe indikácie lekára samostatne preväzovať a ošetrovať rany s výnimkou rán, ktoré svojím priebehom hojenia vyžadujú zásah lekára. (Vyhláška MZSR č. 364/2005) V klinickej praxi je to ale zložitejšie. V podmienkach slovenského zdravotníctva vo veľkej miere nie sú názory sestry (v zahraničí je zaužívaný pojem „wound - manager“) akceptované odbornou verejnosťou a nie sú legislatívne chránené. Kompetencie pri výbere terapeutického materiálu sú tiež v našich podmienkach významne obmedzené (Pokorná, Mrázová, 2012). „Empiricky a často náhodne boli objavované pokroky a odstraňované stáročné omyly v ošetrovaní rán. Produktom tohto dlhého vývoja sú dnes dostupné prípravky určené na „klasickú“ liečbu defektov. Ostatných päťdesiat rokov prinieslo vo výskume hojenia rán veľa poznatkov, ktoré umožnili výrobu krytí, ktoré aktívne podporujú proces hojenia, zjednodušujú ošetrovanie defektov, znižujú počet potrebných preväzov, eliminujú zápach a secernáciu rany. Túto skupinu prípravkov označujeme ako moderné krytia. Vrchol vývoja moderných prípravkov predstavuje tzv. vlhká terapia“ (Kopál, 2009a, s. 67). Výber vhodného terapeutického materiálu k fázovému hojeniu rán je základom efektívneho hojenia.

Cieľ práce

Používanie konkrétnych materiálov závisí na rozhodnutí manažmentu jednotlivých pracovísk, kde je starostlivosť poskytovaná, od skúseností zdravotníkov, ktoré materiály využívajú a tiež od spolupráce s distribútormi zdravotníckych materiálov. Špecifickú úlohu zohráva aj legislatíva a revízní lekári poisťovní. V tejto súvislosti nie je prekvapujúce, že na každom pracovisku sa používanie typov materiálov fázového hojenia významne líši (Pokorná, Mrázová, 2012).

Cieľom práce bolo zistiť a porovnať aké prostriedky a metódy využívajú sestry pri starostlivosti o rany najčastejšie v Univerzitnej nemocnici a aké prostriedky a metódy využívajú sestry v Nemocnici s poliklinikou.

Metodika

Hlavnou výskumnou metódou bol dotazník ako jedna z metód exploračného výskumu, ktorou sme zisťovali, aké prostriedky sú na jednotlivých ošetrovacích jednotkách dostupné, ktoré prostriedky a metódy využívajú sestry pri starostlivosti o rany najčastejšie.

Základným kritériom výberu výskumného súboru bol výkon povolania sestry, ktoré pracujú v Univerzitnej nemocnici (UN) a v Nemocnici s poliklinikou (NsP) okresného typu na oddeleniach chirurgických odborov. Výskumnú vzorku tvorilo 50 náhodne vybraných sestier, bez ohľadu na pohlavie a vek, dĺžku praxe a stupeň ukončeného vzdelania a 50 náhodne vybraných sestier rovnako bez ohľadu na pohlavie a vek, dĺžku praxe a stupeň ukončeného vzdelania.

Výsledky a diskusia

Prieskumom pomocou dotazníka sme zistili, že sestry na oplach rany používajú vo väčšine prípadov menej vhodné až nevhodné roztoky. Na dezinfekciu či laváž rany sa v UN v súčasnosti najčastejšie používa Betadine ako uviedlo 44 sestier (88 %) a Fyziologický roztok podľa 36 sestier (72 %). V NsP uviedlo 32 sestier (64 %) ako najčastejšie používaný Betadine a Chloramín. Stryja (2008) uvádza, že Betadine či Braunol je pri dlhodobom použití toxický, alergizuje, vysušuje spodinu rany a lokálne spôsobuje inhibíciu enzýmov. Fyziologický roztok síce nie je cytotoxický a nealergizuje, ale na ranu má len mechanické účinky. Chloramín patrí medzi nevhodné roztoky na aplikáciu do rany, je silno cytotoxický, môže spôsobiť alergiu, dráždi ránu a okolie a spôsobuje bolestivosť pri preväze i medzi preväzmi. Využívanie konkrétnych roztokov súvisí s dostupnosťou jednotlivých roztokov na pracoviskách. Zistili sme, že 49 sestier (98%) ako najdostupnejší prostriedok na dezinfekciu či laváž rany uviedlo takisto Betadine, 45 sestier (90%) Fyziologický roztok a 40 sestier (80%) Peroxid vodíka. V NsP je tiež podľa 43 sestier (86%), najdostupnejší Betadine, podľa 37 sestier (74%) Fyziologický roztok a podľa 27 sestier (54%) Peroxid vodíka s Rivanolom. Podľa Stryju (2008) Peroxid vodíka patrí medzi nevhodné roztoky na aplikáciu do rany, je cytotoxický na granulačné tkanivo a existuje relatívne riziko vzduchovej embólie po aplikácii do hlbokých rán. Rivanol 0,1 -2% je cytotoxický a alergizujúci. Zistili sme tiež, že ako primárne krytie v UN v súčasnosti najčastejšie používajú sestry antiseptické krytia a mulovú kompresiu - 32 sestier (64 %). V NsP sestry najčastejšie označili ako primárne krytie elastickú kompresiu - 30 sestier (60 %). Odpoveď sestier v NsP považujeme za dôsledok nesprávneho pochopenia otázky, alebo nedostatkom vedomostí sestier, pretože elastická kompresia sa nepoužíva ako primárne krytie rany. Táto možnosť na výber, bola v otázke zakomponovaná s cieľom overenia vedomostí sestier. Pokorná, Mrázová (2012) uvádzajú, že antiseptické materiály sú vhodné pre všetky pracoviská, ktoré chcú finančne ušetriť a pritom využívať materiály fázového hojenia rán. Mulová kompresia patrí do terapeutickej skupiny tradičného krytia na rany. Tento typ krytia má množstvo nežiaducich účinkov ako je macerácia okrajov rany, adhézia a vysušovanie zdravého granulačného tkaniva, pri výmenách sa môžu poškodiť epitelizujúce okraje rany, v rane ostávajú zostatky vlákien,... Kontraindikáciou použitia tohto typu krytia je dostupnosť vhodnejšieho krytia (Stryja, 2008).

