



**Fakultní nemocnice v Motole
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
Česká asociace sester – Region Motol Praha**

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XVI.

recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí

Daniel Jirkovský (EDs.)



Fakultní nemocnice v Motole, 18.09. 2014

ISBN: 978-80-87347-17-1

Název publikace:

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

Editor:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Recenze:

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

PhDr. Hana Nikodemová

PhDr. Šárka Tomová

Vydala:

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

jako svou 18. publikaci.

Počet stran:

227

Vydání:

první, Praha, 2014

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: 978-80-87347-17-1

OBSAH:

Nováková Jana, Jirkovský Daniel Slovo úvodem	<i>str.</i> 5
Kořa Jaroslav Vybrané problémy s profesionalizací ošetrovatelství na prahu 21. století	6
Nováková Jana, Vlachová Marie, Mistrík Gustav Nové technologie v komunikaci	26
Jirkovský Daniel Sociální status ošetrovatelské profese v ČR	31
Růžičková Martina Profese sestry očima studentů medicíny	37
Jirkovský Daniel Sociální status ošetrovatelské profese očima studentek bakalářského studia	46
Javůrková Alena Význam neuropsychologie v ošetrovatelství	53
Raudenská Jaroslava Význam a hodnota porodní bolesti	62
Zvoníčková Marie, Svobodová Hana, Samková Petra, Havrda Martin Vzdělávání zdravotníků v péči o nesoběstačné ležící pacienty	75
Morovicsová Eva Možnosti riešenia náročných životných situácií v klinickej praxi	81
Brabcová Iva, Bártlová Sylva, Machová Alena, Voleníková Kateřina Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí	94
Jakobejová Jana, Ilievová Ľubica, Žitný Peter Saturácia sociálnych potrieb v súvislosti s depresiou a kvalitou života u seniorov v inštitucionálnom zariadení	104
Hosáková Jiřina, Kopecká Marie Odborné znalosti sester v péči o pacienty s demencií	112
Puteková Silvia Špecifiká výživy u pacienta s antikoagulačnou liečbou	117
Boroňová Jana Kvalita života pacientov po totálnej laryngektómii pre karcinóm hrtanu	123

Martinková Jana Hodnotiace nástroje problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou	131
Plachá Hana, Žitková Simona Hodnocení rizika pádu u seniorů v domácím prostředí	136
Austová Kateřina, Bradnová Martina Práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé a kasuistiky	146
Strádalová Monika, Botíková Andrea Hojenie rany s využitím podtlakovej terapie - kazuistika	150
Hrenáková Eva, Kala Miroslav, Snopek Peter Vieme polohovať terminálne chorých pacientov/klientov?	160
Buriánková Hana Informovanost veřejnosti o problematice darování kostní dřeně	168
Ilievová Ľubica ECTS - cesta europeizácie a internalizácie vzdelávania v ošetrovatel'stve	179
Bratová Andrea Univerzitné vzdelávanie a psychická pripravenosť zdravotníckeho záchranára na povolanie	184
Knechtová Zdeňka Využití reflektivní praxe ve vysokoškolské výuce ošetrovatelství: příležitosti a úskalí	195
Mesárošová Jozefína, Hlinková Edita, Cuperová Jana Multimediálna e-učebnica ako súčasť vzdelávania sestier	201
Haluzíková Jana Naše zkušenosti s využitím e-learningu ve výuce	206
Bradna Jan Využití interaktivní znalostní hry pro zpětnou vazbu vzdělávání	210
Jirkovský Daniel Další profesní vzdělávání zdravot. pracovníků v oblasti proklientské komunikace, edukace a managementu – investice pro budoucnost	213
Tomová Šárka, Nikodemová Hana Několik poznámek ke vzdělávání sester v oblasti edukace pacientů	217

SLOVO ÚVODEM

Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,

právě jste otevřeli sborník příspěvků z šestnáctého ročníku odborné konference s mezinárodní účastí *Cesta k modernímu ošetřovatelství*, kterou již tradičně pořádala Fakultní nemocnice v Motole, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK v Praze a Česká asociace sester – region Motol Praha dne 18. září 2014. Na konferenci letos spolupracovala Katedra ošetřovatelství Fakulty zdravotnictva a sociální práce Trnavskej univerzity v Trnave a L'Institut de Formation en Soins Infirmiers - l'Institut Hospitalier Franco-Britannique, Levallois Perret (předmětí Paříže). Záštitu nad konferencí převzal ředitel Fakultní nemocnice v Motole pan JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA a děkan 2. LF UK v Praze pan prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc.

V loňském roce konference získala novou podobu, která se, alespoň dle reakcí účastníků, osvědčila. Také v letošním roce byl program i průběh konference více interaktivní než v předchozích letech. Po společném dopoledním bloku věnovanému tradičnímu tématu *Sestra a její profese* se jednání rozdělilo do dvou sekcí, které obsahovaly příklady dobré praxe. Po jejich skončení následovaly tři workshopy věnované rehabilitačnímu ošetřovatelství v prevenci komplikací, faktorům ovlivňujícím výsledky laboratorních a dalších komplementárních vyšetření a možnostem jejich ovlivnění sestrou a inovacím v kvalifikačním a v postkvalifikačním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Smyslem konference je nejen předávat nové poznatky a zkušenosti z ošetřovatelství, ale také poskytovat prostor pro vzájemné setkávání odborníků a často i v neformálních diskusích vytvářet podmínky pro poznávání i sblížování ošetřovatelské teorie s ošetřovatelskou praxí. A tak i díky tomu konference *Cesta k modernímu ošetřovatelství* vždy patřila, patří a doufejme, že i bude patřit, k těm akcím, ke kterým se účastníci rádi vracejí.

Dovolte nám, vážené kolegyně a kolegové, upřímně poděkovat všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky a pasivním účastníkům za vytvoření příjemné atmosféry během celé akce. Děkujeme také všem kolegyním a kolegům, kteří se na přípravě této konference podíleli.

Těšíme se na setkání s Vámi v roce 2015!

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

VYBRANÉ PROBLÉMY S PROFESIONALIZACÍ OŠETŘOVATELSTVÍ NA PRAHU 21. STOLETÍ

Jaroslav Kot'a

Katedra pedagogiky Filosofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Souhrn:

Príspevek je venován základním definicím profesionalizace, zabývá se problémy vzdělaných profesí včetně ošetřovatelství, problémům vzdělávání a specifickým změnám v postmoderní době.

Klíčová slova:

profesionalizace profesí, ošetřovatelství, etický kodex, vzdělání, profesní autonomie, tiché vědění, modernizace, postmoderna.

SELECTED PROBLEMS WITH A PROFESSIONALIZATION OF NURSING AT THE TURN OF 21ST CENTURY

Summary:

The paper is devoted to basic definitions of professionalization, deals with the problems of educated professions including nursing, education issues and specific changes in the postmodern era.

Key words:

professionalization profession, nursing, code of ethics, education, professional autonomy, tacit knowledge, modernization, postmodernism.

U modelu profesionalizace profesí, jehož teoretické základy byly položeny v západní meziválečné sociologii, najdeme hned několik příčin jeho zrodu. První bylo zřejmě rostoucí vědomí, že výklad pomocí terminologie spjaté s rolovým jednáním není s to postihnout složitost a celkovost učených povolání. Tradiční pojetí *role* se postupně ukázalo jako příliš jednoznačně vymezené, neboť tento pojem znamená, že se jedná o soubor požadavků na jedince zastávajícího nějakou společenskou pozici; jde tedy v principu o jednání jedince, které je normované a sankcionované okolím, tedy těmi druhými. Klasické pojetí rolí příliš nepočítalo s aktivitou člověka, jak při utváření vlastního osudu, tak profesního uplatnění – a

tento zjednodušující koncept nahradilo komplexnější a propracovanější pojetí profesionality. Druhým výrazným momentem byla snaha vytvořit takový model, který by umožnil popsat od devatenáctého století prakticky probíhající formování jednotlivých tzv. vzdělaných profesí, resp. umožnit výměr v jakém bodě historicko-sociálního vývoje se ta či ona profese nachází. Právě důraz na dynamiku, ale současně na objasnění základních charakteristik moderních profesí vedly k propracování charakteristik profesionalizace. A tyto charakteristiky byly původně odvozeny od učených profesí, které prošly jako historicky první univerzitní přípravou, a to byly: kněžství, právníctví a lékařství.

Co je to – profesionalizace zdravotních sester?

V průběhu dvacátého století se ukázalo, že na dráhu k profesionalizaci vstoupila celá řada oborů jako např. architekti a mnozí další, k nimž se nakonec přidaly i tři významné zaměstnanecké skupiny, které tah k profesionalizaci zkoušejí završit již od 19 století po několik desetiletí: a to jsou učitelé, zdravotní sestry a sociální pracovníci. Obecně vzato se profesionalizací míní postupná krystalizace zájmových skupin a organizování jejich aktivit. Důležitými prvky této profesionalizace jsou:

- a. dlouhodobá náročná příprava směřující k vysokému stupni obecnosti a systematickosti poznání,*
- b. orientace k zájmům společnosti nadřazené osobnímu sebeuspokojení,*
- c. dosažení vysokého stupně sebekontroly jednání prostřednictvím etického kodexu, který je osvojen v procesu dlouhodobé přípravy a pracovní socializace,*
- d. v neposlední řadě vytvoření systému odměn, které tvoří primární symbolický vzorec pracovních výkonů.*

Základní problém vytvoření teoretického rámce profesionalizace byl od počátku dán snahou badatelů v sociálních vědách vtisknout sociálním či zaměstnaneckým rolím přesnost, která by současně zachytila funkční změny v jejich uspořádání, v jejich vývoji a v jejich odlišném vnímání v různých částech společnosti. Současně se ukázalo, že tento model zdůrazňuje etické aspekty aktivity aktérů, se kterou počítá jako s důležitou komponentou růstu profesionálního jednání.

V množství studií věnovaných profesionalizaci profesí byla vícekrát vyzvedávána historická povaha tohoto procesu, vyznačujícího se zpočátku poměrně *loudavým tempem* změn v profesních praktikách. Teprve časem tento vývoj akceleruje a z nevědomé živelné vstupuje

do vysoce dynamické a reflexivní fáze, v níž se stává vědomým, regulovaným a systematicky kultivovaným procesem. Při profesionalizaci takových povolání jako je ošetřovatelství, jsme svědky toho typu profesionalizace, které se říká „profesionalization from below“, při níž tlakem zdola na státní orgány daná profese posléze donutí vládu a parlament k přijetí zákonů a vyhlášek, a ty postupně mění postavení příslušníků dané profese ve společnosti tzv. nařízením, výnosem či zákonným opatřením shora.

Co je to - profesionalizace? Jaké jsou její typické obecné charakteristiky, které lze vztáhnout na veškeré profesionalizující se profese? To jsou otázky, které byly a dosud jsou v západní sociologii neobyčejně široce tematizovány již od meziválečných dob. Pojetí a speciální role profesionálů totiž vyžadují projasnění, zvláště když je zapotřebí učinit některá rozumná a realistická doporučení pro jejich změny. Podle publikace Carnegieho komise¹ patří mezi základní charakteristiky následující:

- Profesionál je na rozdíl od amatérů zaměstnán na *plný úvazek* v zaměstnání, které mu poskytuje i základní zdroj příjmů.
- Profesionalita předpokládá *silnou motivaci*, nebo *vědomí poslání* jako základ pro výběr profesionální dráhy; důležité je osvojení *trvalého celoživotního závazku* k této dráze.
- Profesionál ovládá *specializovaný soubor vědomostí a dovedností*, které jsou osvojeny v průběhu prodlouženého období vzdělání a tréninku.²
- Profesionálové činí svá *rozhodnutí pouze v zájmu klienta* a aplikují je v partikulárních případech s ohledem na obecné principy, teorie, nebo propozice, což znamená, že *posuzují proměnlivé situace podle "univerzálních" standardů*.
- Profesionál je bytostně *orientován na služby*, neboť užívá své expertízy pro partikulární zájmy svého klienta a jeho služby vyžadují zvládnutí diagnostických dovedností, *kompetentní aplikace obecných znalostí* při speciálních potřebách klienta a *absenci vlastních zájmů*.
- U profesionálních služeb se předpokládá, že budou založeny na objektivních potřebách klienta a budou vykonávány *nezávisle na osobních pocitech*, které profesionálové mohou mít ve vztazích ke svým klientům.

¹ Carnegie commission je nadace zřízená pro financování badatelských aktivit v oblasti vyššího vzdělání a vydává prestižní řadu publikací z této oblasti.

² Dnes je to v podstatě požadavek vysokoškolského vzdělání u profesionálů.

- Profesionálové nabízejí "objektivní" diagnosy a klienti očekávají, že jim ti jim otevřeně sdělí veškeré podstatné záležitosti, které se jich dotýkají; od profesionála se v rámci jeho smluvních povinností očekává *nezaujatost a odmítání morálních posudků* v záležitostech, které může osobně prožívat při klientových odhaleních. Profesionální vztahy spočívají na *vzájemné důvěře* mezi profesionálem a klientem.
- U profesionálů se předpokládá, že budou mít odstup a lepší vhled do situace či problémů svého klienta, než klient sám. Platí rovněž, že profesionál vyžaduje autonomii při posouzení vlastních výkonů. Jestliže jeho klient není uspokojen, profesionál *bude zásadně vyžadovat k posouzení svých výkonů své kolegy*. Protože tento požadavek vychází z profesionální autonomie, klient je v potenciačně zranitelné pozici. Jak může vědět, zda je podveden, nebo poškozen? Profese počítá s jeho možnou zranitelností při vývoji silných etických a profesionálních standardů pro své členy. Takové standardy mohou být vyjádřeny jako *kodeks chování* a ten je obvykle vynucován od kolegů v profesionální asociaci, nebo prostřednictvím licenčních zkoušek vykonávaných u společníků – profesionálů.
- Profesionálové utvářejí *profesionální asociace*, které definují kritéria přijetí, vzdělávací standardy, licenční, nebo formálně vstupní zkoušky, formy kariéry uvnitř profese a oblast pravomocí profese. Konečně také, funkcí profesionálních asociací je *ochraňovat autonomii profese*; profesionální asociace za tímto účelem vyvíjejí *rozumně silné formy sebevlády* a vzorce pravidel, nebo standardů platných pro danou profesi.
- Profesionálové mají velkou moc a status v oblasti svých expertíz, ale o jejich znalostech se předpokládá, že jsou specifické. Profesionálové *nemají univerzální licenci* na to, aby byli "moudrými rádci" mimo oblast ohraničenou jejich přípravou.
- Profesionálové činí své služby dostupnými, ale *obvykle nepřipouštějí inzerování*, nebo shánění klientů. Od klientů se očekává, že budou iniciovat kontakt a poté akceptují rady a služby doporučené bez odvolání k vnějším autoritám (SCHEIN, E. H., KOMMERS, D. W., 1972, s. 8 – 9).

Shrneme-li uvedené definice, lze uvést, že mezi základní podmínky profesionalizace patří: *vysoká úroveň odborných znalostí, nezávislost expertního posouzení potřeb klienta, obrana proti diletantům, či šarlatánům, vytváření odborných asociací a etického kodexu profese, který umožňuje autonomní posouzení výkonu jednotlivých profesionálů a profesionálek.*

Zvláštností vysokého statusu profesí je i to, co popsal H. L. Wilenski, totiž, že je založen jak na teorii, tak i dlouhé praxi, která spoluvytváří i tzv. "*tiché vědění*" ("tacit knowledge") (WILENSKY, H. L., 1964). Na problematiku tohoto tzv. "tichého vědění" první upozornil Michael Polanyi který identifikoval reziduální elementy, objevující se tam, kde veškeré vědění, které lze vůbec vyložit, již bylo komunikováno (POLANYI, M. 1962, 1970). Získání jak zjevného, tak i tichého vědění vyžaduje dlouhodobý trénink. A ten vede k tomu, že se ve veřejně provozované výchově budoucích profesionálů prosazují pocity úcty i pokorné podřízenosti. Právě taková příprava ovlivňuje utajený mandát pro rozsáhlé cvičení v profesionální obezřetnosti. W. J. Goode naznačil, že to, co máme tendenci pojímat jako "*osobní profesi*" (person profession), tj. právo, kněžství, lékařství, ošetrovatelství, učitelství a další, obsahují ve svém statusu nejen vynikající momenty, ale i možnosti potencionální zhoubnosti či škodlivosti, pokud budou užívat nerozlišujících praktik. Ty mohou být přejaty z praktických přístupů, z předsudků, ze soukromého vědění a z angažování se v přátelství či „bratříčkování“ se za účasti vysoce emocionálních vztahů. Proti tomu se ovšem staví ti, kteří otevřeně a oddaně slouží ideálům. Což lze považovat za vysoce efektivní obhajobu profesí (GOODE, W.J. 1970).

Stále platí, že veškeré vědění expertů nemůže být komunikováno a proto profesionální činnost vždy nutně obsahuje jistou dávku profesionální rozvážnosti. Sociolog Goffman upozorňuje také na to, že k profesionalitě patří schopnost rozlišovat mezi tím, co se děje před oponou a co v zákulisí dané profese (GOFFMAN, 1999). K tomu lze dodat, že laikům je nutné jisté typy vysoce odborného a obtížně komunikovatelného vědění zprostředkovat specifickým způsobem, aniž by to pro ně bylo ohrožující nebo příliš zatěžující.

Je vhodné si uvědomit, že některé procesy spjaté s růstem profesionality a profesním sebeuvědoměním nelze uměle urychlit. Jsou to často konflikty s vládou, nadřízenými organizacemi, s veřejností a dnes občas i s médii, které vedou profesní spolky, svazy či korporace k nutnosti vyjasňovat svůj profil, obhajovat specifika profese v době, kdy řada lidí stále projevuje potřebu znesvobodňovat druhé; ukazuje se rovněž potřeba ohrazovat se vůči falešné politizaci profesních svazů a uvědit si, že formování široce organizovaných a dobře fungujících profesionálních organizací vyžaduje delší čas a značné úsilí. A tady se setkáváme s efektem typickým pro polistopadový vývoj, že čas historický plyne daleko pomaleji než náš čas osobní - a proto projevujeme často značnou netrpělivost, že se mnohé dosud nepodařilo uskutečnit.

Je-li základem profesionality otázka vysoce teoretické přípravy umožňující aplikace vědění v jednotlivých případech, pak všichni víme, jak složité jsou v posledních desetiletích diskuse kolem vzdělávání ošetrovatelek. Do této situace, kdy jsme navíc svědky, jak s většími tu s menšími problémy transformuje vzdělávání na všech vysokých školách, zasahuje navíc poměrně rychle se utvořivší loby vyšších odborných škol, které občas zacházejí tak daleko, že jsme se mohli z jejich strany setkat i s naprosto absurdními požadavky na omezení některých vysokoškolských vzdělávacích programů pro sestry. Vytváření konkurenčních antagonismů tam, kde by měla existovat široká spolupráce, je velice nešťastné.

Dále jsme u humánních profesí svědky poměrně vysoce emociální zátěže tam, kde je zapotřebí najít v každodenním provozu vhodnou míru kontaktu s pacienty a současně odstupu, aby jedince nezahltit soucit či lítost, ale současně si udržel potřebnou míru empatie a účasti s trpícími klienty. Patří-li do pracovní náplně ošetrovatelek komunikace s pacienty, pak jde o profesi se stále se stupňujícími nároky na diagnostiku psychického stavu, na rozvíjení smysluplné komunikace a na schopnosti vést dialog i se značně odlišnými typy pacientů. Vedle výcviků se ukazuje potřeba supervize, lepšího sebepoznání a rozvoj odolnosti proti zátěži, stresu či vyhoření. Dnes se v řadě profesí věnuje stále větší pozornost takzvané identitě, sebepojetí, sebeprožívání apod. Je ovšem třeba upozornit, že vedle kultivace a sebepoznání není vhodné ztratit se zřetele ideály a celkový cíl aktivity profesionálů, kterým je v případě ošetrovatelství zlepšení kvality života a zdraví u široké populace.

Dalším stále poměrně vzdáleným cílem v ošetrovatelství je velice pomalá a obtížná změna ve vědomí mnoha lékařů, kteří se na ošetrovatelství dívají prizmatem lékaře z počátku dvacátého století a obtížně si zvykají na myšlenku, že setra bude ve vyspělejších kulturních poměrech jeho partnerkou, ne-li dokonce nadřízenou (Měřička, A. 2014).³ Existují výsledky výzkumů o působení českých medií, která stále v řadě domácích inscenací představují sestry jako naivní, lehce frivolní a někdy i sexy, ale málokdy či téměř vůbec neumí zprostředkovat složitost a náročnost této profese (ČAPKOVÁ, D., 2013).⁴

³ V citovaném článku autor popisuje, jak ředitel nemocnice v Boskovicích po jejím převzetí odstranil ztráty a do roka ji vyvedl z finanční krize a do kladných čísel. Vsadil přitom na sestry manažerky a z vrchních sester udělal strážkyně rozpočtů oddělení.

⁴ Diplomantka uvádí, že "za zmínku zde stojí i vliv masmédií na profesionální image sestry, kdy v dnešní společnosti je vnímání profese všeobecných sester ovlivněno mediálním obrazem. (MIČUDOVA, E. S. 20) Tak, jak se vyvíjela image sester s postupem doby, tak se i měnil pohled veřejnosti na toto povolání. Zlom nastal v té době, kdy se začala zdravotní sestra představovat jako sexuální objekt. V té době získaly sestry pověst romantické, nespolehlivé, promiskuitní, svobodomyslné ženy, navíc bez dávky intelektu a profesionálního chování. Bohužel, v mnoha televizních pořadech a novelách ještě tato image přežívá. (srv. FERNS, T.,

Zmíním okruh vzdělávání budoucích sester, který je mi nejbližší. Pomatuji doby, kdy se vyučující na nově se formujících katedrách ošetrovatelství učili vést diplomové práce, protože na lékařských oborech se tyto typy prací na závěr studia nepsaly. Dnes – po pár desetiletích - vidíme, jak se rozvíjí možnosti nejen skládání rigorozních zkoušek, ale především vysoce náročného doktorandského studia, v jehož rámci je zřetelný posun v ošetrovatelství směrem k výrazně se prohlubující vědeckosti. Když v devadesátých letech minulého století Marta Staňková definovala ošetrovatelství upozorňovala, že „ošetrovatelství se postupně oprošťuje od praktikismu a buduje si samostatnou teoretickou základnu, která sestře umožňuje ošetřovat nemocného nikoliv pouze na základě zkušeností, tradičního a mechanického provádění výkonů, ale na základě poznatků, které jsou výzkumně ověřeny“ (Staňková, 2002, s. 122). Za poslední půlstoletí se odehrál obrovský skok, i když bychom v rámci netrpělivosti byli všichni raději daleko dál.

Analýzy vědění nám v poslední době ukázaly, že žijeme v době, kdy se výrazně prosazují snahy převádět vzdělání na systém kompetencí, které tvoří jakési obtížně definovatelné, uchopitelné a mnohdy nespojité a navzájem neprovázané dílčí praktické dovednosti či elementární předpoklady k další aktivitě. Pojem vědění je přitom odsouván stranou a stává se čímsi neprojasněným a téměř nediskutovaným. Vědění není totožné se schopností složit zkoušky či atestace. Vědění tradičně vždy mělo zčásti ideální charakter v tom, že přesahovalo lidské možnosti; obsahovalo nejen momenty toho, čemu se říká „normální tabu“, ale jak upozornil jeden z filosofů, obsahovalo i především prvky budování vlastní vnitřní osobnosti. Vzdělání znamenalo i utváření subtilního vztahu k ideám, což není nic technického, dokonce, jak ukázal již Platón – vztah k ideji nelze zvládnout technickým postupem, ať již si o tom sofisté či dnešní pragmatici vykládají cokoli.

Dalším momentem je, že provoz soudobé společnosti vyžaduje vysokoškolské vzdělání v řadě oborů. A vysokoškolské vzdělání je dnes natolik složité, že je prakticky nemožné udržet po dobu jeho trvání syntézu vědění z nejrůznějších oborů a navíc dotahovat vědění až do praktické roviny. Proto obory jako ošetrovatelství k udržení profesionality potřebují promyšlený a fungující systém celoživotního vzdělávání, v němž k této integraci či syntéze teoretického vědění s praktickými dovednostmi bude dovedena právě do profesionální roviny. K tomu ovšem patří i to, že k vytváření profesionální autonomie přináleží vždy i obhajoba

CHOJNACKA, I. S. 128 – 129. Výsledkem je identifikace 4 základních portrétů sestry: sestra spásy, sestra bojovnice, pomocnice lékaře a laškovná sestra. (tamtéž)”

vlastních zájmů příslušníků profese proti zásahům z vnějšku: Proti nepřiměřeným požadavkům okolí, proti zbytnělým mocenským aspiracím politických stran, proti zásahům církví a zájmovým neprofesionálních organizací, jakož i proti nepřiměřeným a odborně nepodloženým nárokům klientů. To vše ovlivňuje utajený mandát pro rozsáhlou *kultivaci profesionální obezřetnosti*, která představuje nutnou fázi profesionálního zrání. A tu nelze uspěchat či neuváženě zkracovat, protože její efekty nejsou přesně měřitelné a často ani artikulovatelné.

Od mystéria k demytologizaci

Jak lze snadno nahlédnout, výchozí definice profesionality byly výborně ušity na míru tradičním, starodávným, nebo tzv. vzdělaným profesím. Automaticky se k nim přiřazuje učitelství na vysokých školách. Definice se však v současnosti hodí i k dalším profesím jako jsou architektura, sociální práce, inženýrství, učitelství jako takové, management a další. Podle W. J. Gooda zcela základní obecné charakteristiky profesí tvoří především poměrně vysoká úroveň předběžného teoretického poznání a ideál služby (GOODE, 1960). Podobně též J. A. Jakson klade jako základní ideál služby a upozorňuje, že profesionálové nejsou charitativnější, nebo více zainteresováni než druzí. Spíše je příznačné, že jejich profesionální postavení je dáno tím, že je definováno vzhledem k univerzálním, nebo široce rozšířeným sociálním záležitostem, což vyžaduje specializované vědění, které je zaměřené ke všem jedincům, ale je dostupné jen omezené části expertů. Znalosti těchto expertů se vyznačují mysteriózními kvalitami tajemství a mají normativní ráz. Proto se odborníci či experti zavazují k aktivitám pracujícím s *běžným tabu* (normally taboo), neboť již jejich příprava zahrnuje iniciaci do mystérií. A to je proces, který může být více či méně institucionalizován. Zahrnuje přitom i řadu ritualizovaných praktik jako jsou imatrikulace, zkoušky, promoce, habilitace etc. Přitom některé z faktorů profesionality při analýze mohou vyžadovat *objasnění „stupně kontaktu s elementárními danostmi a s vysoce zatíženým (posvátným) místem v centrálním hodnotovém systému společnosti“* (JAKSON, JA. A., 1970, s. 6 -7.) S čímž se lze zcela jistě setkat právě u tradičních univerzitně vzdělávaných profesí, které se staly proslulými nejen vysokou úrovní vědomostí, ale zřejmě i tím, že vždy pracovaly s tajemstvím života a smrti.

Profesionalizace také navozuje jisté napětí, které se rozvíjí mezi procesy mystifikace (při vytváření neologismů, při výzkumné činnosti a tvorbě poznatků apod.) a jejich demytologizaci. Je jisté, že některé profese jsou schopny lépe zužitkovat svůj monopol podle uvedených definic, než jiné. Stejně tak očekávání magické omnipotence ze strany určitých

klientů může být uvnitř profesní skupiny zdrojem cynických žertů, ale navenek je nepřiznaně v relacích služeb vůči klientům zakalkulováno (uvedme za jiné např. placebo nebo efekt bílých či zelených pláštů). Za normálních okolností mohou jisté skupiny profesionálů vhodným efektivním způsobem získávat od společnosti pověření pro svou exkluzivní pozici odvozenou z etických, vědeckých, posvěcených či z všeobjímajících lidských zájmů, resp. z obecných propozic humánního vztahu ke světu.

Současná pojetí profesionalizace se snaží obcházet tradičně mysteriózní momenty profesí, které je zneklidňují (jako klasický příklad si lze představit šamana předávajícího poselství mrtvých předků), neboť se jim zdají příliš iracionální. Proto naopak zdůrazňují, že i péči o nemocné je třeba zcela racionálně a efektivně rozvíjet dle vzorů, které vyplývají z analýz zaměstnaneckých skupin s již dosaženými profesionálními právy. Pak dochází k mírnému posunu v definicích a bývá zdůrazňováno, že úspěšně dosažený profesionální status spočívá na formálním vzdělání a na autonomii v práci. Zmíněné charakteristiky tvoří samotné jádro toho, co se obecně míní pod pojmem „profese“. Pak lze vyjít i z definice Andrewa Abbotta: „Profese jsou exkluzivní zaměstnanecké skupiny aplikující poněkud abstraktní poznání v partikulárních případech“ (HUGHES, E. C., 1972, s. 7.). Z uvedeného pojetí plyne, že otázka profesionálního statutu bývá opřena i o velmi zjednodušené představy: je zvýrazněna technická kompetence, která je pak zaměňována za technickou autonomii (argumentuje se zde tím, že praktické znalosti slouží kontrole nad praxí).

Zaměstnanecké skupiny procházející emancipačním procesem jsou nuceny rozvinout své mistrovství a formální soustavy znalostí, které nejsou běžně dostupné laikům a poskytují přitom profesionálům kompetence pro vnější péči a partikulární pracovní úkony. Skupiny profesionálů vytvářejí monopol v určitých oblastech své působnosti na základě toho, že pouze ony jsou povolány autorizací určitého druhu aktivit a pracovních činností a disponují od společnosti pověřením definovat přijatelné formy praktik v dané oblasti.

Autoři razící pojetí profesionality argumentují tím, že jak jednotlivé profesionálky a profesionálové, tak společnost budou mít prospěch z naplnění profesionálního programu. Profesionalizující se profese budou vzdělanější, čímž získají vyšší prestiž, atraktivnější příležitosti pro vlastní dynamičtější rozvoj, získají variabilnější a stimulativnější pracovní podmínky - a následně i vyšší platy. Tak vlastně vzniká jakási nová nepsaná „společenská smlouva“ mezi profesionály a societou, která je oboustranně výhodná, pokud profesi společnost bude ochotna poskytnout více kompetencí a umožní jí rychlejší profesní růst, neboť to se jí vrátí v pracovních dovednostech a produktivitě. Ve skutečnosti jde o velice

konformní scénář, který je opřen o argumenty vytvořené systémově-funkcionální sociologií. Popsaný scénář portrétuje profesionalitu jako přirozený průvodní jev modernizace, který je prospěšný jak pro praktiky, tak pro veřejnost. Jiné hlasy nabádají k jisté obezřetnosti a upozorňují, že může jít o vysoce problematickou záležitost, neboť růst profesionality je plný obtíží a veřejný prospěch z takových vymožeností může být za jistých okolností i diskutabilní.

Ošetřovatelství – problém se definicemi a koncepcí vzdělávání

Stojíme-li před úkolem koncepce ošetřovatelství a před otázkami interdisciplinární spolupráce, vstupujeme rázem do metodologické problematiky, z níž se teprve odvíjí řada praktických aktivit, nároků na školení a na vědeckou přípravu budoucích ošetřovatelek, a rovněž se v této oblasti potkáme s otázkami otázky dalšího rozvoje této disciplíny. Všimněte si, že zpočátku hovořím o ošetřovatelství jako o disciplíně, protože tento neutrální termín neříká, zda jde o vědní obor, umění či dokonce jak naznačuje teorie her o určité herní aktivity.⁵ Pojmeme-li ošetřovatelství jako vědní obor, pak je třeba říci, že z éry pozitivismu jsme zdědili některé kritéria vědeckosti, které nelze zcela ignorovat, má-li být nějaká věda jako taková respektována a zařazena do plejády nauk s vědeckým statutem. V první řadě jde totiž o *předmět* této vědy a poté o *metody zkoumání tohoto předmětu*. A již u tohoto prvního kroku narážíme na skutečnost, že zaměření ošetřovatelství se mění s dobou a je, tak jako u jiných disciplín, determinováno společenskými potřebami na straně jedné a celkovém stavu poznání v řadě soudobých věd na straně druhé.

Vrátíme-li se na okamžik do relativně krátké historie moderního ošetřovatelství, pak je vhodné připomenout, že zhruba stoletý vývoj ošetřovatelství koncipovaného jako vědní obor⁶ vedl k tomu, že v definicích oboru se setkáváme s důrazem na čtyři aspekty této disciplíny. A to je zaměření na zkoumané jevy, kterými jsou *osoba, prostředí, zdraví a vlastní ošetřovatelská činnost*. Tím se ovšem dostáváme do poměrně překerní situace, protože klasické definice jakéhokoliv pojmu včetně definic vědních oborů zakazují již od středověku definice kruhem. Tvrdí-li se velmi často, že ošetřovatelství se zabývá „studiem

⁵ Teorie her široce oblíbená v sedmdesátých letech přirovnávala aktivity ve vědních oborech k typům herní činnosti. V ošetřovatelství a celé řadě dalších oborů se počítalo s tím, že lidé hrají určité – hry na život, zdraví, nemoc či smrt. Herní aktivity byly pojímány jako modelové a rozhodně neznamenaly zlehčování či degradaci vážnosti jejich výsledků či dopadů.

⁶ V tuto chvíli nemám na mysli praktickým vzniku a formování ošetřovatelských sborů, ale diskurs je o vědně teoretické základně oboru

ošetřovatelství“, vstupujeme do takového kruhu, jehož existence může naznačovat několik skutečností:

a) jde o poměrně mladou disciplínu s ne zcela projasněným předmětem, což nemusí být překážkou jejího dalšího dynamického rozvoje,

b) ošetřovatelství spadá mezi antropologicky orientované disciplíny, které všechny trpí nejasnostmi v základech, protože zatím se nepodařilo uspokojivě definovat předmět vědy o člověku jinak než kruhem, což znamená, že antropologie a na ní navazující vědy mají zpravidla značné problémy s definicemi vědního profilu své vědy,⁷

3) je otázkou, zda název této prakticky orientované disciplíny nebyl utvořen od počátku velice vágně s tím, že teprve v průběhu věků bude definováno, čím se bude přesně zabývat; vývoj však ukázal, že jde o celou škálu vědních oborů, na jejichž poznatky bude ošetřovatelství nejen navazovat, ale i je dále rozvíjet a aplikovat do praxe.

Dostali jsme se do bodu, kdy je třeba připomenout, že dynamický vznik celého systému věd o člověku se formoval na přelomu devatenáctého a dvacátého století. Bylo vcelku logické, že mnohé rychle se rozvíjející obory se chtěly od počátku připodobnit metodologií a propracovanou exaktností k matematicko-empirickým přírodním vědám, které představovaly jediný tehdy existující model věd; některé o dosažení této exaktnosti a měřitelnosti usilují dodnes. Vývoj tzv. humanitních věd, přesněji *věd o člověku*, však ukázal, že bude třeba výrazně změnit metodologii, neboť na pořad dne čím dál častěji přicházejí disciplíny, které jsou opřeny o interpretační schémata, o nové typy výpovědí, narácí a o hermeneutiku. Namísto výkladu či vysvětlení se v nich tak často setkáváme s problematikou porozumění a problémy jazyka, v jehož narácích formulujeme své pojetí světa, druhých i sebe sama.

Abych nemluvil příliš abstraktně: pokud se ošetřovatelství bude opírat o somatické lékařské disciplíny, tak se vždy může velice rychle přiblížit odosobněné pozitivní medicíně, jak se s ní setkáváme ještě dnes např. v chirurgických oborech. Jakmile ovšem budeme pěstovat ošetřovatelství v rámci péče nejen o tělo, ale i duši pacienta či klienta, pak se rázem ocitneme v odlišném, světě – a to světu výkladů, porozumění, přenosu a protipřenosu, hlubinných analýz, ale i sebepoznání, supervizních náhledů apod. Právě v tom ošetřovatelství navazuje na

⁷ Vědy o člověku jsou disciplíny s antropologickým profilem, přičemž antropologie je vědou s neprojasněným předmětem. Říkáme-li, že antropologie je věda o člověku, pak nejde o definici, ale o překlad definovaného termínu z řečtiny do češtiny a to není skutečná definice, ale projasnění točící se v kruhu. Je-li totiž „předmětem“ antropologie člověk, je třeba říci, že se zatím nepodařilo od antiky až po dnešní časy nalézt uspokojivou definici této bytosti.

odlišnou linii vědění, která má své kořeny v antické péči o duši pěstované na půdě filosofie, etiky, estetiky či starověké a středověké psychologie. Tato tendence pak získala celou řadu nových impulsů po zrodu psychoanalýzy a následně celé plejády psychologických, psychiatrických a psychoterapeutických disciplín a směrů, které se dnes počítají na stovky, někdy dokonce již na tisíce.