Z odpovedí sestier je zrejmé, že v UN sa viac používajú prostriedky modernej terapie rán ako v NsP. Pretože aplikácia masť, pást a tinktúr do rany a jej okolia prevažuje v NsP spomedzi uvedených metód liečby rán, ktorý bol uvedený v dotazníku 48 sestrami (96 %). Tento spôsob liečby tejto patrí ku klasickej terapii rán. Podľa Kopála (2009a) aplikácia rôznych masť, krémov, tinktúr, roztokov a pást, ktorých použitie podlieha často regionálnym zvykom a osobným preferenciám lekára, patrí ku klasickej liečbe rán a defektov. Je

potrebné rátať s účinkom všetkých zložiek prípravku, s interakciou liečiva a pomocných látok. Účinnosť prípravkov nie je objektivizovaná výskumom. Môžu vyvolávať alergické reakcie, maceráciu kože okolo rany. Účinné zložky môžu narušovať činnosť živých buniek v rane, a tak spomaľovať hojenie. Potrebná je častá výmena krytia a ošetrovanie je technicky a v konečnom dôsledku aj ekonomicky náročné. Problematické je zvládnutie exsudátu a zápachu na úrovni, ktorá by umožnila plnohodnotné spoločenské fungovanie pacienta.

V UNM je spomedzi moderných metód, ktorých možnosti sme sestram uviedli je využívaný v liečbe rán najviac V.A.C, ktorý uviedlo 47 sestier (94 %). Je jedným z najnovších prístupov k hojeniu rán dneška (Topical negative pressure..., 2007). Vákuová terapia preukázateľne stimuluje granulačné tkanivo, zlepšuje cirkuláciu krvi v rane, odstraňuje toxíny z rany a podporuje uzatváranie rany. Spoľahlivo zabezpečuje odvod exsudátu z rany a prevenciu prenosu infekcií pomocou uzavretého systému. Obmedzuje riziko nákazy a opuchu rany (Podtlaková terapia..., 2012).

Za najväčšiu bariéru využívania moderných prostriedkov v liečbe rán sestry v UN, rovnako ako sestry v NsP, považujú nedostupnosť materiálov modernej terapie, čo zrejme súvisí s počiatočnou finančnou náročnosťou. Túto príčinu uviedlo 26 sestier (52 %) v UN a 39 sestier (78 %) NsP. V iných prieskumoch sestry uvádzajú rôzne príčiny ako najväčšie bariéry. Napríklad u Dvořákovéj (2011) 84,6 % sestier uviedlo ako najväčšiu príčinu financie.

K tomuto cieľu sme stanovili výskumnú otázku, v ktorej sme sa pýtali, či využívajú sestry v Univerzitnej nemocnici a v Nemocnici s poliklinikou viac prostriedky tradičnej terapie v liečbe rán oproti prostriedkom modernej terapie. Na základe našich výsledkov a zistení, ktoré sú v súlade so zisteniami iných autorov, môžeme odpovedať na túto otázku, že v Univerzitnej nemocnici a v Nemocnici s poliklinikou stále prevažujú prostriedky tradičnej terapie v liečbe a ošetrovaní rán.