Již jsem na konferencích pojmenovaných po Martě Staňkové připomínal, že najít specifika ošetrovatelství je možné tím, že bude vedle medicínské složky výrazně posílena složka péče o lidskou duši, což v praxi znamená dát budoucím sestřím pořádnou injekci s koňskou dávkou humanitních poznatků (KOŤA. J., 2004). Někdo se může pozastavit nad vědním profilem této disciplíny a definicemi, s nimiž se lze setkat v učebnicích, ale právě tady je třeba upozornit na to, že ošetrovatelství není v dnešním světě poznání ničím výjimečným nejasnostmi v základních definicích. To je způsobeno několika faktory. Jednat tím, že v podstatě klasické vědní disciplíny se rozložily do celé řady dílčích oborů. Existuje sociologie⁸ jako taková nebo se s ní spíše setkáváme v podobě základních, hraničních a aplikovaných vědních disciplín, které se stále dále štěpí, liší se svými předměty zájmu, metodologií apod. Nejinak je na tom například psychologie s celou plejádou velice odlišných škol a směrů. Jako další příklad může sloužit diferenciací pedagogických věd, směrů a alternativ. Také ošetrovatelství se bude postupně diferencovat a štěpit ve směry a proudy, což je proces, který lze očekávat, ale velmi obtížně lze předvídat jeho zákruty a peripetie.

Překotný vývoj věd o člověku také ukázal, že klasické dělení věd na přírodní a společenské je neudržitelné a beznadějně zastaralo již v první polovině dvacátého století. Mluvíme pracovně o *vědách o člověku*, protože mnohé již obsahují jak přírodovědné, tak psychologické aspekty. A mezi těmito vědami se v posledních desetiletích objevují obory, které mají analogické problémy se svým vědním profilem, jak se s tím setkáváme u ošetrovatelství. Příkladem může být v poslední době se neobyčejně dynamicky rozvíjející sociální práce a sociální pedagogika. Zažil jsem neobyčejně bouřlivé diskuse, kdy byla kladena otázka, a jak a čím se bude sociální práce odlišovat například od sociologie výchovy, sociální psychologie a některých dalších velmi příbuzných disciplín. Nejasnosti v předmětu této disciplíny mě nakonec přivedlo k tezi, že jde o pracovní či *praktický název oboru*, který se skládá z řady vědních disciplín, z nichž

⁸ Jde o první moderní humanitní vědu koncipovanou A. Comtem již ve čtyřicátých letech 19. století. Auguste Comte byl současně zakladatelem jednoho z nejvýraznějších směrů moderny - totiž pozitivismu - a sociologie

jsou vybrány především ty teorie a poznatky, které umožňují praktickou aktivitu či techniky užívané v oblasti sociální práce či péče o klienty. Můžeme například pracovně definovat ošetřovatelství jako *ochranou, psychologickou a zdravotní péči o pacienta*, abychom se vyhnuli definicím kruhem, ale ve skutečnosti víme, že k naplnění této snahy bude třeba zvládnout nejen základy lékařských oborů, ale i humanitních disciplín jako jsou psychologie a psychoterapie, sociologie, etika a mnohé další. Dokonce tam, kde se sestra setkává s otázkami života a smrti, euthanazie či diskusemi o smyslu lidského života, utrpení či nemoci se tato disciplína dotýká filosofických problémů, předsudků a naráží na nepsané zvyklosti a tradice, otázky společenského vědomí apod. Podobně jako pedagogická, psychologická či jakákoliv další vědní aktivita vyžadují doškolování a přeškolení, tak i ošetřovatelství jako takové bude z povahy svého vědního profilu vyžadovat trvale inovovaný *rozvinutý systém celoživotního vzdělávání*, protože dobrá znalost teorie a schopnost obecně teoretické poznatky aplikovat na jednotlivé případy je základem profesionality v každém humanitním oboru.

Dovolím si ještě připomenout, že rozvoj vědního oboru se již téměř sto let posuzuje rovněž dle institucí a organizace tohoto oboru, tedy podle fungujících kateder, časopisů, sborníků a knižní produkce, ale i konferencí jako je například tato. Vytváření vědní komunity a výzkumného paradigma je součástí pohybu a formování vědy.

Tady si dovolím připojit jednu důležitou poznámku, která asi patří k provozu a diskursu o profilu této disciplíny. Mimochodem slovo disciplína má stejný kořen jako discipulus, což bylo v latině označení pro žáka. Protože jádrem či kořenem slova je kázeň. A tady bych prosil, aby nová forma kázně ve vědním oboru vedla mně tolik drahé sestry ošetřovatelky k tomu, aby se více emancipovaly. Při studiu textů o ošetřovatelství stále totiž narážím i v doktorských a dalších pracích na to, že se píše o ošetřovatelství v mužském rodě, což mi připadá nejen vysoce nekorektní, ale i nepřesné. V některých zemích je nepřípustné takto psát a uvádí se obojí rod; mluví-li se například o studujících – pak je řeč o studentkách a studentech, v ošetřovatelství je třeba mluvit o ošetřovatelkách a ošetřovateli. Již tato zdánlivá maličkost totiž může vést ke zkresleným představám, třeba v oblasti výcviku v psychoterapii a při osvojení supervize čili sebenáhledu, protože supervize a výcvik dívek a žen má zcela jistě některé odlišné prvky od výcviku a přípravy chlapců či mužů. Následně také připomínám jednu z feministických výtek současnému světu práce a podnikání, a to je

dodnes v sobě nese výrazný pozitivistický odkaz. Mimochodem lze připomenout i dělení sociologických oborů na makrosociologii, mikrosociologii a sociologii středního dosahu.

neschopnost moderních zaměstnaneckých organizací vytvářet zkrácené úvazky pro ženy s malými dětmi nebo s dětmi vyžadující z nějakých důvodů zvýšenou péči či ochranu. Sestavit vhodný pracovní harmonogram v době počítačů by zase nemělo být takový problém, podobně jako není problém spočítat mzdu a daně u těchto zaměstnankyň.

Jednou z výrazných odlišností, kterou vidíme i v ošetrovatelství, mezi ženami a muži spočívá v tom, že muži jsou více orientováni na věcné vztahy a manipulaci s předměty, ženy tradičně mají snad i geneticky zakomponovanu práci s lidmi a péči o ně, což je něco, co překračuje pojetí profesionality nastavené podle tradičně vzdělaných profesí – kněžství, práva a medicíny, tedy podle původně typicky mužských profesí. Nejen definice profesionality a její pojetí bude třeba obohatit o prvek *péče o duši*, ale celá oblast starosti o člověka je perspektivou budoucnosti. A že tuto starost budou do značné míry v nejlepší slova smyslu naplňovat a kultivovat ženy je více než pravděpodobné. V tom momentě je ovšem třeba věnovat pozornost i specifikám jejich působení a uvědomit si, že spolupráce mužského a ženského živlu v péči o člověka může vytvářet nové kongeniální konstelace. Ale je jedním z úkolů ošetrovatelské disciplíny se vyhnout excesům tradičního politizujícího feminismu, ale nastolit badatelské programy, které umožní zlepšit kvalitu života podle parametrů ošetrovatelek a nikoliv jen několika ošetrovatelů.

Nezapomínejme, že ošetrovatelství se nazývalo péčí o nemocné. Je to více než 150 let co F. Nightingale zřídila v Londýně ošetrovatelskou školu, která byla otevřena 15. 6. 1860 při nemocnici Sv. Tomáše. Vznik této školy zahájil novou epochu a lze usuzovat, že jejím otevřením byly podpořeny první vzdělávací programy pro koncipování vzdělávacích programů pro ošetrovatelky, čímž byla současně nastartována možnost vytvoření nového modelu sestry a její činnosti. Od té doby ovšem ošetrovatelství urazilo spolu s rozvojem medicíny, ale i celého systému věd o člověku dlouhou dráhu. Farkašová uvádí, že „ošetrovatelství je integrovaná vědní disciplína, jejímž hlavním posláním je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat individuální potřeby člověka způsobené nemocí a pomáhat těm, co se sami o sebe nemohou nebo nechtějí postarat“ (Farkašová a kol., 2006, s. 13). Setkat se lze i s definicemi, které kladou důraz spíše na aktivitu pacienta jako je formulace Světové zdravotnické organizace *World Health Organization*, která *podrhuje*, že *system* typicky ošetrovatelských činností týkající se jednotlivce, rodin a skupin, jim pomáhá, „aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (Tóthová a kol., 2009, s. 14). Tato definice

klade akcent na praktické aktivity sestry, jejichž prostřednictvím vede jak zdravé, tak nemocné k péči o sebe sama.

Je tomu již téměř sto let, co byly ve Spojených státech otevřeny na vysokých školách bakalářské programy pro ošetřovatelství – a od té doby se vzdělávání sester stává stále více teoretickou záležitostí. Z historie oboru lze snadno vyčíst, že rozvoj ošetřovatelské teorie a praxe je závislý na kulturních a sociálních souvislostech té či které společnosti. Tyto podmínky limitují nebo někdy naopak akcelerují změny ve vývoji ošetřovatelství, ale postupná kultivace teoretického zázemí umožňovala tomuto oboru vyrovnávat se s krizemi a peripetemi, kterými občas bylo nuceno procházet. Promyšlení teoretických základů jakož i možností komunikace a spolupráce s celou řadou dalších oborů je stále naprosto nezbytnou podmínkou dalšího rozvoje péče o duši nemocných, ale i vedení klientů, aby byli schopni vzít vážně otázky péče o sebe sama, svou životní pohodu a zdraví

Postmoderna, potíže soudobé společnosti a ošetřovatelství

Nejde jen o překonávání potíží, krizí profesionalizace, ale objevuje se i potřeba se ideově postavit k problematice postmoderního ladění současné západní společnosti. V těchto souvislostech je dobré si především uvědomit, že vedeme-li řeč o způsobu mluvy, o diskursu, kterým popisujeme svět kolem sebe či naše vlastní dějiny, přesvědčení, společenské role či profesionální návyky, pak je právě tento diskurs úzce provázán s tím, co lze označit za vládnoucí mocenské poměry v daném společenství. Proto v nás promluvy vyvolávají odpor nebo nadšení, neboť nejsou nikdy neutrální ani nevinné, ale mají moc jak vyjevovat věci v určité podobě, tak lidem vnucují pravidla jednání, vědomí řádu či chaosu, nutí nás pohlížet na skutečnost určitou optikou, z níž se rodí naše sebepojetí, sebezhdnocování, ale i umělý kulturní výtvar, kterému se dnes přikládá poměrně velká váha – a to je osobní identita. Připomeňme, že přijaté a osvojené diskursy vytvářejí automaticky kontrolní mechanismy, které se zpětně vztahují na tyto diskursy samotné - a tyto procedury navenek vystupují v podobě principů klasifikace, pořádání, rozdělování, zákazů, povyšování, ponižování či glorifikace. A diskursy mají zpravidla i aspirace ovládnout nejen principy, ale i popisy události a celých řad náhodných procesů.

Vezmeme-li v úvahu, že koncept profesionalizace vzdělaných profesí včetně dnešního ošetřovatelství má základy položené na půdě modernity; pak je otázkou, zda a jak se proměňuje v současné epoše. V postmoderně jde v mnohém zcela jistě o pokračování

modernity, protože bez ní by se celý diskurs, který právě vedeme, stal naprosto nesmyslným. Jestliže moderna rozvinula v návaznosti na osvícenský étos nejen důraz na vzdělanost, ale i kritickou intenci vůči všemu, co je považováno za přežití, pak postmoderna toto kritické zaměření obrátila i proti výbojům modernity, aby poukázala na jejich jednostrannosti či nebezpečné mocenské aspirace.

Z analytického hlediska výraz postmoderna vyjadřuje změnu interpretace a naladění, s jakým prožíváme svět, a tento změněný výklad se vyznačuje diskreditací snah vytvářet nové velké ideologické iluze kopírující náboženské učení o spáse, vyzdvihuje nemožnost uvěřit v nereálné přísliby, podporuje nechuť podlehnout nekritickému obdivu k vědě, či k politice, ale značí i neschopnost stanovit nové dlouhodobé perspektivy.

Postmoderna bývá charakterizována jako období *radikální plurality*. Přes neklid, který pluralita vyvolává rozvolňováním některých tradičních jistot opřených o sjednocující příběhy minulých epoch, postmoderní pluralita není svévole ani nějaká nedomyšlenost. Ale lidstvo k ní dospělo na základě drastických historických zkušeností. Svou roli v novém postoji sehrály především negativní zkušenosti s modernistickým nárokem na totalitní jednotu poznání, která byla často provázána s brutálním mocenským nátlakem. Postmoderní ladění směřuje k podpoře projektu otevřené společnosti, k obhajobě nejrůznějších forem jednání, jazykových projevů a stylů, paralelních koncepcí vědění a životních projevů. Pestrost forem vytváří šanci na neformální diskuse, na tvorbu zpětných vazeb a na rozbití strnulých a dalšího vývoje neschopných organizačních celků – včetně jisté strnulosti medicínských, školských či právních a dalších institucí. Pluralita diskursů znamená jak otevření nové dynamiky, tak také vyčerpávání sil v zápase mezi diskursy, které se utkávají v mocenských pŕtkách a ve vzájemném osočování či v přemrštěné kritické podezřívavosti. Což jsou vedle pocitů uvolnění vysoce iritující momenty postmoderní epochy.

Pohlédneme-li dnes na nové momenty, které přineslo postmoderní ladění společnosti, bude vhodné připomenout několik výrazných trendů. Zdůraznit je vhodné zejména jeden z nápadných důsledků radikální plurality a to je *roztržštění diskursu* jakým hovoříme o společenských institucích. To znamená nejen *fragmentaci* a nespojitost, ale i *polyfonii nepropojitelných* a neprovázaných výroků. Objevuje se kritické podezření, že důraz na kompetence může sice znamenat větší flexibilitu a vyšší míru požadované konkurenceschopnosti pracovních sil, ale namísto výchovy vědců a elitních inovátorů

jednotlivých oborů lidské činnosti společnost bude produkovat spíše než co jiného *flexibilní gastarbeitry*, kteří se pružně budou pohybovat v byrokratických korporacích, montovnách a špitálech po celé evropské unie.

Postmoderně laděné období představuje ve své pluralitě i rozšíření kontrastů, antinomií, protikladných a disparátních životních forem, ale i vyšší pestrost vzdělávacích příležitostí. Rozpadá se jednotný model lineárního vzestupu na vzdělanostní dráze a lidé nastupují a vystupují z vyšších forem vzdělávání, které jsou schopni absolvovat v různých verzích a etapách života - až po university třetího věku. Postmoderní věk má mnohé pouťové a karnevalové prvky, které mohou obveselovat stejně jako zneklidňovat hlubší povahy; je totiž navracející se otázkou, zda je lepší současnost vykládat spíše jako tragedii či jako frašku. V kakofonii soudobých diskursů, kdy jsou otřeseny základy pravdivosti a představ o dobrém životě, stojí mnohé profese u nás poměrně paradoxně před výzvou dovést svou cestu k profesionalizaci. Problém je, že důraz na rozsáhlé a důkladné teoretické základy odborných profesí ztratil v mnoha oborech svou tradiční váhu. Také staré univerzity přitěsávají svůj provoz podle modelů technického vědění a jsou tlačeny do role manažersky řízených celků, neboť jsou zoufale neefektivní v očích těch, kteří vzdělání získali na technických školách – jakými jsou například i ekonomické fakulty. Na jednu stranu je zpochybňován elitní model expertního vzdělávání, na straně druhé univerzitní vzdělání ztratilo aureolu chrámu, přestává být sociálním výtahem, ale i pojišťovnou proti ekonomickým výkyvům; dokonce i metafora tzv. *vzdělanostní společnosti* se ukazuje spíše jako fikce namířená do minulosti, ale neplatná pro budoucnost. Důrazy na tradiční kvalitu přípravy a kladení důkladných všeobecných základů jsou ironizovány jako fosilní relikt z prehistorických dob těmi, kdo vlastně žádnou vlastní historii nemají a tudíž ani nemohou ocenit její význam.

Přes zmatky a nejistoty, které postmoderní ladění společnosti přineslo, má i své výhody a oceňované stránky. Jednou z nich je právě pluralita, která otevřela prostor pro pěstování alternativ, včetně prostoru pro smysluplné activity. Na druhou stranu je zřejmé, že celé oblasti fungování soudobé společnosti a řada vybraných institucí zůstaly pevně zakotvené v modernitě, která v zásadě vyžaduje určitá sjednocená pravidla a nároky, na ty kdo se v těchto oborech pohybují. Takovými nám nejbližšími instituty jsou například medicína, ošetřovatelství, sociální práce, výchova nastupující generace, právnické obory, vědecko-výzkumné activity, vojenství a pod., kde lze užívat inovace, ale s důrazem na pravidla a řád a není možná připustit rozklad a anarchii v jejich rozvinutých formách. Podobně nelze připustit

libovůli v technických oborech, neboť moderní i postmoderní společnost jsou do značné míry závislé ve svém fungování na expertním vědění, které zajišťuje společenskému povelu jistotu a důvěru ve stabilitu.

S jakými problémy se setkáváme v dnešním diskursu o profesionalizaci profesí? V první řadě je to neschopnost odlišit přežitou odborářskou rétoriku od aktivity skutečných profesionálů formovat a regulovat vývoj ve vlastních profesionálních organizacích na základě etických propozic. Tak jako nelze postavit dům od střechy, tak nelze přeskočit historický vývoj, který potvrzuje, že profesionalita se tvoří postupně krůček za krůčkem - od překonání nevědomých fází až po řadu důsledně promyšlených a reflektovaných kroků.

Problémem je, že jedním z nejnápadnějších momentů tvorby profesionálního sebepečení je *uvědomělé pěstování a kultivace etického standardu profese*, který sebou nese důraz na hlubší formy vzdělanosti, na udržování jisté úrovně kultivovaného vědění, ale i vyšší ochranu proti bláznům, šarlatánům, podivínům či podvodníkům. Etika profese znamená i ochranu a zlepšení kvality života těch, kteří kultivují služebnost profesionálního jednání.

Je tu i vážný problém, neboť výzkumy pojetí etiky ukazují, že celá západní společnost spěje k hédonizaci života a mnozí považují etiku jako takovou za přežitek a konec kodexu budovatele komunismu pro ně znamenal konec veškeré hry nejen na falešné, ale na jakékoliv etické jednání. Konec konců: vždyť přece neexistují žádné špinavé peníze, když jsou to jen obíhající papírky. Další velká skupina lidí má tendenci zaměňovat hodnotové orientace za popisy psychických vlastností. Třetí skupina má velmi chabé ponětí o tom, co jsou hodnoty a jaký význam sehrávají v lidském životě. To sice neznamená, že by se profesionálové v praxi neřídili některými všelidskými hodnotami, šetření ovšem ukazují, že jde o podřízení se radě nerefléktovaných tradičních představ a tlaků na roli, kdy nejsou etické aspekty jednání vědomé a podrobené kritické reflexi.

Profesionálky a profesionálové by se neměli stylizovat do role kvalifikovaných vykonavatelů předepsaných požadavků, ale uvědomit si, že mají spoluodpovědnost za utváření lepšího světa, než je ten, v němž právě pobýváme. Nic nebrání tomu, abychom postmoderní uvolnění a větší svobodný prostor četli jako výzvu k převzetí těch forem odpovědnosti za svět, kterým jsme se často vyhýbali či se domnívali, že ji za nás převezme někdo jiný. Postmoderna vystupňovala vědomí, že nepřijde ani Godot, ani nikdo, kdo by nás etického étosu a odpovědnosti za svět zbavil...

Prameny a literatura

- ABBOTT, A.: *The System of Professions*. University of Chicago Press, Chicago 1988.
- BAYLES, M. D. *Professional Ethics*. Belmont, California: Westminster Institute for Ethics and Human Values 1981, ISBN 0-534-00998-0
- ČAPKOVÁ, D., (2013) Profese sestry pro intenzivní péči z pohledu laické (Diplomová práce, vedoucí Petra Juřeníková) Brno: LF MU.
- ELLIOT, P. *The Sociology of the Professions*. London : The MacMillan Press Ltd. 1972, SBN 333-10215-0
- ENGEL, G. V.; HALL, R. H. *The Growing Industrialization of the Professions*. In sborník: FREIDSON, E. *Professions and Their Prospects*. Beverly Hill : Sage Publications. 1973.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- FERNS, T., CHOJNACKA, I., (2005) Angels and swingers, matrons and sinners: nursing stereotypes, *British Journal of Nursing*. Oct 27-Nov 9;14(19):1028-32. s.128 - 132.
- GOFFMAN, E. (1999) *Všichni hrajeme divadlo. Sebe prezentace v každodenním životě*. Praha: Studio Ypsilon, 1999. ISBN 80-902482-4-1
- GOODE, W. J. (1960) Encroachment, Charitanism and the Emerging Professions. *American Sociological Review*, 25, December.
- GOODE, W. J. (1970) *The Theoretical Limits of Professionalization*. In: Etzioni, A. (ed.): *The Semi-Professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*. New York 1969. s. 297 - 304; též text přetištěn In: sb. *The Teacher As Educator*. (ed. FORSHAY, A. W.) Teacher New York: College Press Columbia University, , s. 19 - 64.
- HAVLÍK, R.- KOŤA, J. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál, 2002.
- HUGHES, E. C. *Profession*. citováno dle: SCHEIN, E. H. – KOMMERS, D.W. *Professional Education*. Some New Direction. (vydala The Carnegie Commission on Higher Education. McGraw-Hill Company, N.Y. 1972.
- JACKSON, J. A. (Edit.) (1970) *Profession and Professionalization*. Cambridge: Cambridge University Press, ISBN: 0-521-079829
- KOŤA, J. Jak velkou injekci humanitních předmětů aplikovat při vzdělávání sester? *Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry*. XIV, 2004, č. 7 - 8, s. 82.
- KOŤA, J. *Poznámky k inovacím a ke změnám ve vzdělávání všeobecných sester*. CD. Praha: katedra ošetrovatelství, 2012.
- Professionen im modernen Osteuropa (Professions in Modern Eastern Europe)*. (ed. McClelland, Ch. - Mert, S. - Siegrist, H.) Berlin: Duncker a Humblot, 1995, s. 262 - 279.; *Profesionalizace akademických povolání v českých zemích v 19. a v první polovině 20.století*. (editoři české verze sborníku příspěvků z Bielefeldských konferencí: Svobodný, P. - Havránek, J.) Praha: Ústav dějin - Archiv UK - Archiv AV Ř, Karolinum, 1996, s. 82-112
- KUTHEILOVÁ, E. *Možnosti celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí*. (Diplomová práce, vedoucí J. Koťa) Praha: UJAK, 2010, 79s.

MCCLELLAND, CH.; MERL, S.; SIEGRIST, H. (edit.) *Professionen im modernen Osteuropa : Profession in Modern Eastern Europe*. Berlin: Duncker & Humblot, 1995 ISBN 3-428-08444-6.

MĚŘIČKA, A. Reformy neprosadil, nyní Julínek mění nemocnici. *Hospodářské noviny*, 2.9.2014, s. 4.

MIČUDOVÁ, E., (2007) Zamyšlení nad postavením sester v české společnosti. *Sestra*. Roč. 17, č. 5, s. 20. ISSN: 1210-0404.

MOORE, W. E. (1970) *The Professions: Roles and Rules*. New York: Russel Sage Foundation.

MOORE, W. E. (1972) *The Professions: Roles and Rules*. Russel Sage Foundation, New York 1970, In: SCHEIN, E. H. - KOMMERS, D. W. *Professional Education. Some New Directions*. (Sponsored by The Carnegie Commission on Higher Education.) McGraw-Hill Book Company, USA, s. 9.

POLANYI, M. (1962) Tacit Knowing: Its Bearing on Some Problems of Philosophy. *Reviews od Modern Physics*, 34, (October).

POLANYI, M. *Tacit Knowing: Its Bearing on Some Problems of Philosophy*. Reviews od Modern Physics, 34, (October 1962), s. 601, přetisk in: LEGGATT, T. *Teaching as a Profession*. In: *Professions and Professionalization*. (ed. by Jakson, J.A.), Cambridge University Press, Cambridge 1970, s. 156.

SCHÖN, D. (Edit.) (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Basic Book. česká verze: *Profesionalizace akademických povolání v českých zemích v 19. a v první polovině 20. století*. SVOBODNÝ, P.; HAVRÁNEK, J. (Edit). Praha: Ústav dějin - Archiv Univerzity Karlovy a Archiv Akademie věd ČR, 1996, s. 126 - 146. ISBN 80-7184-081-5

SCHEIN, E. H. – KOMMERS, D.W. (1972) *Professional Education. Some New Dorection*. California – Berkeley: vydala: The Carnegie Commission on Higher Education. McGraw-Hill Company, ISBN 0-07-010042-X

STAŇKOVÁ, M., (2002) *Sestra – reprezentant profese*. 1. Vyd. Brno: NCO NZO, 78 s. ISBN 80-7013-368-6.

TORSTENDAHL, R.; BURRAGE, M.(eds.) (1990) *The Formation of Professions*. London.

TURNER, J. D. *Education for the Professions*. Manchester: Manchester of University Press, 1976.

Tóthová V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton 1. vydání, 2009. ISBN 978-80-7387-286-1

WILENSKY, H. L. (1964) The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70, s.137 – 158.

Korespondence:

Doc. PhDr. Jaroslav
Katedra pedagogiky
Filosofická fakulta UK v Praze
Email: jaroslav.kota@ff.cuni.cz

NOVÉ TECHNOLOGIE V KOMUNIKACI

¹Jana Nováková, ¹Marie Vlachová, ²Gustav Mistrík

¹Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Motol

²CYBER GLOBAL,s.r.o.

Souhrn:

Autoři předkládají zkušenosti s využitím nové didaktické metody METILA® v komunikaci v oblasti ošetrovatelství.

Klíčová slova :

sociální komunikace, emoční inteligence, spolupráce, interakce, sebepoznání

NEW TECHNOLOGIES IN COMMUNICATION

Summary:

Authors submit experiences with a usage of new METILA® didactic method in communication in the field of nursing.

Key words:

social communication, emotional intelligence, cooperation, interaction, self-cognition

„Porozumění je jádrem sociálního života“ – Charles Taylor

Úvod:

Komunikace je jednou z nejvýznamnějších oblastí nejen v osobním životě člověka, ale i v jeho profesním a pracovním působení. V ošetrovatelství je komunikace obzvláště důležitá, a to jak s kolegy, nadřízenými či podřízenými, tak s pacienty. Každá komunikace má nějakou funkci. Mezi základní funkce řadíme socializační a integrující, přesvědčovací, motivující, sdělovací nebo vzdělávací apod. Komunikace není vždy jen pozitivní a přínosná, může mít také své negativní projevy. Mezi takové projevy patří například přemíra manipulace, agresivita, pomluvy apod. Pro úspěšnou komunikaci je potřebné umět se vžít do ostatních lidí a získat jejich důvěru.

Vlastní text:

Proč jsou komunikační dovednosti pro sestry a další nelékařské profese tak důležité? Pomáhají prezentovat profesionální poznatky, zkušenosti. Umožňují zlepšovat vztahy s lidmi a přinášejí inspiraci i motivaci na sobě dále pracovat. Pro dobrou komunikaci je podstatné zvládat své emoce a pracovat s nimi. Klíčové je pochopení a funkce vlastních emocí a využití v komunikaci ve svůj prospěch. Složky emoční inteligence, jako jsou sebeuvědomění, sebeovládání, sociální uvědomění, řízení vztahů apod., nám k tomu významně pomáhá. Dovednosti emoční inteligence jsou pro pracovní výkon důležitější než jiné vůdčí dovednosti. Člověk potřebuje druhé lidi ke svému životu, a proto se musí umět rozhodnout zda a kdy bude pracovat v týmu nebo samostatně. Je výhodné, když jsou v týmu různé osobnosti s odlišnými pohledy na věc. Řídící schopnosti přinášejí konkrétní cíle, zajišťují řád a podporují důvěru a motivaci sester a nelékařských profesí vůbec. Zdravé sebevědomí je vedle empatie základem zdařilé komunikace a umožňuje fungování mezi ostatními lidmi. Pro sestry je podstatné sebeovládání, což je schopnost projevit svoje emoce přiměřeně dané situaci. Aby se člověk mohl dobře ovládat, je potřeba, aby věnoval dostatek pozornosti svým pocitům a snažil se je dostat vůlí pod kontrolu. Pokud sestry a příslušníci dalších nelékařských profesí mají zdravé sebevědomí, využívají efektivní komunikaci a umí přiměřeně reagovat na často složité situace, které při každodenní práci řeší, jsou výhodou pro pacienty. Profesionálně a odborně zdatná sestra působí na pacienty velmi pozitivně a stává se pro ně jistotou v jejich „nejistém“ období nemoci.

Ve Fakultní nemocnici v Motole již tři roky využíváme neurotechnologie METILA®, do kterého jsme zapojili ošetrovatelský management střední a první úrovně a také řadový personál, který je zaměřen na vzdělávání v oblasti sociální komunikace. METILA® je webová komunikační služba na principu neuronové sítě. Její vývoj byl započat v roce 2001 a od roku 2008 je přístupná základní verze, která se i nadále rozvíjí a uplatňuje v různých tržních segmentech.

METILA® je neuronová síť s umělou inteligencí, která umožňuje popis reality lidským jazykem tak, aby byla projevna v naučených souvislostech, se kterými interakci s člověkem porovnává.

METILA® vytváří uvolněné prostředí a příznivé klima pro trénování konverzace. Mimoběžnost neexaktních psychologických věd a aplikace exaktních robotických strojů

vytváří viditelné rozdíly a vzdálenosti mezi oběma světy, jedním vážným a druhým hravým. Dialog METILA® uvolňuje spontaneitu. Díky tomu se počítač naučil vzorce komunikace a jejich nálady, resp. METILA® může svému uživateli pomoci jeho chování během konverzace úspěšně korigovat. Lidi METILA® baví, chtějí soutěžit, hrát, konkurovat si proti nezávislé inteligenci.

Umělá inteligence, nebo chcete-li robot, rozumí lidské komunikaci a sociálním interakcím. Neurotechnologie rozpozná komunikační návyky jedince v řádu několika minut, oproti člověku, kterému to může trvat měsíce až roky. Její největší výhodou je rychlost, nestrannost a neovlivnitelnost. Umožňuje ve velmi krátkém čase v týmu rozeznat u jednotlivých osob jejich pozici, například míru motivace, orientaci na výkon a potenciál, specifické komunikační dovednosti, sociokulturní preference apod. Je tak pomocníkem při formování a sestavování kvalitních a pohodových pracovních kolektivů, ale například také při výběru nových kolegů do efektivních týmů.

METILA® je také účinný nástroj sociální diagnostiky, který se svým používáním neustále vybrušuje. Neuronová síť METILA® představuje prostředí, v němž se má také u člověka projevit jeho vynalézavost, sociologická představitost a vůdčí schopnosti. Tady je velký prostor pro práci s talenty. Nová metoda METILA® zkoumá přednostně sociální komunikaci a zaměřuje se na pohledy sociologické a tedy objektivní.

Cílem naší nemocnice je zlepšovat organizační kulturu v rámci komunikace a vztahů. Schopnosti komunikovat je potřeba neustále posilovat, chceme, aby každý poznal sebe sama a využil dále svůj potenciál a měl chuť na sobě dále pracovat. Můžeme tedy říci, že jsme našli novou cestu, která ve spojení s tradičními vzdělávacími modely přispívá k posílení měkkých dovedností a tím ke zlepšení organizační kultury na pracovišti. V současné době bylo ukončeno šetření prostřednictvím zátěžové robotické komunikační hry staničních a řadových sester. Na základě analýzy výsledků, díky kterým byla zjištěna problematika místa v interaktivní komunikaci, byli účastníci jednotlivých šetření zařazeni do mikrokurzů. Mikrokurzy jsou zajímavé edukační efektivitou, názorností, variabilitou a délkou trvání. Mikrokurzy trvají 90 minut. METILA® mikrokurzy překonávají mezeru mezi reálnou zkušeností a slovem. Všichni toužíme nesehávat ve své roli. V průběhu mikrokurzu si účastník procvičuje své komunikační dovednosti se zaměřením na oblasti, které lze rozvíjet. Jde tedy o odhalení potenciálu každého účastníka.

Pro skupinu řadového ošetrovatelského personálu, pracovně zařazený jako „Modrý oceán“ byla jednotlivá témata mikrokurzů následující: Transakční analýza – agrese, Transakční analýza – manipulace, Konflikty v komunikaci. Zpětná vazba byla velmi pozitivní. Uvádíme některé postřehy účastníků : „Zkusím se držet postupu v jednání s agresorem, zaměřím se na sebereflexi a držet se jednoho problému a neodbíhat k dalším“. „Zkusit, aby komunikace v práci byla více v roli dospělého, než pečujícího rodiče. Méně se omlouvat a děkovat“. „Zajímavá byla komunikace s manipulátorem. Dost často se s nimi setkávám, budu zkoušet praktikovat dnešní poznatky“. „Je zajímavé poznat, kdo se mnou komunikuje a jak mohu řídit rozhovor já“. „Že se musím více zklidnit a lépe poznat protistranu“. „Informace mohu využít všechny, uvědomila jsem si, že než začnu komunikovat, zastavím se a pokusím se zjistit, jak bude komunikovat ten druhý“. „Ano pozitivní bylo zvládání konfliktů. Uvědomila jsem si, že jsem liška, ale chtěla bych být sova“.

Pro skupiny staničních sester byl zařazen mikrokurz na téma Styly ovlivňování a konflikty v komunikaci. Uvádíme některé postřehy účastníků jak využít poznatky v práci a pro sebe : „Neunikat z konfliktů a rozvíjet osobnost“. „Hranice empatie – co je empatie a co už hloupost“. „Musím více uznávat názor protistrany v konfliktu“. „Udržet komunikaci na úrovni dospělého ega“. „Lépe si organizovat čas s ohledem na priority. Nenosit konflikt sebou, ale vždy dojít k výstupu – uzavřít“. „Že musím umět říct svůj názor a hlavně hledat kompromisy. Nebát se mluvit a nehromadit v sobě konflikty“. „Identifikovat situaci a oprostít se od emocí“. „Že se mám stále co učit“. „Uvědomila jsem si, že při řešení konfliktů není vše černé“. Po absolvování kurzu následuje další šetření, zda došlo k posunu v komunikačních návycích a dovednostech u jednotlivých účastníků.

Skupina vrchních sester absolvovala trenažerový trénink „Řízení porady“. Na základě vyhodnocení se připravují další tréninky, které mají posílit žádoucí kompetence vedoucích pracovníků.

Závěr

Vzájemná komunikace je velmi důležitá a platí : čím více je komunikace tím více je nedorozumění. Komunikace je jednou z nejdůležitějších dimenzí v ošetrovatelství a proto na ni klademe velký důraz. Zdá se, že nová metoda robotnického tréninku METILA®, získává své místo v rámci vzdělávání v sociální komunikaci. Robotická komunikace je podnětnou pomůckou v edukačním procesu a přináší posun v porozumění verbální komunikace

zážitkovou formou. Možná stojíme na počátku nové doby, která může v budoucnu přinést ledacos dobrého. Tato metoda vykazuje řadu rysů odpovídajících myšlení našeho mozku. Díky tomu nám tréninkové umělé modely mohou pomoci lépe pochopit mechanismy lidské komunikace a jejich zvládnání.

Literatura a další zdroje:

VYMĚTAL, Jan. Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.

<http://www.softskills.wz.cz/html/komunikacni.html>

PEOPLE GLOBAL LTD v britské Cambridge

Podpora METILA® pro Českou republiku CYBER GLOBAL, s.r.o. (www.cyberglobal.cz)

METILA®, vlastníkem evropské ochranné známky je CYBER GLOBAL,s.r.o.

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

SOCIÁLNÍ STATUS OŠETŘOVATELSKÉ PROFESE V ČR

Daniel Jirkovský

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek obsahuje vysvětlení základních pojmů, které souvisejí se sociální pozicí povolání ve společnosti. Přibližuje a objasňuje metodiku provádění výzkumu veřejného mínění v této oblasti v ČR. V textu jsou uvedeny hlavní výsledky výzkumu prestiže povolání provedeného v červnu 2013 Centrem pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Zvláštní pozornost je věnována prestiži povolání všeobecné sestry. Z provedeného výzkumu vyplývá, že povolání všeobecné sestry patří mezi nejváženější profese v ČR, když z celkem 26 povolání skončilo v pořadí na třetím místě.

Klíčová slova:

Sociální status; sociální role; prestiž; všeobecná sestra

SOCIAL STATUS OF NURSING IN THE CZECH REPUBLIC

Summary:

The contribution comprehends an explanation of basic terms concerning an employment social status in society. Approaches and clarifies a methodology of public opinion researches and its implementation in this field in the Czech Republic. The text includes main results of the employment social status research that was done in June 2013 by the Center for public opinion research of academy of sciences of the Czech Republic. Special attention is paid to general nurse employment and its prestige. From the research results, that the employment of general nurse belongs in between most esteemed professions in the Czech Republic as it ended up on the 3rd place out of 26 employments listed.

Key words:

Social status, social role, prestige, general nurse

Úvod

V posledních letech dochází v české společnosti k větším, či menším změnám, které se dotýkají celé řady lidských činností a pohledu na ně. Jednou z oblastí, která se v posledních 25 letech výrazně mění, je vnímání sociální pozice jednotlivých povolání. Nositelé jednotlivých profesí, všeobecné sestry z toho nevyjímaje, velmi často tvrdí, že jejich povolání má malou společenskou prestiž, že má mezi lidmi malou vážnost a že tedy jeho nositelé a nositelky nejsou dostatečně společensky oceněni. Jde spíše o pocity jedinců nebo dokonce i skupin lidí, než o empiricky ověřenou skutečnost. V ČR probíhají již od poloviny šedesátých let minulého století průzkumy veřejného mínění, které monitorují prestiž jednotlivých povolání v české společnosti.