Záver

Incidencia rán a to najmä chronických rán, v klinickej praxi má v súčasnosti stúpajúcu tendenciu. Zvyšujúci sa počet úrazov, predlžujúci sa ľudský vek, a nárast polymorbidity sú hlavnými príčinami zvyšovania počtu pacientov s najrôznejšími typmi rán (Wald, 2002). V Európskej Únii 491 miliónov ľudí trpí nejakým typom rany. Ročný výskyt je 8/1000 obyvateľov. V nemocniciach 5 - 50 % akútnych lôžok je obsadených pacientmi s otvorenými ranami. Okolo 55 - 60% z nich, sú neliečiteľné rany (infikované chirurgické rany, dekubity, vredy nôh a predkolení).

Starostlivosť o pacientov s akoukoľvek ranou tvorí bežnú náplň práce sestry. Aby túto činnosť vykonávali sestry skutočne odborne, musia mať nielen dostatočné vedomosti, ale aj zručnosti. Predpokladom pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti ošetrovania rán je, aby súčasná ošetrovateľská prax vychádzala z najnovších výsledkov a dôkazov získaných výskumom.

Príspevok je podporený projektom KEGA 050UK-4/2013 Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii

Literatúra:

- DVOŘÁKOVÁ, A. 2011. *Znalosti všeobecných sester o moderních způsobech léčby chronických ran*: Diplomová práce. Brno: MU, 2011.125 s.
- KOPÁL, T. 2009a. Klasická a vlhká terapia vredu predkolenia. In *Dermatológia pre prax*. [online]. 2009, roč. 3, č. 2 [cit. 2012-12-29]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf view&pdf id=3838>
- MRÁZOVÁ, R. a kol. 2012. Možnosti v hojení ran. In *Medicína pro praxi*. [online]. 2012, roč. 9, č. 2 [cit. 2012-08-24]. Dostupné na internete: http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/02/1_1.pdf
- Podtlaková terapie podporuje hojení. In *Vivano*. [online]. 2012. Hartmann - Rico. [cit. 2013-04-05]. Dostupné na internete: <http://cz.vivanosystem.info/20805.php>.
- POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. 2012. *Kompendium hojení ran*. Praha: Grada, 2012. 198 s. ISBN 978-80-247-3371-5
- SIAKELOVÁ, A. 2013. *Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch v kontexte starostlivosti o rany*. Diplomová práca. Nitra: UKF, 2013.81s.
- STRYJA, J. 2008. *Repetitorium hojení ran*. Semily: GEUM, 2008. 197 s. ISBN 978-80-86256-60-3
- Vyhláška MZSR č. 364/2005 ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom*
- WALD, M. 2002. Hojení ran za patologických podmínek. In *Interní medicína pro praxi*. [online]. 2002, roč. 14, č. 10, [cit. 2012-09-1]. Dostupné na internete: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2002/10/04.pdf> ISSN - 1803-5256

Korešpondencia:

PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.
Katedra ošetrovatel'stva FSVaZ UKF
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika
Email: jmesarosova@ukf.sk

HOJENIE RÁN VČERA A DNES

Eva Hrenáková

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav ošetrovateľstvá
Univerzitná nemocnica Bratislava, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny

Súhrn:

Autorka poskytuje v príspevku pohľad na liečenie rán od prehistorických období po dnes a na postupnosť zmien, ktoré prebiehali v liečbe a ošetrovaní rán.

Kľúčové slová:

Liečba rán; Ošetrovanie rán; Chirurgia; Vojnová chirurgia.

Úvod

Liečba a ošetrovanie rán prešlo rozsiahlymi zmenami od prehistorických období po dnešnú modernú dobu. Ošetrovanie rán úzko súvisí s rozvojom chirurgie, hlavne s rozvojom vojnovéj chirurgie. Práve vojnová chirurgia a jej postupy ošetrovania rán v rôznych obdobiach sa výrazne podpísala na spôsobe ošetrovania aj v civilnej medicíne a postupoch. A v konečnom dôsledku sa mnohé liečebné postupy prebrali z dávnej histórie a v priebehu rokov sa ku nim neustále vraciame s malými obmenami.

Stopy hojenia rán môžeme nájsť na kostrových nálezoch, ktoré sú staré aj 10000 rokov. Najstarší zápis na hlinených doštičkách, ktorý sa týka hojenia rán, pochádza z Mezopotámie a je starý 4000 rokov. (Chottová, 2012, s. 16)

Podľa Zemana sa v starších lekárskejších spisoch prekladalo slovo chirurgia ako ranhojičstvo a chirurg bol vlastne ranhojičom. (Zeman, 2011, s.17) Prvými písomnými dokladmi o prevádzaní chirurgie ako odboru sú spisy zo starého Egypta, ktoré nesú názov podľa svojho objaviteľa papyrus Edwina Smitha. Údajne vznikol z knihy pochádzajúcej z doby 3000 rokov p. n. l., ale v inom zdroji je uvedený údaj okolo roku 1550 p. n. l. , kde sa píše, že bol chirurgickou knihou o jazvách a zraneniach. (Jelanskij, 1953, S. 28) V dokumente sú okrem iného aj návody na liečbu rán.