Úvodem tohoto příspěvku budou vymezeny základní pojmy vztahující se k řešené problematice jako je sociální status, prestiž a sociální role. Dále bude popsána metodika a organizace šetření Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR (dále jen CVVM) a hlavní výsledky dílčí části kontinuálního výzkumu Naše společnost 2013, Prestiž povolání – červen 2013 se zvláštním zaměřením na povolání všeobecné sestry.

Vlastní text

Pod pojmem **prestiž** se rozumí míra ocenění, které se dostává jedinci nebo skupině v prostředí, jehož je součástí. Je vyjadřována v rámci stupnice sociálně uznávaných hodnot. Prestiž určuje statut jedince nebo skupiny v dané sociální struktuře; je spojena s plněním určitých očekávaných činností, úkolů apod. na přiměřené úrovni. Prestiž není základním prvkem pro tvorbu sociální struktury, je odrazem skutečných společenských poměrů ve vědomí lidí. (Petrušek et al., 1996) Maryšková (2010) definuje prestiž jako: „*dobrou reputaci jedince či skupiny spojená s úctou a vlivem*“ (Maryšková, 2010, s. 7). A dále uvádí, že prestiž je spolu s příjmem, vzděláním, životním stylem a mocí základním ukazatelem sociálního statusu jedince.

Sociální status je místo (pozice), které jedinec zaujímá v určitém sociálním postavení systému (skupině, společnosti) a jež tohoto jedince odlišuje od jiných, současně existujících míst (pozic) právy a povinnostmi spjatými s touto pozicí. Každý sociální status je spjat se sociální rolí (rolemi). Každá statusová pozice je vyjádřena v termínech rolí, tj. vzorců. **Sociální status zpravidla zahrnuje souhrn práv, privilegií, výsad, dále soubor povinností,**

závazků, zákazů, určitou míru vážnosti, úcty (prestíže) a symboly postavení. Má skupinovou nebo individuální podobu, může být vrozený, získaný (jako projev sociální aktivity jedince), připsaný, totální (globální) označující úhrnnou pozici jedince nebo skupiny ve společnosti jako systému. (Wolf, 1977 a Petrusek et al., 1996)

Sociální role je typ sociálního chování, kterým jedinec odpovídá na očekávání ostatních lidí. Je současně modelem chování, jenž je připsán určité pozici a jehož zachování je skupinou očekáváno. **O roli se hovoří jako o dynamickém aspektu statusu a zdůrazňuje se její závislost na sociálním statusu.** (Wolf, 1977)

Organizace a metodika šetření CVVM

V rámci projektu CVVM Naše společnost – projekt kontinuálního výzkumu veřejného mínění se v červnu 2013 uskutečnil průzkum veřejného mínění prestiže povolání. Respondenti starší 15ti let byli vybíráni kvótním výběrem na základě reprezentativních dat Českého statistického úřadu podle krajů, místa bydliště, věku, pohlaví a dosaženého vzdělávání.

Celkem bylo tazateli dotazováno 1.023 respondentů standardizovanými otázkami v dotazníku. Všem respondentům byl předložen seznam šestadvaceti profesí (TAB. 1) s instrukcí: „Na seznamu jsou uvedena některá povolání. Vyberte povolání, jehož si vážíte nejvíce, a dejte mu 99 bodů. Pak vyberte takové, jehož si vážíte nejméně, a obodujte je číslem 01. Poté postupujte odshora dolů a všem zbývajícím přiřaďte body od 02 do 98 podle osobního uvážení.“

TAB. 1: Seznam profesí:	
Lékař	Účetní
Vědec	Manažer
Zdravotní sestra	Voják z povolání
Učitel na vysoké škole	Stavební dělník
Učitel na základní škole	Profesionální sportovec
Soudce	Bankovní úředník
Soukromý zemědělec	Prodavač
Projektant	Novinář
Programátor	Sekretářka
Policista	Kněz
Truhlář	Ministr
Majitel malého obchodu	Uklízečka
Starosta	Poslanec

Seznam profesí byl shodný s rokem 2011, ve kterém byla doplněna zdravotní sestra a stavební dělník a vynechán soustružník a opravář elektrospotřebičů.

Výsledky šetření CVVM:

V následující tabulce č. 2 jsou uvedeny výsledky šetření prestiže 26 povolání zjištěné v rámci výzkumu veřejného mínění provedeného v červnu 2013.

TAB. 2: Pořadí profesí podle výsledků CVVM:		
pořadí	povolání	průměrný počet bodů
1.	Lékař	91,5
2.	Vědec	76,3
3.	Zdravotní sestra	74,8
4.	Učitel na vysoké škole	74,6
5.	Učitel na základní škole	71,1
6.	Soudce	66,3
7.	Soukromý zemědělec	63,9
8.	Projektant	62,6
9.	Programátor	59,7
10.	Policista	55,7
11.	Truhlář	55,6
12.	Majitel malého obchodu	54,8
13.	Starosta	53,1
14.	Účetní	52,3
15.	Manažer	50,2
16.	Voják z povolání	49,7
17.	Stavební dělník	49,3
18.	Profesionální sportovec	47,6
19.	Bankovní úředník	45,7
20.	Prodavač	44,7
21.	Novinář	43,8
22.	Sekretářka	40
23.	Kněz	38
24.	Ministr	37,9
25.	Uklízečka	34,2
26.	Poslanec	25,1

Z tabulky je patrné, že povolání lékaře zaujímá v žebříčku prestiže vybraných profesí první pozici s 15% odstupem před ostatními profesemi. V provedeném šetření dokonce polovina respondentů udělila lékařům maximum 99 bodů (v roce 2011 to bylo 42%). Na druhém místě prestiže povolání skončili vědci, kterým maximální počet bodů (99) přidělila pouze jedna desetina respondentů. V pořadí na třetím místě skončilo povolání zdravotní sestry,

následovali, s minimálním odstupem učitelé na vysoké škole. Pětici nejprestižnějších povolání uzavírali učitelé na základních školách.

Jak uvádí Milan Tuček (2013) pořadí prvních pěti profesí s průměrným hodnocením vyšším jak 70 bodů zůstalo zachováno a odpovídá tedy pořadí z roku 2011. Za touto skupinou následují na šestém až devátém místě profese se zhruba 60 bodovým hodnocením v pořadí soudce, soukromý zemědělec, projektant, programátor. Následuje velká skupina rozmanitých a nesourodých profesí s hodnocením kolem 50 ti bodů (9-18 místo). Jejich bodové hodnocení se během čtyř let výrazně nezměnilo. Za pozornost však podle Milana Tučka (2013) stojí postupné zvyšování prestiže policisty a naopak postupný propad prestiže profesionálního sportovce. Ze zbylých profesí výrazným propadem prošel novinář (za deset let o deset bodů), kněz (o osm bodů) a především poslanec a ministr (o 15 bodů). Pro poslance to znamenalo, že zaujal poslední místo v žebříčku vybraných profesí (za uklízečkou, která zatím do roku 2011 vždy byla s určitým odstupem poslední). U ministra to znamenalo propad o sedm míst na třetí místo od konce, tj. na 24. místo. (Tuček, 2013)

Tuček (2013) dále uvádí, že podle očekávání respondenti s vyšším vzděláním významně výše hodnotí prestiž vysoce kvalifikovaných profesí, kdežto výrazně níže hodnotí prestiž nekvalifikovaných profesí a naopak je to mezi respondenty s nižším vzděláním (Tuček, 2013, s. 4). Tento autor dále uvádí, že kromě povolání spojených s politikou vykazuje žebříček prestiže profesí jen malou proměnlivost.

Závěr:

Protože prestiž profese lze vnímat jako určitý průsečík sociální struktury společnosti s její hodnotovou strukturou, tak výsledky šetření Prestiž povolání 2013 znamenají, že naše společnost je v tomto ohledu (až na politickou scénu) stabilizovaná. (Tuček, 2013, s. 4) Potěšitelná je rovněž skutečnost, že česká společnost výrazně nespojuje vážnost, resp. prestiž povolání, s příjmem jeho nositelů, neboť by se v takovém případě na předních místech žebříčku neumístily profese zdravotní sestry a již vůbec ne učitele na vysoké škole nebo učitele na základní škole. Zatím tedy v ČR nedochází k naplňování předpokladu, o kterém se zmiňuje například Maryšková (2010), tedy že za hodnocením prestiže povolání ve společnosti často stojí plat s výkonem povolání spojený (Maryšková, 2010, s. 7). Sociální status ošetrovatelské profese, podmíněný prestiží tohoto povolání v ČR je podle výzkumu veřejného mínění z roku 2013 velmi dobrý. Závěrem lze konstatovat, že povolání zdravotní sestry, ač se

mnohým z jeho nositelů nezdá, se v konkurenci dalších 26 profesí těší u obyvatel ČR velké vážnosti a je jen a pouze na nás, zda tomu tak bude i v budoucnu.

Literatura:

MARYŠKOVÁ, Andrea. O prestiži sesterského povolání. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 7. ISSN: 1210-0404.

PETRUSEK, Miloslav, MAŘÍKOVÁ, Hana a VODÁKOVÁ, Alena. *Velký sociologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 2 sv. ISBN 80-7184-311-3.

TUČEK, Milan. *Prestiž povolání – červen 2013*. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, 2013, 7 s.

WOLF, Josef. *ABC člověka: [antropologická encyklopedie]*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1977. 462, [1] s. Pyramida-encyklopedie.

Korespondence:

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

PROFESE SESTRY OČIMA STUDENTŮ MEDICÍNY

Martina Růžičková

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Příspěvek obsahuje stručnou charakteristiku šetření provedeného v průběhu měsíce listopad až prosinec roku 2013. Šetření bylo zaměřeno na zjišťování postojů studentů medicíny ve vztahu k ošetrovatelské profesi a následnou komparaci výsledků s dříve realizovanými průzkumy a mezi vybranými skupinami studentů.

Klíčová slova:

profese, profesionalizace, prestiž, role sestry, image, studenti medicíny

NURSE PROFESSION THROUGH THE EYES OF STUDENTS OF MEDICINE

Summary:

This text involves a short characteristic of research during November and December 2013. The research focuses on determining the attitude of medical students to the nursing profession and the subsequent comparison of the results with previous surveys and among selected groups of students.

Key words:

The Nursing Profession from the Point of View of Medical Students

Úvod:

Studenti ošetrovatelství mohou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získat po absolvování bakalářského studia, které probíhá na lékařských fakultách či zdravotně sociálních fakultách. V případě lékařských fakult přichází studenti ošetrovatelství do kontaktu také se studenty medicíny. Neformální image oboru a tím i profese sestry je v tomto případě budována již během studia. Přestože se však studenti ošetrovatelství vzdělávají na téže fakultě jako studenti všeobecného lékařství, nedochází tu téměř k žádné kooperaci zahrnující podporu multidisciplinární spolupráce. Záměrem tohoto příspěvku je prezentovat čtenáři názory studentů medicíny týkající se společného vzdělávání se studenty nelékařských oborů či

potenciální integrace se studenty ošetrovatelství v rámci praktické výuky a jejich další postoje ve vztahu k této profesi v porovnání již dříve provedenými průzkumy.

Teoretická východiska:

Sociálním postavením profesí ve společnosti se v České republice zabývá Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM). Hlavní náplní tohoto centra je výzkumný projekt Naše společnost. Do šetření jsou pravidelně zařazována politická, ekonomická i další obecně společenská témata včetně prestiže povolání. Z výsledků těchto průzkumů vyplývá, že profese sestry je relativně dobře hodnocena. Cílem proto bylo zjistit, zda i v očích studentů všeobecného lékařství zaujímá profese všeobecné sestry stejné nebo naopak horší postavení, jaké jsou aspekty přisuzování vysoké prestiže jednotlivým profesím a čím je podle nich ovlivňována image povolání všeobecné sestry.

Praktická část:

Charakteristika souboru respondentů:

Soubor respondentů se skládal ze studentů 3. a 6. ročníku oboru Všeobecné lékařství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Elektronická forma dotazníku byla rozeslána všem studentům uvedených ročníků prostřednictvím studijního oddělení. V následujících tabulkách je zobrazen průměrný věk respondentů (Tabulka 1), absolutní (n) a relativní četnost (%) zastoupení studentů ve vybraných ročnících (Tabulka 2) a zastoupení žen a mužů v jednotlivých ročnících (Tabulka 3).

Tabulka 1. Průměrný věk vzorku respondentů

	3. ročník	6. ročník	Celkem
Aritmetický průměr	21,09	24,77	23,26
Směrodatná odchylka	3,47	1,08	1,9
Maximální hodnota	25	27	27
Minimální hodnota	20	23	20

Průměrný věk respondentů 3. ročníku byl 21 let a 6. ročníku 25 let, celkový průměrný věk vzorku respondentů byl tedy 23 let.

Tabulka 2. Absolutní (n) a relativní (%) četnost respondentů v souboru

	n	%
3. ročník	42	47,73%
6. ročník	46	52,27%
Celkem	88	100%

Celkový počet respondentů tvořilo 88 studentů (100%), z toho 42 studentů 3. ročníku (47,73%) a 46 studentů 6. ročníku (52,27%).

Tabulka 3. Absolutní (n) a relativní (%) četnost žen a mužů v souboru respondentů

	3. ročník		6. ročník		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ženy	28	66,67%	28	60,87%	56	63,64%
Muži	14	33,33%	18	39,13%	32	36,36%
Celkem	42	100%	46	100%	88	100%

Vzorek respondentů tvořilo 56 žen (63,64%) a 32 mužů (36,36%). Z toho ve 3. ročníku bylo 28 žen (66,67%) a 14 mužů (33,33%) a v ročníku šestém taktéž 28 žen (60,87%) a 18 mužů (39,13%).

Výsledky šetření:

V následujících 2 tabulkách je zobrazeno pořadí profesí sestaveno na základě výsledků hodnocení prestiže českou společností dle průzkumu CVVM a vlastního souboru respondentů.

Tabulka 4

CVVM		
Pořadí	Povolání	Průměr
1.	Lékař	91,5
2.	Vědec	76,3
3.	Všeobecná sestra	74,8
4.	Učitel na vysoké škole	74,6
5.	Učitel na základní škole	71,1
6.	Soudce	66,3
7.	Soukromý zemědělec	63,9
8.	Projektant	62,6
9.	Programátor	59,7
10.	Policista	55,7

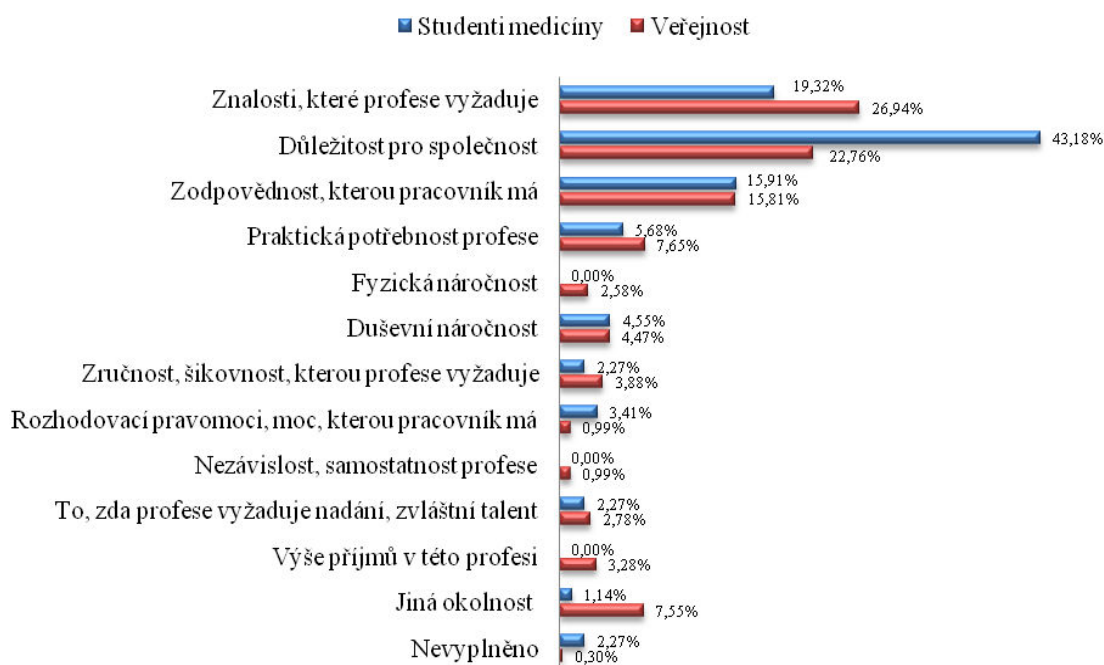
Tabulka 5

Studenti medicíny		
Pořadí	Povolání	Průměr
1.	Lékař	92,59
2.	Vědec	80,75
3.	Učitel na vysoké škole	78,49
4.	Všeobecná sestra	73,08
5.	Učitel na základní škole	69
6.	Soudce	67,23
7.	Projektant	55,76
8.	Kněz	55,42
9.	Programátor	55,07
10.	Soukromý zemědělec	53,13

Profese lékaře zaujímá v obou případech 1. místo. Stejně je tomu u vědce, který byl řazen na místo 2. Hodnocení prestiže povolání všeobecné sestry se liší pouze o jednu příčku, veřejnost tuto profesi řadí na 3. místo, avšak studenti všeobecného lékařství na místo 4.

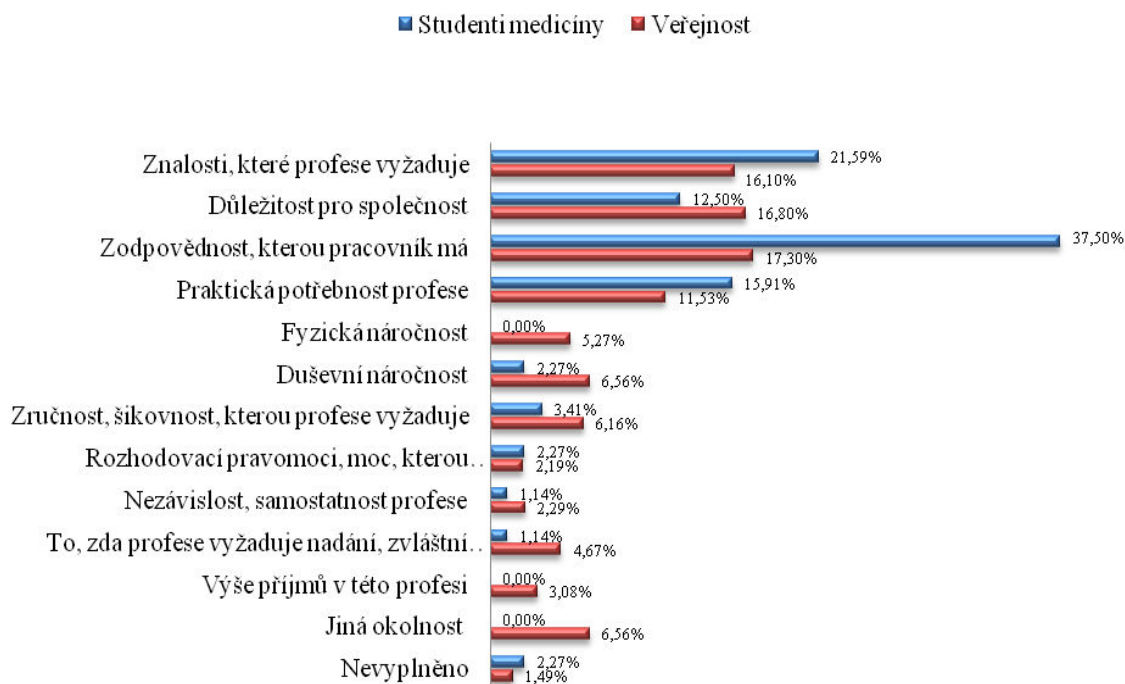
V následujících grafech je zobrazeno procentuální zastoupení zvolených okolností, které respondenti považují za důležité při posuzování toho, jak moc si jednotlivých povolání váží. Srovnávány jsou okolnosti zvolené studenty medicíny a českou společností.

Obrázek 1. Na prvním místě



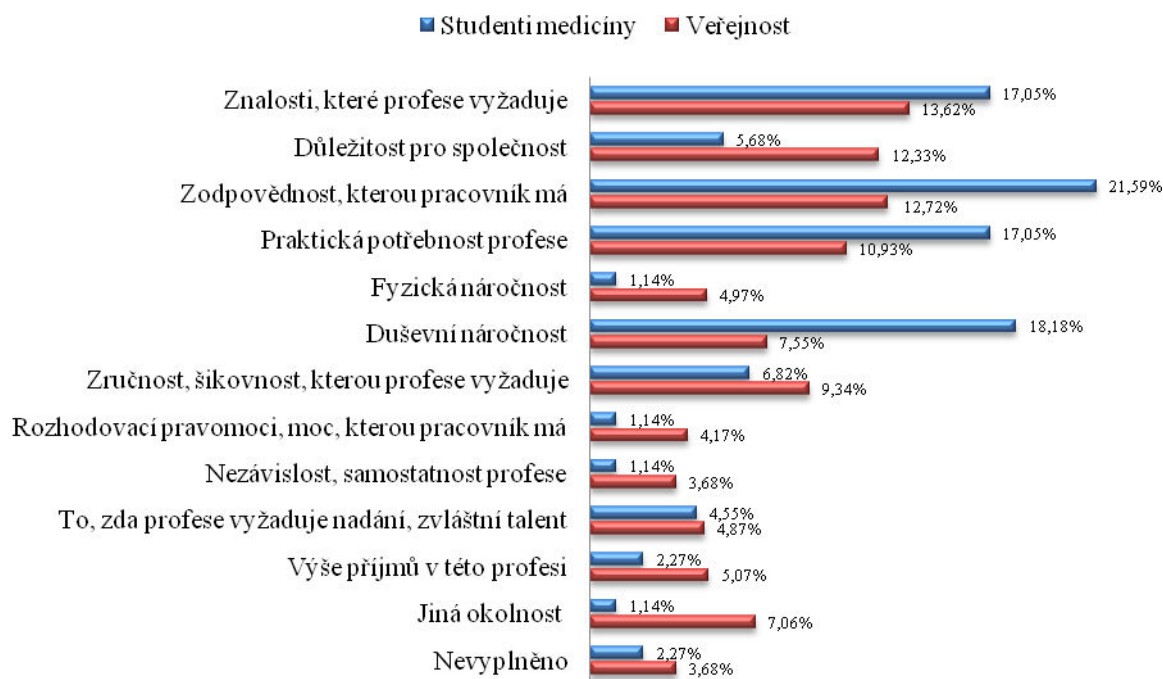
Na první místo nejčastěji studenti medicíny zařazovali Důležitost pro společnost, dále Znalosti, které profese vyžaduje a Zodpovědnost, kterou pracovník má.

Obrázek 2. Na druhém místě



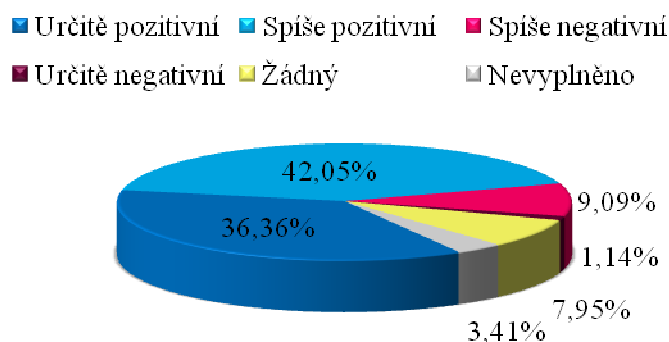
Na druhém místě je pro studenty důležitá *Zodpovědnost, kterou pracovník má*, v tom se shoduje s hodnocením veřejnosti, a opět *Znalosti, které profese vyžaduje*.

Obrázek 3. Na třetím místě



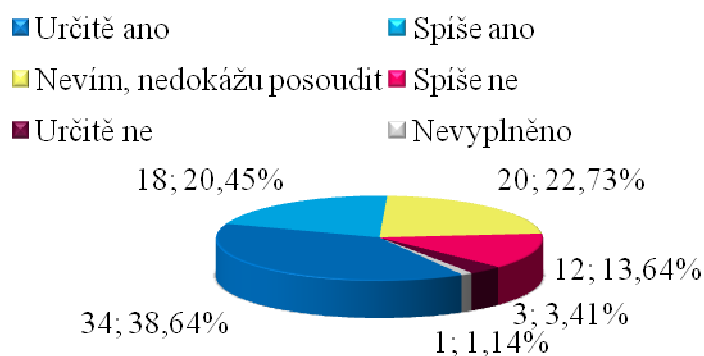
Na místo třetí studenti nejčastěji umísťovali *Zodpovědnost, kterou pracovník má* a *Duševní náročnost*. Ve stejném procentuálním zastoupení se na třetím místě objevovala také *Praktická potřebnost profese* a *Znalosti, které profese vyžaduje*.

Obrázek 4. Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?



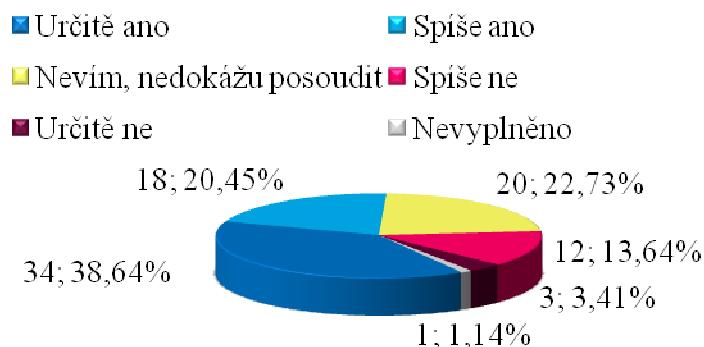
Z celkového počtu respondentů má 69 studentů (78,41%) kladný vztah k sesterské profesi. Z toho 32 studentů (36,36%) označilo možnost „Určitě pozitivní“ a 37 studentů (42,05%) „Spíše pozitivní“. Spíše negativní názor má 8 studentů (9,09%). Výrazně negativní postoj zaujímá pouze 1 respondent (1,14%). U 7 studentů (7,95%) ošetrovatelská praxe neměla vliv na jejich názor ve vztahu k sesterské profesi a 3 respondenti (3,41%) se nevyjádřili.

Obrázek 5. Jste pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetrovatelství v rámci praktického cvičení v modelových učebnách s naprogramovanými klinickými scénáři (např. nácvik činnosti zdravotnických týmů při řešení neodkladných stavů atd.)?



Studenti medicíny se pro potenciální integraci v rámci praktického cvičení se studenty ošetrovatelství vyjádřili vcelku pozitivně. 34 respondentů (38,64%) je rozhodně pro tuto integraci. 18 studentů (20,54%) zvolilo možnost „Spíše ano“. Negativní postoj zaujímá 15 respondentů (17,05%). Z toho 12 (13,64%) studentů volilo alternativu „Spíše ne“ a výhradně proti této potenciální integraci v rámci praktického cvičení jsou 3 respondenti (3,41%). 1 respondent (1,14%) položku nevyplnil.

Obrázek 6. Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetrovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?



52 studentů (59,09%) se vyjádřilo ve prospěch vzdělávání se studenty ošetrovatelství v rámci lékařské fakulty. 34 studentů (38,64%) označilo variantu „Určitě ano“ a 18 studentů (20,45%) možnost „Spíše ano“. 15 respondentů (17,05%) se k společnému vzdělávání nepřiklání, z nichž 12 (13,64%) volilo alternativu „Spíše ne“ a 3 (3,41%) variantu „Určitě ne“. 20 studentů (22,73%), se k této záležitosti nedokázalo vyjádřit a 1 respondent (1,14%) položku nevyplnil.

Pro posouzení statisticky významné závislosti mezi názorem studentů medicíny na profesi sestry, jejich postojem k společnému vzdělávání se studenty ošetrovatelství a potencionální integraci v praktické výuce a přínosem praxe byl využit Pearsonův chí-kvadrát. O statisticky významném vztahu či závislosti dvou proměnných se hovoří tehdy, je-li výsledná hodnota menší než hladina významnosti 0,05 (Chráška, 2007).

Tabulka 6. Pearsonův chí - kvadrát

Statist.	Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry? x Byla pro Vás ošetrovatelská praxe přínosem?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	45,63301	df=15	p=,00006

Výsledná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,00006$ je nižší než 0,05 hladina významnosti, jedná se tedy o statisticky významnou závislost mezi proměnnými. Lze přijmout alternativní hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti existuje signifikantní závislost mezi pozitivním názorem na profesi sestry a přínosem ošetrovatelské praxe.

Tabulka 7. Pearsonův chí - kvadrát

Statist.	Jste pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetřovatelství v rámci praktického cvičení v modelových učebnách s naprogramovanými klinickými scénáři (např. nácvik činnosti zdravotnických týmů při řešení neodkladných stavů atd.)? x Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetřovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	48,04945	df=25	p=,00368

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,00368$ je nižší než 0,05 hladina významnosti. Lze proto přijmout alternativní hypotézu, to znamená, že na 5 % hladině významnosti existuje signifikantní závislost mezi potenciální integrací studentů medicíny se studenty ošetřovatelství v rámci praktického cvičení a vzděláváním studentů medicíny a studentů ošetřovatelství v rámci jedné instituce.

Tabulka 8. Pearsonův chí - kvadrát

Statist.	Jaký vliv měla ošetřovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry? x Jste pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetřovatelství v rámci praktického cvičení?		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	38,69792	df=15	p=,03949

Vypočítaná hodnota Pearsonova chí-kvadrátu $p = 0,03949$ je nižší než 0,05 hladina významnosti. Opět lze přijmout alternativní hypotézu, na 5 % hladině významnosti existuje signifikantní závislost mezi názorem studentů medicíny týkající se profese sestry a potenciální integrací se studenty ošetřovatelství v rámci praktického cvičení.

S platnosti pro vlastní soubor respondentů je možno konstatovat, že studenti medicíny mající určité pozitivní vztah k sesterské profesi v 93,75% hodnotilo ošetřovatelskou praxi jako přínosnou, v 65,63% se vyjádřilo ve prospěch společného vzdělávání se studenty ošetřovatelství na téže fakultě a 56,26% zaujímá kladný postoj k potenciální integraci se studenty ošetřovatelství v rámci praktické výuky.

Závěr:

Záměrem práce bylo poukázat na větší podporu možnosti vzdělávání studentů nelékařských oborů v rámci lékařských fakult a podpořit tak multidisciplinární spolupráci a vzájemnou kolegiální již v rámci studia. Komunikace, souhra, profesionální a týmová spolupráce nejen mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a klinikami, ale i mezi personálem samotným, je nezbytnou součástí poskytování co nejkvalitnější péče.

Literatura:

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

Tuček, Milan. *Prestiž povolání – červen 2013* [pdf]. Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2013. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/prace-prijmy-zivotni-uroven/prestiz-povolani-cerven-2013>

Korespondence:

Bc. Martina Růžičková
Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku
1. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol
Email: m.ruziczka@gmail.com

SOCIÁLNÍ STATUS OŠETŘOVATELSKÉ PROFESY OČIMA STUDENTEK BAKALÁŘSKÉHO STUDIA OŠETŘOVATELSTVÍ

Daniel Jirkovský

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Príspevek obsahuje prezentaci výsledků výzkumné sondy prestiže povolání provedené u 35 studentek 1. a 2. ročníku kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na 2. LF UK v Praze v květnu 2014. Záměrem šetření bylo zjistit míru prestiže povolání všeobecné sestry a její sociální status v porovnání s dalšími 26 povoláními. Dále byly zjišťovány okolnosti, které jsou pro respondentky důležité při posuzování prestiže povolání. Pro vlastní šetření byla použita metodika CVVM Sociologického ústavu Akademie věd ČR. Z výzkumné sondy vyplynulo, že studentky bakalářského studijního programu Ošetřovatelství zařazují Všeobecnou sestru na druhé pořadí z 26 povolání a to hned za povolání lékaře, které považují na nejprestižnější. Jako nejvýznamnější okolnost pro posuzování prestiže povolání respondentky uvedly důležitost pro společnost.

Klíčová slova:

Sociální status; sociální role; prestiž povolání; všeobecná sestra; Ošetřovatelství - studium

SOCIAL STATUS OF NURSING PROFESSION THROUGH EYES OF NURSING BACHELOR DEGREE STUDY PROGRAM

Summary:

The contribution comprehends presentation of results of prestige research probe that was done to 35 students of 1st and 2nd year of Nursing bachelor study program in combined form on the 2nd Medical faculty of Charles University in Prague in May 2014. The aim of the research was to find out a degree of prestige of General nurse employment and its social status compared with other 26 various employments. Furthermore, there were also surveyed another circumstances important to respondents in order to compare the prestige. The methodology of Center for public opinion research of academy of sciences of the Czech Republic was used for the research itself. From the research probe resulted that students of nursing bachelor study degree program lists

general nurse employment on the 2nd place out of those 26 employments right behind the medical profession which they put on the 1st place. Respondents listed the importance for society as the most important circumstance for judging the degree of prestige of employment.

Key words:

Social status, social role, employment prestige, general nurse, Nursing - study

Úvod

Sociální status jakéhokoliv povolání je podmíněn celou řadou faktorů. Obecně zahrnuje souhrn práv, privilegií, výsad a dále soubor povinností, závazků, zákazů, určitou míru vážnosti, úcty (prestiže) a symboly postavení. Z uvedeného vyplývá, že jednou z hlavních složek sociálního statusu je všeobecná úcta, vážnost, tedy prestiž. Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR (dále jen CVVM) dlouhodobě hodnotí prestiž jednotlivých povolání v ČR. Na Ústavu ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol jsme využili metodiky používané tímto pracovištěm a zadali jsme v rámci bakalářského úkolu Bc. Martiny Růžičkové stejné otázky studentům magisterského studijního programu Všeobecné lékařství. Výsledky tohoto šetření jsou zveřejněny v předchozím příspěvku. Na konci května 2014 jsme předložili stejné dotazníky studentkám 1. a 2. ročníku kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství s cílem zjistit zda a případně do jaké míry se odlišuje pohled našich studentek na prestiž jednotlivých profesí. A právě výsledky této výzkumné sondy jsou obsahem tohoto sdělení.

Metodika

Vzhledem k záměru porovnat výsledky šetření zjištěné v souboru studentek bakalářského studijního programu Ošetřovatelství s výsledky šetření CVVM, využili jsme stejnou metodiku, kterou pro výzkumy veřejného mínění používá toto prestižní pracoviště. Z hlediska prezentace výsledků byly pro nás klíčové dvě položky. V první z nich respondentky sestavovaly žebříček prestiže u 26 vybraných povolání uvedených v tabulce č. 1 a to podle následujících instrukcí: „*Na seznamu jsou uvedena některá povolání. Vyberte povolání, jehož si vážíte nejvíce, a dejte mu 99 bodů. Pak vyberte takové, jehož si vážíte nejméně, a obodujte je číslem 01. Poté postupujte odshora dolů a všem zbývajícím přiřaďte body od 02 do 98 podle osobního uvážení.*“

TAB. 1: Seznam profesí:		
Lékař	Účetní	Policista
Vědec	Manažer	Truhlář
Zdravotní sestra	Voják z povolání	Majitel malého obchodu
Učitel na vysoké škole	Stavební dělník	Starosta
Učitel na základní škole	Profesionální sportovec	Kněz
Soudce	Bankovní úředník	Ministr
Soukromý zemědělec	Prodavač	Uklízečka
Projektant	Novinář	Poslanec
Programátor	Sekretářka	

Druhou klíčovou položkou dotazníku byla otázka zjišťující jaké okolnosti byly pro respondentky důležité při posuzování prestiže povolání. Otázka zněla: „*Co je pro Vás nejdůležitější při posuzování toho, jak moc si jednotlivých povolání vážíte? Vyberte tři okolnosti, které berete nejvíce v úvahu*“. Nabídka možných odpovědí je uvedena v následující tabulce.

TAB. 2: Okolnosti důležité při posuzování prestiže povolání	
Znalosti, které profese vyžaduje	Zručnost, šikovnost, kterou profese potřebuje
Důležitost pro společnost	Rozhodovací pravomoci, moc, kterou pracovník má
Zodpovědnost, kterou pracovník má	Nezávislost, samostatnost profese
Praktická potřebnost profese	To, jaké profese vyžaduje nadání, zvláštní talent
Fyzická namáhavost	Výše příjmů v této profesi
Duševní náročnost	Něco jiného

Respondentky měly uvést okolnosti, které jsou pro jejich rozhodování o prestiži vybraných povolání důležité na prvním, na druhém a na třetím místě.

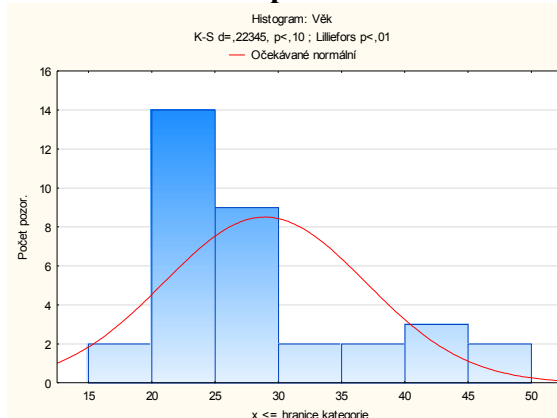
Organizace šetření a zpracování dat

Vlastní šetření proběhlo v měsíci květnu 2014. Studentkám 1. a 2. ročníku kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na 2. LF byl vydán dotazník se žádostí o vyplnění. Celkem bylo předáno 52 dotazníků, vrátilo se 39 vyplněných dotazníků (tj. 75 %). Z vyplněných dotazníků musely být z dalšího zpracování vyřazeny 3 dotazníky pro neúplné odpovědi a jeden dotazník, který vyplnil jediný student - muž. Celkem bylo vyhodnoceno a do výzkumné sondy zahrnuto 35 dotazníků. Třídění dat a jejich primární analýza byla provedena v MS Excel a dále byl využit program STATISTICA CZ 12.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Jak již bylo uvedeno výše, šetření se zúčastnilo 35 studentek kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na 2. LF UK v Praze. Průměrný věk respondentek byl 28,94 let ($s = 7,97$). Nejmladší účastníci šetření bylo 20 let a nejstarší 48 let. Z následujícího obrázku č. 1 vyplývá, že soubor dotazovaných nemá z hlediska věku normální rozdělení.