Zvlášť zaujímavý bol spôsob ošetrovania rán priložením kúska čerstvého mäsa. Priložený obväz mal vyvolať aktívne hnisanie. Vtedajší lekári sa snažili urýchliť hojenie stimuláciou hnisania. Krv z čerstvého mäsa je v podstate cudzorodou bielkovinou, ktorá pôsobí formou popudovej liečby, ranu udržuje vlhkú a súčasne ju chráni pred mechanickou traumou. Liečba súčasne obsahovala rituálne prvky prevádzané liečiteľmi a bola zmesou náboženských, medicínskych a magických praktík.

Najstaršie návody k liečbe a predpisy pre prípravu obkladov a masť i ďalších liekov s vnútorným a vonkajším použitím pochádzajú z doby okolo 2100 – 2000 p. n. l. (Schott, 1994, s.16) „ Najskôr vypáliš na ohni korytnačí pancier a rozdrvíš ho v mažiari. Okraje rany pomazeš olejom a nanesieš prach z panciera. Potom si zabezpečíš pivo dobrej kvality a povrch rany umyješ pivom, ďalej môžeš poranené miesto umyť aj čistou vodou. Ranu potom prekryješ obkladom, ktorý bude pripravený z drveného cyprusového dreva. Tento sumersky napísaný návod patrí k najstarším uchovaným receptom v dejinách ľudstva. (Schott, 1994, s. 23)

Prehistorický léčitel používal k ošetřování rany prostriedky, ktoré boli bežne dostupné, najčastejšie rastlinného pôvodu, napr. listy, kôra stromov, lišejníky, blato. Ako tlakový obväz slúžili povrázky stočené z hlohu, ktorými sa znižovala sekrécia z rany a zastavovalo sa krvácanie. Skoré civilizácie starodávneho Egypta používali k lokálnemu ošetřovaniu zvierací trus, med a živicu, ktoré mali súčasne hemostatický účinok, kadidlo a myrhu ako deodorant a konečne antibakteriálne pôsobiacu ortuť. K čisteniu rany boli najvhodnejším prostriedkom voda a mlieko. Lekári starého Egypta už poznali prednosti vlhkých prostriedkov u znečistených a infikovaných rán. Ku krytiu používali pláténé obvazy máčané v mlieku kozy, fixácia rany sa robila glejovým obväzom (obdoba dnešného zinkogleja) a pláténym obväzom impregnovaným pastou z jačmennej múky, smotany, medu a podobných substancíí. (Pospíšilová, 2005)

Pravekí liečitelia používali inštinktívne liečebné postupy, ako je lízanie a vysávanie rán, ochladzovanie zapálených miest, odstraňovanie kožných parazitov. V Mezopotámii sa liečilo prírodnými prostriedkami z ríše rastlinnej, živočíšnej a minerálnej. Lieky takto pripravené, napr. z tymiánu, jačmeňa, ďatlovníka, kamenca, medi a iné sa užívali vnútorne alebo vonkajšie v obkladoch na ranu. V Číne sa na zle hojace odreniny aplikovala slonia koža. (Chottová, 2012, s 16 – 17)

Aurelius Cornelius Celsus (53 p. n. l. – 7 n.l.) encyklopedista pôsobiaci v starovekom Ríme, popísal štyri známky zápalu: dolor, calor, tumor, rubor, o niečo neskôr bolo pridané functio laesa. (www.hojeniran.cz)

V staroveku sa s obľubou používali masti a balzamy. Bohužiaľ veľká úmrtnosť na sepsu pri infekcií nútila skôr k včasnému odstráneniu postihnutej končatiny. Ako krytie sa používala tkanina – súkno a neskôr plátno. Hojivé prostriedky boli byliny čerstvé ako aloe, skorocel, podbel, pripravené výťažky z listov, stoniek a semien, ktoré sa vo forme balzamu prikladali na ranu. Dezinfekcia rán sa robila oplachom vodou, vypálením horúcim železom a balzam mal potom ranu chrániť pred následnou infekciou. Celulóza a bavlna dala vznik dnešnému krytiu. Ich poslaním bolo nasávanie sekrétu, ale aj vytvorenie vzdušnej vrstvy, ktorá bránila mechanickému znečisteniu a do istej miery prieniku infekcie. Používala sa gáza napustená vazelínou (mastný tyl). V staroveku sa k hojeniu rán používal med a živica. Egyptania používali zmes medu, krvi vtákov a múch, ovocnej šťavy a rozdrvených semien. (www.onko.cz)