OBR. 1: Věková struktura souboru respondentů a očekávané normální rozdělení



V následujících tabulkách 3 a 4 je uvedeno vykonávané povolání respondentek a délka jejich praxe.

TAB. 3: Odborná způsobilost k výkonu zdravot. povolání		
Proměnná	n	%
Všeobecná sestra	22	62,86%
Zdravotnický záchranář	0	0,00%
Porodní asistentka	1	2,86%
Zdravotnický asistent	7	20,00%
Jiná odborná způsobilost	1	2,86%
Bez odborné způsobilosti	4	11,43%
Celkem	35	100,00%

TAB. 4: Délka zdravotnické praxe (mimo studium)		
Proměnná	n	%
Žádná nebo méně jak 1 měsíc	6	17,14%
Jeden měsíc až dva roky včetně	3	8,57%
Více jak 2 roky a méně jak 5 let	8	22,86%
5 – 10 let	7	20,00%
11 – 20 let	6	17,14%
Více jak 20 let	5	14,29%
Celkem	35	100,00%

Z obou prezentovaných tabulek vyplývá, že distribuce odpovědí respondentek mezi jednotlivé proměnné má poměrně malou četnost. Původní záměr analyzovat odpovědi

respondentů v závislosti na věku, odborné způsobilosti k výkonu povolání a v závislosti na délce zdravotnické praxe mimo studium, se tak stal nereálným, neboť by výsledky statistického testování nepřinesly korektní údaje. Z těchto důvodů budou dále prezentovány pouze výsledky za celý soubor respondentek.

Výsledky

Výsledky šetření jsou uvedeny v následující souhrnné tabulce:

TAB. 5: Prestiž povolání:					
Studentky bakalářského studia Ošetřovatelství, 2014				Pořadí dle výzkumu CVVM (2013)	(+/-) mezi pořadími
Pořadí	Název povolání	x	s		
1	Lékař	93,60	9,98	1	0
2	Všeobecná sestra	91,34	11,90	3	1
3	Vědec	81,03	20,97	2	-1
4	Učitel na základní škole	80,54	18,05	5	1
5	Učitel na vysoké škole	79,86	17,71	4	-1
6	Policista	68,63	27,16	10	4
7	Truhlář	68,06	21,24	11	4
8	Soudce	65,66	27,34	6	-2
9	Soukromý zemědělec	64,51	26,34	7	-2
10	Voják z povolání	64,26	28,71	16	6
11	Projektant	58,66	22,15	8	-3
12	Majitel malého obchodu	55,86	25,25	12	0
13	Uklízečka	51,57	32,24	25	12
14	Stavební dělník	49,49	26,94	17	3
15	Účetní	47,23	26,68	14	-1
16	Programátor	42,66	28,93	9	-7
17	Prodáváč	41,26	30,93	20	3
18	Kněz	41,14	33,28	23	5
19	Manažer	38,60	29,38	15	-4
20	Starosta	34,29	27,42	13	-7
21	Novinář	33,40	28,92	21	0
22	Bankovní úředník	32,89	25,16	19	-3
23	Sekretářka	31,71	27,66	22	-1
24	Profesionální sportovec	28,00	28,82	18	-6
25	Ministr	19,43	25,70	24	-1
26	Poslanec	14,09	22,96	26	0

Mezi pět nejprestižnějších povolání studentky zařadily povolání lékaře, povolání všeobecné sestry, vědce, učitele na základní škole a učitele na vysoké škole. Pořadí

prestiže těchto povolání se oproti výsledkům výzkumu provedeného CVVM v roce 2013 mírně liší. Respondentky, stejně jako reprezentativní soubor české populace, uvedly jako nejprestižnější povolání profesi lékaře. Dokonce i průměrný počet přidělených bodů odpovídá celostátnímu výzkumu. Na druhé místo v žebříčku 26 povolání zařadily respondentky profesi všeobecné sestry. Získaný průměrný počet bodů je však vyšší, než u druhého místa vědce v celostátním průzkumu CVVM, kde odstup lékaře od této profese byl větší jak 15 bodů. Na třetí místo respondentky zařadily vědce (ve výzkumu CVVM byl na druhém místě). Čtvrtou pozici obsadil učitel na základní škole před učitelem na vysoké škole. Ve výzkumu veřejného mínění v roce 2013 tomu bylo naopak. Z hlediska výše přidělených bodů pro jednotlivé profese jsou odpovědi respondentek nejhomogennější u povolání lékaře, všeobecné sestry a učitele na vysoké škole. Naopak největší variabilita ve výši přidělených bodů byla zaznamenána u povolání kněz, uklízečka a prodavač. Oproti žebříčku profesí z výzkumu CVVM (2013), tj. oproti reprezentativnímu vzorku populace ČR, se u studentek kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství těší vyšší vážnosti povolání uklízečky (+12 míst), dále překvapivě vojáka z povolání (+ 6 míst) a kněze (+ 5 míst). Naopak, nižší prestiž respondentky připisují povolání programátora a starosty (obě profese – 7 míst) a také profesionálního sportovce (- 6 míst). Jak již bylo uvedeno výše v rámci výzkumné sondy bylo rovněž zjišťováno jaké okolnosti ovlivňují respondentky při rozhodování o prestiži jednotlivých povolání. V následující tabulce je uvedena celková kumulativní četnost odpovědí při stanovení pořadí důležitosti (za první, druhé a třetí pořadí). Relativní četnost je vztažena k celkovému počtu odpovědí.

TAB. 6: Okolnosti důležité při posuzování prestiže povolání		
proměnná:	n	%
Znalosti, které profese vyžaduje	20	19,05%
Důležitost pro společnost	20	19,05%
Zodpovědnost, kterou pracovník má	22	20,95%
Praktická potřebnost profese	11	10,48%
Fyzická namáhavost	4	3,81%
Duševní náročnost	11	10,48%
Zručnost, šikovnost, kterou profese potřebuje	9	8,57%
Rozhodovací pravomoci, moc, kterou pracovník má	4	3,81%
Nezávislost, samostatnost profese	2	1,90%
To, jaké profese vyžaduje nadání, zvláštní talent	0	0,00%
Výše příjmů v této profesi	1	0,95%
Něco jiného	1	0,95%
Celkem:	105	100,00%

Z tabelárního přehledu vyplývá, že respondenty nejvíce oceňují odpovědnost, kterou pracovník při výkonu povolání má, dále důležitost povolání pro společnost a znalosti, které profese vyžaduje. Všechny tyto charakteristiky se také umístily na prvních místech při stanovení jejich pořadí. Na prvním místě účastníci šetření považují za nejvýznamnější důležitost povolání pro společnost, na druhém místě zodpovědnost, kterou pracovník má a na třetím místě znalosti, které profese vyžaduje.

Závěr

V příspěvku byly prezentovány výsledky výzkumné sondy zaměřené na zjišťování prestiže ošetrovatelské profese a dalších povolání provedené mezi studentkami bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na 2. LF. Přestože velikost zkoumaného vzorku respondentek neumožnila naplnění původního záměru vlastního šetření, získali jsme alespoň základní informace o pohledu studentek na své současné nebo i budoucí povolání. Provedené šetření chceme v nejbližší době doplnit a zpřesnit tak, aby z něj bylo možné vyvozovat konkrétnější závěry. Věříme, že pokud se do našeho šetření zapojí také studenti a studentky z jiných fakult, budou naše výsledky ještě přesnější a také zajímavější.

Literatura:

TUČEK, Milan. *Prestiž povolání – červen 2013*. Tisková zpráva. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, 2013, 7 s.

Korespondence:

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

VÝZNAM NEUROPSYCHOLOGIE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Javůrková Alena

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Oddělení klinické psychologie FNKV a Oddělení klinické psychologie FN Motol

Souhrn:

Biopsychosociální model je komplexní a systémový pohled na vztahy, které ovlivňují zdraví i nemoc vně i uvnitř jedince. Nemoc je způsobena více faktory a zdraví je udržováno balancí mezi faktory biologickými, psychologickými, sociálními a faktory z prostředí. Je nutné transformovat biomedicínský přístup zdravotní péče s dualistickým pojetím somatických a duševních nemocí na systém založený na biopsychosociálním modelu zdraví a nemoci. Ten zdůrazňuje všechny spolupodílející se faktory při vzniku, průběhu a udržování nemoci a tím klade požadavky integrovat psychologii do lékařské diagnostiky i léčby a spolupracovat s psychosociálními pracovníky v týmu. To vyžaduje spolupráci medicíny v rámci ošetřovatelství nejen s psychologií, ale i s filozofií a dalšími disciplínami. Součástí ošetřovatelství je ošetřovatelský proces, který v sobě zahrnuje tyto fáze: 1. získat o klientovi co nejvíce poznatků, 2. stanovit ošetřovatelskou diagnózu, 3. sestavit ošetřovatelský plán a realizovat ho, 4. vyhodnotit úspěšnost jeho plnění. Ve fázi 1. je kromě pozorování a rozhovoru možnost získat informace o pacientovi z neuropsychologického vyšetření. Neuropsychologie je vědní obor zabývající se vztahem mezi funkcí mozku a chováním člověka. Cílem je analýza vlivu mozkových lézí na psychické procesy a chování, zjištění poruchy těchto funkcí a stanovení vhodných neuropsychologických diagnostických a rehabilitačních postupů včetně neuropsychoterapie. Díky tomu je možné zajistit plnění holistického ošetřovatelského plánu.

Klíčová slova:

Ošetřovatelství, biopsychosociální model nemoci, neuropsychologie

Úvod

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví, jak uvádí Věstník MZ ČR 9/2004. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a

smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. K tomu využívá informace z psychosomatické medicíny.

Biopsychosociální model nemoci

Původně byla medicína oborem, který léčil všechna onemocnění. Vznik jednotlivých medicínských oborů v 19. století způsobil, že se klinické myšlení dichotomizovalo: choroby se začaly dělit na duševní a tělesné. Současné pojetí psychosomatické medicíny vychází z biopsychosociálního modelu, (užívaná synonyma jsou celostní, holistický, systémový), který se zabývá studiem biologických a psychosociálních faktorů při vzniku, průběhu i terapii u všech nemocí. Prosazuje se tak celostní přístup v prevenci, léčbě a rehabilitaci nemocí, pacient je v péči týmu odborníků se společnou myšlenkovou základnou. Psychosomatickou medicínu lze v současné době s jistým zjednodušením charakterizovat dvěma klíčovými slovy: multifaktorialita a multikauzalita, které stojí podle psychosomatiků za většinou nemocí. Zdůrazňuje biopsychosociální přístup v medicíně, tedy model, který chápe vztah mezi somatickými, psychologickými a sociálními faktory jak v prevenci, tak v léčbě chorob. Dualistické uvažování nadřazuje užití biomedicínckého modelu zdraví a nemoci ve zdravotní péči a psychosociálního modelu v psychosociální péči. Každý z uvedených modelů má své přednosti, rozdíly a styčné body, které postupně popíšeme na příkladu revmatoidní artritidy (RA), chronické nemoci, u které jsou při vzniku a udržování prokázány jak patofyziologické, tak psychosociální faktory (Raudenská a Javůrková, 2011). 1. Biomedicínský model (Obr.1) je ve zdravotnictví nejrozšířenější, zaměřuje se na lineární vztah mezi patofyziologií, průběhem nemoci, poškozením a invaliditou, nemoc má jednu příčinu a obvykle jeden způsob léčby a léčí i při absenci choroby. Model vychází z dualistického dělení nemocí na duševní a somatické a předpokládá, že psychosociální faktory jsou v kompetenci odborníků z psychologie a psychiatrie, proto se na ně zaměřuje okrajově, podporuje pasivitu pacienta v léčbě a posiluje významně roli lékaře jako experta. 2. Psychosociální model oproti biomedicínckému modelu posiluje aktivní účast pacienta na prevenci, diagnostice, rozhodování o léčbě a léčbě. Chápe zdraví jako kontinuitu a věnuje se zvládání (angl. coping) chronické nemoci, protože vyléčení není možné. K pochopení úlohy psychologických faktorů na chronickou nemoc využívá paradigma stresu (Lazarus a Folkman, 1984). Zvládání stresu může ovlivnit exacerbaci, nebo naopak snížení

symptomů zde na modelu RA, a její celkový rozvoj (Obr.2). Na rozdíl od biomedicínského modelu ale psychosociální model předpokládá, že vzájemný vztah mezi psychosociálními a biologickými proměnnými není lineární, ale komplexní, s dynamikou a vzájemným propojením. 3. Biopsychosociální model (Obr.3) integruje psychologický přístup do lékařské péče (diagnostiky i léčby) a zdůrazňuje týmovou spolupráci mezi lékaři a psychosociálními pracovníky v léčbě. Například psychiatrie přijala biopsychosociální model téměř před třiceti lety, pediatrie a interní medicína ho v posledních letech začleňují do vzdělávání a klinické praxe. Ostatní obory medicíny, zejména chirurgické, jsou ale mnohem pomalejší. Na druhou stranu také klinická psychologie přechází postupně z psychosociálního modelu zdraví a nemoci k biopsychosociálnímu. Zdravotní péče se tak stává zejména u chronických onemocněním efektivnější a kvalitnější (Raudenská a Javůrková, 2011).

Neuropsychologie a její význam v ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky. V oboru neurologie také s neuropsychologem. Neuropsychologie je vědní obor zabývající se vztahem mezi funkcí mozku a chováním člověka. Cílem je analýza vlivu mozkových lézí na psychické procesy a chování, poruch těchto funkcí, stanovení neuropsychologických diagnostických a rehabilitačních postupů a neuropsychoaterapie. Léčba neurologických onemocnění vyžaduje interdisciplinární přístup. Proto je ve většině neurologických klinik psychologické vyšetření nedílnou součástí diagnostického a léčebného procesu. Neuropsychologické vyšetření je v rámci léčby indikováno: po prvním projevu neurologického onemocnění a dále v průběhu onemocnění dle indikace ošetřujícího neurologa, při subjektivních či objektivních změnách v oblasti kognitivních schopností (např. intelektu, paměti, pozornosti), při změnách nebo poruchách osobnosti, chování, emotivity, nálady a sociability. Účelem neuropsychologického vyšetření je: 1. neuropsychologická diagnostika tj. vyšetření úrovně kognitivních schopností (kvantitativní i kvalitativní), posouzení změn, lokalizace případné léze včetně její lateralizace, predikace možných rizik, 2. diagnostika osobnosti, zejména se zaměřením na osobnostní strukturu, poruchy osobnosti, poruchy nálady a compliance. V následné

péči neuropsycholog participuje na neuropsychologické rehabilitaci a psychoterapeutické péči. Neuropsycholog se zaměřuje primárně na vyšetření kognitivních schopností ve smyslu jejich fungování se snahou kvantifikovat výsledky, a posléze sekundárně usuzuje z takto získaných výsledků na možnou lokalizaci cerebrální léze. Pokud má neuropsychologické vyšetření validně vypovídat o pacientovi, nemůže být tvořeno pouze neuropsychologickými testy. Je potřeba, aby zahrnovalo i rodinnou anamnézu (včetně rodinných a sociálních vztahů), přehled školní a pracovní historie (spolu s úrovní školního prospěchu a pracovní úspěšností) a případně dřívější psychiatrickou či psychoterapeutickou anamnézu (pacienta i u blízkých rodinných členů). Díky detailnějšímu přístupu tak neuropsychologické vyšetření často přinese důležité informace, které mohou v rámci základního anamnestického vyšetření ošetřujícím lékařem uniknout. Neuropsychologové užívají testové baterie, které měří obecněji úroveň kognitivních schopností (testy inteligence) a řadu specifických zkoušek, které jsou citlivé na funkční změny v jednotlivých mozkových lalocích. Tedy testové metody citlivé na poškození frontálních, temporálních, parietálních a okcipitálních laloků. Testy inteligence. Neuropsychologické vyšetření je hodnocení jednotlivých kognitivních lokalizovaných funkcí a vychází z kvantitativního hodnocení (výsledky testů) ale i z kvalitativního hodnocení erudovaným neuropsychologem, který posuzuje výsledky vzhledem k intelektové úrovni každého jedince, lokalizaci deficitů a jedinečné osobnosti. Neuropsychologické vyšetření je vyšetření funkce a nemusí se vždy shodovat se strukturální lézí. Kognitivní schopnosti jsou propojené navzájem, a proto vždy nemusí být nález lokalizovaný i neuropsychologicky. Jedním z vůbec nejrozšířenějších testů inteligence v klinické praxi jsou Wechslerovy škály inteligence, poslední u nás užívanou variantou je WAIS-III (Wechsler Adult Intelligence Scale III). Test je tvořen tzv. verbálními a performačními (neverbálními, praktickými) subtesty. Společně z výkonů ve zkouškách verbálních a performačních vyhodnocujeme celkovou úroveň inteligence (IQ). Další užívané testy inteligence jsou Raven's Progressive Matrices (Ravenovy progresivní matrice), Kaufman Brief Intelligence Test, Mini Mental State Examination (pouze screeningová metoda). Testy laterality pomocí jednoduchých zkoušek měří, která z horních končetin je dominantní, případně které oko, noha či ucho. Praktickým výstupem je potom určení některého typu laterality: laterality souhlasná (s dominancí pravé ruky a pravého oka nebo levé ruky a levého oka), laterality zkřížená (při dominanci pravé ruky a levého oka, či naopak), a nevyhraněná (v tomto případě můžeme hovořit mimo jiné o ambidextrii). Na základě takto získaných výsledků (často