História a vývoj liečby a ošetřovanie rán a poranení úzko súvisí okrem iného aj s vývojom chirurgie ako takej. V dnešnej dobe sa snažíme získať viac kompetencií v liečbe a ošetřovaní rán, ale v predošlých obdobiach to bola doména výlučne chirurgov a ranhojičov. Veľmi veľa sa dozvieme o ošetřovaní rán vo vojnových podmienkach. „Vo vojskách starého Egypta sa robili trepanácie a rany sa obväzovali. V starých indických prameňoch sú záznamy o ranách, odstraňovaní striel (dokonca pomocou magnetov), o šití rán. Rany sa zašivali ľanovými a konopnými niťami, konskými vlasmi z hrivy, niťami zhotovenými zo šliach zvierat a konca čriev sa spájali hryzadlami čiernych mravcov. V Homérovej Iliade sa hovorí o odstránení strely z rany, jej vymytí vodou a obväzovaní. Hippokrates liečil rany vínom a kamencom, teplou vodou a octom, kľudom, pri preväzoch doporučoval zachovávať čistotu a nedotýkať sa rany rukami a v podstate presadzoval vlhký spôsob hojenia rán. (Beneš, 1980, s.11) Zároveň ako prvý pochopil význam kompresívnej terapie v liečbe pacientov s bérčovým vredom venóznej etiologie. (Stryja, 2011, s. 20) Za rímskeho panstva Galén dával prednosť obväzom s vínom pre jeho vysušujúci účinok, s pšeničnou múkou a morskými hubami nasiaknutými olejom alebo vínom. V ďalšom období po páde rímskej ríše, kedy lekárstvo ovládli Arabi, sa

začali v liečbe rán používať nové lieky, napr. terpentín, jašteričí trus, holubia krv, rany sa pokrývali šalviou a rôznymi masťami. Vo vojnách, ktoré viedol Július Caesar, každý vojak mal pri sebe materiál k obväzovaniu rán. Za cisára Tibéria boli zriaďované vojenské lazarety (valetudinária) s lekársym a ošetrovateľským personálom. (Beneš, 1980, 11 – 12)

V stredoveku bola na výslni arabská chirurgia, ale panstvo katolíckej cirkvi nedovolilo jej rozšírenie do západnej Európy. Liečenie rán prevzali bradýři /holič, lazebník, ranhojič/. S rozvojom destilácie v 13. storočí sa začal používať alkohol, ktorý bol arabským lekárom známy už skôr. Prevládalo vypaľovanie rán vriacim olejom, zavádzanie rôznych prostriedkov, napr. chumáčov vlasov. Po zavedení strelných zbraní (1338) sa zmenil charakter vojnových poranení a do rán sa začali hojne podávať antiseptické prostriedky. Takmer všetky rany hnisali a hnisanie sa umelo vyvolávalo. (Jelanskij, 1953, s. 59 – 60) V stredoveku sa verilo, že strieborné mince čistia pitnú vodu a tom sa okrem iného vyplachovali aj rany.

Okolo roku 1306 začal písať dvorný chirurg francúzskeho kráľa Henri de Mondeville spis Chirurgia, v ktorom na základe svojich skúseností poľného chirurga poukázal na prednosti nehnisavého liečenia rán, vytvoril nové metódy vyberania cudzích predmetov z rany a zaoberal sa spôsobmi zástavy krvácania. (Schott, 1994, s. 105) V 14. storočí sa začali v strednej Európe zakladať kúpele, kde prebiehalo aj ošetrovanie čerstvých rán a púšťanie žilou felčiarimi, poprípade chirurgmi. (Schott, 1994, s. 109) Okolo roku 1364 francúzsky anatóm a chirurg Guy de Chauliac okrem iného doporučoval obvazy z olovených plátov na bércové vtedy. Hnis z rany a v rane pokladal za čistiaci prostriedok. Popísal tiež amputáciu končatiny jej podviazaním. (Schott, 1994, s. 112 , s. 114) Okolo roku 1400 sa doporučoval ľudský moč na rany, výražky i ako skrášľujúci prostriedok (ženy si v ňom máčali vlasy pre bujný rast). (Schott, 1994, s. 116)

V 15. storočí sa ujali liečby rán opäť chirurgovia. Rany boli považované za otrávené prachom a dlhú dobu sa používali k ich liečeniu rôzne empirické prostriedky. Rany sa väčšinou tampónovali. Významný nemecký chirurg Paracelsus (1493 – 1541) prispel k liečeniu strelných rán tým, že zakazoval umelo vyvolávať hnisanie, sondovať ranový kanál a pevne ranu tampónovať. Ambroise Paré (1517 – 1596) doporučoval ranu rozraziť, nepoužívať vriace oleje a horúce železo, ale vymyť ju sublimátom a zašiť. Zaviedol novú ligatúru ciev v rane. Doporučoval zmenšiť počet prevázov na najmenšiu mieru. Paré sa ako prvý zmieňuje o čistení otvorených rán larvami hmyzu. Ku zlepšeniu hojenia rán používal strieborné plátky. (Stryja, 2011, s. 20) William Steward Halsted (1852-1922) v roku 1895 použil strieborný drôt pri operácií hernie ako prevenciu infekcie a recidívy. Používal aj striebornú fóliu ku kontrole pooperačnej infekcie. V 19. storočí slúžil roztok AgNO₃ ako antiseptikum u popálenín. (Stryja, 2011, s. 20)

Talianskí vojnoví chirurgovia doporučovali odstrániť z rany projektily, cudzie telesá a nekrotické tkanivá. Avšak zavádzanie prstov do rany, jej sondovanie a rozširovanie viedlo k rozvoju infekcií a k nutnosti často amputovať končatinu. Pokrok v ošetrovaní rán priniesol W. Harwey (1649) objavením krvného obehu a Morel (1674) zavedením škrtidla. V ruskej armáde mali vojenská lekári v 17. storočí špeciálne brašne s inštrumentmi, škrtidlami, niťami, mandragorou, ópium a inými prostriedkami. V 18. storočí francúzsky chirurg Ludvíka XV. Henry Ledran (1685-1770) doporučoval prvotnú discíziu rany za tým účelom, aby sa úzka štrbina premenila v širokú kónusovú dutinu a predišlo sa tým komplikáciám, ktoré, podľa neho, vznikajú ako dôsledok nahromadeného výpotku. Chirurg armády Fridricha Veľkého J. U. Bilguer (1720-1796) na základe skúseností zo „sedemročnej vojny“ rezolútne vystúpil proti amputáciám, ktoré ale naďalej zostali hlavným chirurgickým výkonom. Zároveň

dosiahol znamenitých výsledkov pri liečbe rán. Používal metódy širokého otvorenia s tamponádou rany tampónmi s gáfvým liehom, extraktom myrhy a amoniakom. (Jelanskij, 1953, s. 59) V období napoleónskych vojen Jean Dominique Larrey (1766-1842) doporučoval ranu včas hlboko vytnúť a drénovať, čo sa označovalo ako „debridement“. V priebehu 19. storočia došlo k veľkému rozvoju medicíny. Napriek tomu po chirurgickom zákroku sa rany nechávali otvorené a proti hnisaniu sa používali rôzne chemické prostriedky: resinový olej, terpentín, myrha, peruviánsky balzám, med, alkohol, glycerín, jód, chloritan ortuťnatý, dusičnan strieborný (lapis infernalis), hypochlority...(Beneš, 1980, s. 13)

Do tohto obdobia spadá aj činnosť zakladateľa modernej vojnovnej chirurgie , ruský chirurg Nikolaj, Ivanovič Pyrogov (1810-1881). Tvrdil, že veľká časť ranených nezomiera na následky poranenia a operácie, ale na nemocničnú infekciu. Nepoznal mikrobiológiu, ale zistil význam infekcie vo výskyte komplikácií. Zaviedol , okrem iného, vo vojne sesterskú službu, narkózu, sadrový obväz. Ďalší ruský chirurg K. Rejer zaviedol ako prvý do vojnovnej chirurgie zásady Listerovej antisepsy a Semmelweisovej antisepsy spoločne s aktívnym chirurgickým ošetrením rany v celkovej narkóze. Názory P. Friedricha, že strelná rana je primárne infikovaná a že vyžaduje excíziu a drénovanie, sa naplno začali uplatňovať až v priebehu prvej svetovej vojny. (Beneš, 1953, s. 14) Vo všetkých učebniciach a príručkách všeobecnej aj vojnovnej chirurgie posledných rokov sa hovorí o prvotnom vyrezaní podľa Friedricha s priložením prvotného alebo prvotného odloženého stehu ako o ideálnej metóde. (Jelanskij, 1953, s. 60)

V 18. storočí navrhol Le Grand vyrezať zhmoždené tkanivá na okrajoch rany. Ale v pracovných podmienkach tej doby, v predantiseptickom období, nemohol taký radikalizmus – pre ťažkú infekciu – byť trvalo úspešný. Preto sa v 18. a 19. storočí začali rozmáhať amputácie. Začiatok prvej svetovej vojny s ťažkými poraneniami a vysokým percentom poranenia črepinami viedol k revízií metódy liečenia rán a na chirurgickom zjazde v Bruseli v roku 1915 Garré naliehavo vyžaduje povinné vyrezanie strelných rán. Výsledky boli lepšie, ale stále nie uspokojivé a ďalšia etapa bola návratom ku antisepe. Carrelom a Dakinom navrhnutá metóda liečenia 0,5% roztokom natria hypochlorosa (trvalé i periodické zavlažovanie rán po širokom otvorení) dala dobré výsledky. (Jelanskij, 1953, s. 59 - 60)

Od roku 1915 sa začal postupne uplatňovať aktívny prístup k otvoreným poraneniam. Používal sa častejšie prvotný odložený a druhotný steh rany. Zdokonalila sa chirurgická technika, technika narkózy, zaviedla sa profylaxia tetanu, používali sa krvné transfúzie a infúzne roztoky, zaviedla sa sterilizácia nástrojov teplom, používanie gumových rukavíc. (Beneš, 1980, s. 14 – 15)

Ďalší pokrok vo vývoji obväzov bol zaznamenaný v dobe 1. svetovej vojny, kedy bol vyvinutý „ tyl gras“ – gázový obväz napustený parafínom, ktorý bol prvým predstaviteľom nízkoaderentných obväzov. (Pospíšilová, 2005)

V období medzi dvoma svetovými vojnami v Sovietskej armáde zaviedli profylaxiu proti tetanu a anaeróbnej infekcií, liečenie infikovaných rán sulfonamidmi a neskôr antibiotikami, liečba kyslíkom...Boli prepracované otázky liečby popálenín, prevencie a liečby omrzlín, taktika pri ošetrovaní rôznych častí tela.“ (Beneš, 1980, s. 11-15)

Robert Koch (1843 – 1910) objavil stafylokoky hnise v roku 1878. V 19.storočí slúžil roztok AgNO₃ ako antiseptikum u popálenín. V roku 1928 bol významný objav PNC Alexandrom Flemingom (1881-1955). Nové antibiotiká začali paradoxne vytláčať z liečby chronických

rán debridement a lokálně antiseptiká. Od 1968 začal Fox používat k lokálnímu ošetření rán krém sulfadiazinu stříbra. (www.hojeniran.cz)

Pri vzniku tzv. vlhkej terapie rán stál profesor Winter, ktorý v roku 1962 ako prvý popísal, že udržiavanie rany vo vlhkom stave urýchľuje reepitalizáciu. Prvou skupinou moderných krytí na sekundárne hojace sa rany boli hydrokoloidy, ktoré sa používajú v praxi od 70. rokov 20. storočia. Vzhľadom k narastajúcej rezistencií baktérií na antibiotiká dochádza k renesancii využitia stříbra v hojení rán. (Stryja, 2011, s. 20 - 21) A sortiment sa po dnešnú dobu výrazne rozšíril a zaplnil trh. Napriek tomu je mnoho odporcov metódy vlhkého hojenia rán a naďalej si razia teóriu „rany treba sušiť.“ Môžeme si byť istí, že raz bude o nás niekto písať a poučí sa z našich chýb.

Záver

Pri poohliadnutí sa do histórie nedávnej aj dávno minulej ja nám jasné, že myslenie ľudí v oblasti liečby rán sa v priebehu rokov postupne menilo a prechádzalo obmenami. Aj keď nájdeme obdobia, v ktorých sa rany liečili podobným spôsobom, ako to robíme dnes my. Alebo aspoň ako by sme to mali robiť. Pre nás zdravotníkov je zaujímavé sledovať postupný vývoj a pokroky v medicíne a aspoň sa môžeme poučiť z chýb našich predchodcov.

Literatúra:

- BENEŠ, A. (1980) *Chirurgie*, Praha: Naše vojsko, 1980, 366 s.
- CHOTTOVÁ, H. (2012) *Vývoj ošetrovateľské péče u pacientů s dekubity*, Bakalárska práca. Plzeň 2012, 63 s.
- JELANSKIJ, N. N. (1953) *Válečná chirurgie*, Praha: Naše vojsko, 1953, 360 s., preložil Jan Pešek
- SCHOTT, H. (1994) *Kronika medicíny*, Praha: Fortuna Print, 1994, preklad z nemeckého originálu, 648 s., ISBN 80-85873-16-8
- STRYJA, J. et al (2011) *Repetitorium hojení ran 2*, 1. vyd. ©GEUM, 2011, 371 s., ISBN 978-80-86256-79-5,
- ZEMAN, M. et al (2011) *Chirurgická propedeutika*, 3. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s., ISBN 978-80-247-3770-6
- POSPÍŠILOVÁ, A. *Léčba chronických ran – včera, dnes a zítra*, [cit. 2013-08-01]. Dostupné na internete <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/lecba-chronicky-ran-vcera-dnes-a-zitra-167128>
- Mezníky v historii ranhojičství*, [cit. 2013-08-20]. Dostupné na internete <http://www.hojeniran.cz/teorie/historie.aspx>
- LIGA PROTI RAKOVINĚ BRNO, *Historie ošetřování ran*, posledná aktualizácia 2009 [cit. 2013-08-08]. Dostupné na internete <http://www.onko.cz/lekar-historie-oseetrovani-ran/>

Korešpondencia:

PhDr. Eva Hrenáková
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Mostní 5139
760 01 Zlín
Email: hrenakova@fhs.utb.cz
eva3434@gmail.com

VYUŽITÍ VAC SYSTÉMU V CHIRURGII

Jan Pastor

III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek vysvětluje princip a funkci VAC systému včetně návodu k jeho aplikaci a obsluhování, dále shrnuje jeho indikace a kontraindikace s přihlédnutím k využití ve všeobecné chirurgii.

Klíčová slova:

VAC systém, Chronické rány, Pooperační komplikace ranné

Úvod:

Poruchy hojení operační rány jsou jednou z nejčastějších pooperačních komplikací, většinou podmíněné infekcí. Rána se pak hojí per secundam – granulací od spodiny a epitheliasací z okrajů. Standardním způsobem ošetřování je hojení pomocí vlhkého krytí rány. Ještě efektivnějších výsledků lze dosáhnout použitím VAC systému.

Vlastní text:

VAC (z anglického vacuum assisted closure) představuje způsob krytí a ošetřování rány vytvořením kontrolovaného a rovnoměrného podtlaku v ráně. Principem je aplikace polyurethanové pěny do rány, její překrytí adhesivní neprodyšnou průhlednou folií a připojení ke zdroji podtlaku, který současně odvádí a jímá sekret z rány. Vzniká tak uzavřený systém, zajišťující vlhké prostředí v ráně, sblížující její okraje a chránící před kontaminací ze zevního prostředí. Mechanismus účinku VAC systému je dvojitý – odsáváním exsudátu zlepšuje lokální mikrocirkulaci (snížení intersticiálního edemu a tlaku se zlepšením perfuse a oxygenace), snižuje bakteriální nálož v ráně a odvádí enzymy nepříznivě působící na hojení rány (proteasy) a mechanickým účinkem podporuje proliferaci buněk (fibroblastů, keratinocytů a endothelií). Důsledkem je působení na všechny složky hojení rány – čištění rány, tvorbu granulační tkáně a epitheliasaci.

Indikací jsou jak akutní tak chronické rány. Ve všeobecné chirurgii jde především o defekty ischemické a při syndromu diabetické nohy, sekundárně se hojící pooperační dehiscence (laparotomie) a dekubity, v traumatologii o úrazové ztráty měkkých tkání, defekty po fasciotomiích a popáleniny, v kardiochirurgii se tímto způsobem úspěšně řeší osteomyelitidy sternu.

Kontraindikacemi jsou malignita v ráně, obnažené cévy a orgány na spodině rány, píštěle a suché nekrosy. Relativní kontraindikací je krvácivost. Komplikacemi VAC systému jsou bolesti (řešené analgetiky a/nebo snížením podtlaku), rozvoj infekce v ráně a netěsnost v systému, často podmíněná podtékáním sekretu pod krycí folii.

Režim podtlaku lze nastavit kontinuální (základní hodnota je -125 mmHg) nebo intermitentní (u něho se uvádí větší účinnost na hojení), většinou prvních 48 hod používáme kontinuální podtlak a poté přecházíme na intermitentní režim. Frekvence převazů závisí na množství sekretu a na stavu rány (zápach, známky infekce), doporučuje se po 2-3 dnech, tento interval lze prodloužit až na 5-7 dní.

Závěr:

VAC systém je v současnosti jedním z neefektivnějších způsobů hojení akutních i chronických ran napříč chirurgickými obory. Spojuje výhody vlhkého krytí rány a uzavřeného systému, působí na všechny složky hojení rány, které je tak rychlejší a pro pacienta méně zatěžující (včetně nižší četnosti převazů). Lze jej kombinovat s ostatními způsoby ošetřování rány (např. chirurgická nekrektomie či částečná resutura při převazech). Lze jej využívat jak za hospitalisace, tak v ambulantní péči.

Podpořeno projektem MZ ČR – RVO, FN Motol 00064203

Literatura:

TOPORCER T., RADOŇÁK J.: Podtlakové uzatváranie rán – nové poznatky a možnosti aplikácie, Časopis lékařů českých, 2006, 145, č. 9, 702-707
DRÁČ P., FIALOVÁ J., ZÁLEŠÁK B., MOLITOR M., MROZEK Z., SEDLÁK P.: VAC terapie v léčbě traumatických defektů měkkých tkání, Praktický lékař 2008, 88, č. 7, 413-416
BÉM R., FEJFAROVÁ V. JIRKOVSKÁ A.: Terapie syndromu diabetické nohy pomocí řízeného podtlaku, Praktický lékař 2006, 86, č. 5, 268 – 270

Korespondence:

MUDr. Jan Pastor
III. chirurgická klinika 1.LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: jan.pastor@fnmotol.cz