pomocí propočtů) neuropsycholog usuzuje na to, která z hemisfér je dominantní, což mu umožňuje lépe lateralizovat některé případné kognitivní deficity. Používá specifické zkoušky podle jednotlivých mozkových laloků (Lezak, 2012). Frontální oblasti jsou, nejen z neuropsychologického pohledu, strukturou značně nehomogenní. V důsledku svého bohatého neuronálního propojení s dalšími oblastmi mozku se podílí i na velkém množství mentálních procesů. Pravděpodobně nejvýznamnější je propojení s posteriorními kortikálními oblastmi (zejm. parietálními a temporálními, ale též okcipitálními), s limbickými oblastmi (zejména amygdalou a hipokampem), se striatem a dopaminergním a cholinergním systémem subkortikálních oblastí. Je tedy zřejmé, že značná část jejich funkce plní úlohu integrativní. Z neuropsychologického hlediska mají frontální oblasti vliv především na kognitivní schopnosti (exekutivní schopnosti, paměť, pozornost, myšlení, řečové schopnosti, motorické dovednosti) a na osobnost (poruchy chování a osobnostní změny). Nejčastěji užívané testové metody senzitivní na dysfunkci frontálních oblastí jsou Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Stroop Test, Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS), Cognitive Estimation Test (CET), Testy verbální a vizuální fluence (Stuss, 2007). Temporální oblasti jsou spojované tradičně s mnestickými schopnostmi. V této souvislosti je velmi důležitý fakt, že paměťové funkce jsou ve vztahu k neuroanatomickým a funkčním korelátům mozku komplexním procesem. Na jejich integritě se podílí právě temporální oblasti. Významnou úlohu, alespoň pro část mnestických funkcí, hrají současně i struktury laloku frontálního. Pacienti s postižením temporálního laloku na straně dominantní hemisféry mohou vykazovat obtíže v následujících kognitivních schopnostech: verbální paměti, verbálním učení, rekognici (znovupoznání) verbálních obsahů, slov a hlasů (sluchová agnózie), řečové perpci a perpci verbálního materiálu obecně (Wernickeho afázie; přítomnost poruch řeči spadá spíše do kompetence logopeda), někdy ve čtení (alexie). Oproti tomu pacienti s funkčním postižením temporálního laloku na straně nedominantní hemisféry mohou mít kognitivní obtíže v neverbální paměti, neverbálním učení, rekognici vizuálních obsahů a rekognici tváří (prozopagnózie), neverbální složce řeči – intonace, tempo, akcent, atd. (aprozodie), prostorové orientaci a paměti, rozpoznání rytmů, tónových sekvencí (amúzie). Do kompetence frontálních oblastí ve vztahu k paměti můžeme přiřadit především zajišťování pracovní paměti (integrativní proces), procedurální paměti (paměť pro motorické dovednosti, zde se funkčně spolupodílí i parietálních oblastí) a epizodické paměti (paměť pro „kdy“ a „kde“ se staly události a jak plynuly v čase za sebou). V této souvislosti rozlišujeme:

spontánní vybavení (angl. free recall), bezprostřední (spojované s laterálními temporálními okruhy) a oddálené (spojované s meziálními temporálními okruhy) a znovupoznání (angl. recognition) na němž se spolupodílí též frontální okruhy. Schopnost učít se je asociována s meziálními temporálními oblastmi, kdy klíčovou strukturou je v této souvislosti hipokampus. Zatímco hipokampální formace je klíčová pro konzolidaci extrapersonální sensorické informace do paměti, amygdala je zodpovědná za afektivní a zážitkový tón dané ukládané sensorické informace. V oblasti temporální má svůj význam pól temporálního laloku, zejména jeho vliv na sociální a emoční procesy, včetně rozpoznávání známých a neznámých tváří a schopnosti odvodit touhy, plány a domněnky ostatních osob – „theory of mind“ – (ToM), a empatie. Neuropsychologické testové metody senzitivní na dysfunkci temporálních oblastí jsou: Wechslerova škála paměti (Wechsler Memory Scale III – WMS III) jako komplexní paměťová škála, která umožňuje posouzení kvality, kvantity a charakteru paměťových deficitů, výstupem je celkový paměťový kvocient (MQ). Recognition Memory Test (RMT), testy vizuální paměti Rey-Osterrieth Complex Figure Test (CFT), Hodgesovy elementy, Benton Visual Retention Test. Testy učení California Verbal Learning Test (CVLT), Rey Auditory-Verbal Learning Test (RAVLT), Design Learning, pro vyšetření řečové percepce Dichotické naslouchání, Facial Recognition Test, Faux Pas Test, Emotion Recognition Test (Javůrková et al., 2006). Hlavní doménou parietálních oblastí jsou z neuropsychologického hlediska: symbolické schopnosti (při lézích v parietálních oblastech se mohou objevit symptomy akalkulie, alexie, agrafie, apraxie; ojedinele též mírné alterace řečových schopností - afázie), orientace v tělesném schématu (při funkčních lézích v parietálních oblastech lze pozorovat poruchu poznávání prstů - „finger“ agnózie, anozognózii pro tělesné postižení, autotopagnózii - neschopnost pojmenovat, lokalizovat části těla, „asymbolie“ bolesti - chybění normální reakce na bolest), poruchu pravo-levá orientace (poruchy spočívají v neschopnosti správně rozlišit pravou či levou stranu těla – vlastního či cizího), dále somatosenzorické funkce (při alteraci může vedle běžných poruch cití vzniknout taktilní agnózie – pacient je neschopen prostřednictvím doteku rozpoznat objekty, taktilní extinkce – např. při současném doteku obou paží na symetrických místech, pacient uvádí dotek pouze na intaktní straně), vizuomotorické a vizuoprostorové schopnosti (jsou hlavním kognitivním korelátem temporo-parieto-okcipitálního pomezí; u pacientů s funkčním deficitem v těchto oblastech lze také pozorovat obtíže při lokalizaci pozice předmětu v prostoru, narušena je schopnost odhadnout vzdálenost a směr; oslabena je topografická

paměť). Dále se při dysfunkci parietálních oblastí mohou vyskytovat některé specifické syndromy: Gerstmannův syndrom objevuje se při lézích angulárního gyru dominantní hemisféry nebo Neglect syndrom vzniká nejčastěji při funkčních lézích nedominantního parietálního laloku (Fanfrdlová a Javůrková, 2004). Standardní zkoušky senzitivní na dysfunkci parietálních schopností jsou součástí komplexních testových baterií, nejčastěji primárně zaměřených na afázie: Western Aphasia Battery (WAB) a Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE), Test kresby hodin (Clock Drawing, Clock Test), Rey-Osterrieth Complex Figure Test (CFT, Reyova komplexní figura), Bender Gestalt Test, Benton Visual Retention Test, Tactual Performance Test (TPT), Test apraxií (Cambridge), Finger Tapping Test a Hand Dynamometr, Clock Drawing, Line Bisection Test, Bells Test for Visual Neglect (Spreen a Strauss, 1998). Okcipitální laloky jsou z neuropsychologického pohledu centrem zejména vizuálního percepčního systému, avšak s funkčním dopadem na řadu kognitivních schopností. Pro neuropsychology je významné jejich funkční propojení s temporálními a parietálními laloky. U pacientů s funkční lézí okcipitálního laloku se z kognitivních gnostických poruch mohou vyskytovat zejména vizuální agnózie. Když vážně percepční kategorizace, pak hovoříme o aperceptivní agnózii (bývá spojována s lézemi v nedominantní hemisféře). Jindy může nastat situace, kdy pacient má zachovalou integrační percepční složku vnímání, ale není schopen spojit vnímaný předmět s jeho významem – vážně sémantická kategorizace a výsledkem je asociační agnózie (spojována s lézemi v dominantní hemisféře). Někdy mohou pacienti vykazovat specifické gnostické poruchy: vizuální agnózii pro objekty a prozopagnózii (obě poruchy bývají častěji spojovány s lézemi v nedominantní hemisféře). Pacienti s funkční lézí okcipitálního laloku také mohou mít obtíže charakteru prostorové agnózie (neschopnost pracovat s vizuo-prostorovými vztahy a správně lokalizovat objekty v prostoru). Obecně bývají vizuo-prostorové schopnosti narušeny častěji u pacientů s lézí nedominantní hemisféry. Oproti tomu achromatopsie, neboli agnózie pro barvy, bývá spojována s lézemi v dominantní hemisféře. Neuropsychologické testové metody senzitivní na dysfunkci okcipitálních oblastí jsou Visual Object and Space Perception Battery (VOSP) a Facial Recognition Test (Lezak, 2012). Osobnostní a behaviorální změny bývají u pacientů s lézí či alterací CNS často přítomny. Na tyto změny má vliv řada faktorů (vlastní onemocnění, medikace, sociální vlivy, genetické, atd.). V praxi se nejčastěji jedná o problematiku poruch nálad, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti. Nejčastější se vyskytuje deprese, ale její projevy nekorelují s neurologickým nálezem, ani s tíží onemocnění, měřenou součtem počtu

symptomů a kognitivních dysfunkcí. Deprese ale pozitivně koreluje se subjektivním prožíváním mnestických deficitů, s věkem u starších pacientů, u pacientů s vyšší mírou stresu. V rámci biospsychosociálního modelu je vhodné zjistit i „koupinkové“ strategie (z angl. cope – zvládnout, vypořádat se), které pacienti využívají k vyrovnání se s chronickou nemocí, také rozsah přesvědčení člověka o tom, nakolik může kontrolovat a ovlivňovat události, které se ho dotýkají („locus of control“) a míru religiozity, spirituality či citové vazby v dětství a dospělosti (attachment). Všechny tyto faktory (ať se zdají sebesložitější) mohou mít vliv jak na kvalitu podaných výkonů v průběhu neuropsychologického vyšetření, tak zejména na úroveň a podobu spolupráce s pacientem v průběhu celého léčebného procesu. Významná pro pacienty, i s kognitivními deficity, je také psychoterapie (Raudenská a Javůrková, 2002). Nejčastěji užívané testové metody na depresivní symptomatologii jsou: BDI II (Beckova sebesuzovací stupnice deprese), HAMD (Hamilton Depression Scale), projektivní testy osobnosti: Rorschachův test, osobnostní dotazníky: MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2), SCL-90, na psychosociální problematiku a kvalitu života: Dotazník životní spokojenosti, dále Locus of control (LOC), religiozita (GLHC-God locus of health control-Wallston), attachment (ECR, PBI). Nemoc, chápána v biospsychosociálním pojetí, výrazně ovlivňuje psychosociální aspekty života pacienta. Mnoho studií prokazuje, že neurologičtí pacienti mají vyšší riziko psychosociálních problémů a redukovanou kvalitu života (horší zdravotní stav, nezaměstnanost a/nebo neschopnost zařadit se do pracovního procesu, nižší příjem, hůře si hledají partnera, v oblasti kognitivních funkcí uvádí při subjektivních výpovědích typicky potíže s pamětí, učením se, pozorností, pomalejší psychomotorické tempo, obtížnější zpracování informací, řečové deficity. Také emoční rozpoložení, porucha nálady, osobnostní rysy, životní zkušenosti, styl rodinné výchovy to vše může sehrát roli. Biospsychosociální pojetí nemoci a informace z neuropsychologického vyšetření tak mohou výrazně propojit holistické chápání ošetřovatelského procesu.

Závěr

K moderním trendům ošetřovatelství patří mimo jiné poskytování ošetřovatelské péče vícestupňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetřovatelský tým, složený z ošetřovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace. Neuropsycholog může

být v rámci ošetřovatelství součástí týmu a výrazně přispívat svými poznatky o stavu pacienta ke kvalitnímu holisticky pojatému ošetřovatelskému procesu.

Podpořeno MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203

Literatura:

- 1) Fanfrdlová, Z. - Javůrková, A. Neuropsychologické vyšetření. In Brázdil, M.-Hadač, J.- Marusič, P. *Farmakorezistentní epilepsie*, 1. vyd. Praha: Triton, 2004. Kapitola 5.7, s.140-149. ISBN 80-7254-836-0
- 2) Javůrková, A., Fanfrdlová, Z., Adámková, E. Neuropsychologické vyšetření. In Brázdil, M. a Marusič P. et al. *Epilepsie temporálního laloku*, 1.vyd. Praha: Triton, 2006. Kapitola 12, s.188-203. ISBN 80-7254-836-0
- 3) Lazarus, R. - Folkman, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984. 456 s. ISBN-13: 978-0826141910
- 4) Lezak M.D., Howieson D.B., Daniel, E.D., Tranel, D. Neuropsychological Assessment. Fifth Edition. Oxford University Press, Oxford 2012. 1200 s. ISBN-13: 978-0195395525
- 5) Raudenská, J. - Javůrková, A. Celostní péče o pacienta. In Raudenská, J. a Javůrková, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* , 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Kapitola 1, s.17-34. ISBN 978-80-247-2223-8
- 6) Raudenská, J. - Javůrková, A. Možnosti kognitivně-behaviorální terapie v léčbě somatických onemocnění (model chronické bolesti u pacientů s kognitivními poruchami). *Bolest*, 2002, 5, 3, s. 164-7. ISSN 1212-0634
- 7) Spreen, O. - Strauss, E.A. Compendium of Neuropsychological Tests: administration, norms, and commentary. Second Edition. Oxford: Oxford University Press, 1998. 736 s. ISBN 0195100190 9780195100198
- 8) Stuss T.D. New Approaches to prefrontal lobe testing. In Miller, B.L. a Cummings, J.L. *The Human Frontal Lobes: Functions and Disorders*. Second Edition. The Guilford Press: New York, London, 2007. Part V, s.292-306, ISBN-13: 978-1-59385-329-7

Kontaktní adresa:

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
Oddělení klinické psychologie FNKV
Šrobárova 50
100 34 Praha 10 – Vinohrady
Email: alena.javurkova@post.cz

VÝZNAM A HODNOTA PORODNÍ BOLESTI

Jaroslava Raudenská,

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Oddělení klinické psychologie FN Motol

Souhrn:

Narození dítěte do rodiny patří mezi nejvýznamnější interpersonální změny v dospělosti. Díky rychlým změnám v západní společnosti se během posledních let snížil na úkor práce a kariéry význam mateřství. V článku se pokoušíme shrnout historii pohledu na zvládnání porodní bolesti v druhé polovině 20. století v kontextu světového sociokulturního měřítka. Zaměřujeme se zejména na období od 50. do 80. let, tedy na dobu, ve které proběhly významné změny v psychologickém porozumění porodní bolesti u lékařské profese, ale i na veřejnosti. Tato doba je svědkem důrazu na roli ženy a psychologii porodní bolesti reflektující se v podobě dvou podobných psychologických přístupů: přirozený porod podporovaný britským lékařem Grantly Dick-Readem a psychoprolaxe zavedená sovětským neuropsychologem I.Z.Velkovským, popularizovaná na západě francouzským porodníkem Fernandem Lamazem. Zdůrazňujeme některé nadnárodní vlivy a národnostní zvláštnosti přisuzované porodní bolesti ve Francii a ve Spojených státech v rámci kontextu vývoje v Sovětském svazu a ve Velké Británii. Popisujeme způsoby, jak dynamické vztahy mezi zdravotníkem a pacientkou mohly ovlivnit měnící se sociální význam a hodnoty porodní bolesti. S technickým rozvojem medicíny, farmakoterapie, navýšením užití epidurální anestezie a císařského řezu na konci 20. a na počátku 21. století a s očekáváním matek a společnosti od medicíny se zamýšlíme nad tím, zda je porodní bolest zkušenost, kterou bychom měli přijmout, nebo se jí vyhnout.

Klíčová slova:

porodní bolest, zvládnání, sociokulturní kontext

Úvod

Narození dítěte vyžaduje osvojení nových dovedností a přijetí nové zodpovědnosti (Ruble et al., 1990). Přejít k rodičovství je záležitostí zrání - na konci tohoto vývojového procesu žena a muž dojdou k trvalé změně. Adolescentní ženy, starší prvoroďičky, ženy bez partnera či psychosociální podpory jsou v přechodu k rodičovství zranitelnější. Během prvního trimestru je v ohrožení původní identita ženy a celkem

běžná je nevědomá úzkost, lítost nad ztrátou vlastního dětství a strach z regrese. Během druhého trimestru se žena adaptuje na nadcházející mateřství a vnímá dítě jako nezávislou bytost. Nevědomá úzkost se zmenšuje a nahrazuje ji starost o blaho dítěte ve formě bohatých regresivních fantazií a pestrobarevných snů. Třetí trimestr představuje aktivní přípravu na porod, dítě a novou životní situaci. Emocionální a sociální stažení spolu s oslabeným zájmem o vnější stimuly pomáhá ženě se na porod a porodní bolest koncentrovat. Porodem žena ztrácí symbiotický vztah s dítětem, což může být také zdrojem úzkosti. Jako klíčový moment emoční pohody a optimálního vývoje dítěte se jeví raný vztah matky s dítětem a formování vazby (Bowlby, 1969), která se vyvíjí již během těhotenství (Hipwell et al., 2000).

Průběh porodní bolesti

Bolest během porodu má viscerální a somatickou komponentu. V první době porodní je bolest především viscerálního původu, a to vlivem zvyšujícího se děložního tlaku, rozpínáním vazů a tlaku na čípek. Bolest se odráží v segmentech Th 11-12 v latentní fázi, poté během aktivní fáze zasahuje až do Th 10 a L1. Během přechodové a druhé fáze porodu nastupuje somatická bolest pramenící z tlaku na pánevní dno, vagínu a perineum. Bolest je omezena zejména na oblast inervovanou vulvovým nervem a reflektovanou v sakrálních segmentech S2-4. Během bolesti z děložní kontrakce je vyvolána neuroendokrinní stresová reakce s mnoha fyziologickými účinky. Bolest při kontrakcích stimuluje dýchání a může vést až k hyperventilaci, zvýšené spotřebě kyslíku a dále díky respirační alkalóze a vazokonstrikci v děložním vaskulárním lůžku až k fetální metabolické acidóze. Zvýšená noradrenalinová aktivita může dále zeslabit placentární krevní oběh a zároveň zmírnit děložní kontrakce, což v obojím případě jde na úkor pohody plodu a postupujícímu vaginálnímu porodu. V momentě úlevy od bolesti se dýchání dostává do normálu a riziko respirační alkalózy je zažehnáno. Navíc je taktéž odvráceno nebezpečí metabolické alkalózy, což vede ke zlepšení děložních kontrakcí a k pohodě plodu (May a Elton, 1998).

Přirozený porod

Přirozený porod je způsob vedení porodu bez (či s minimem) farmakoterapie k tišení bolesti. Vznikl na konci první poloviny 20. století jako reakce na odstraňování bolesti u porodu pomocí farmakoterapie. Zdůrazňoval psychologické potřeby ženy během porodu a její aktivní účast na porodu. V jeho zrodu stál britský lékař **Grantly Dick-Read**,

narozený v roce 1890. Jeho dílo *Přirozený porod* (Dick-Read, 1933) a *Porod beze strachu* (Dick-Read, 1944) byly vydávány v době, kdy druhá světová válka zbrzdila populaci a na obou stranách Atlantiku vypukl baby boom. Ve své další práci kladl důraz na matku, na výbornou fyzickou kondici, aby byla schopná vydržet stres při porodu. Proto první fáze formulovala podmínky a okolnosti porodu a psychologické aspekty byly přidány později. Dick-Read zdůrazňoval potřebu kontroly pacientky nad porodem a bolestí za podpory empatické porodní asistentky, která v průběhu stresové situace fungovala jako kouč (1969). Dick-Readova podoba porodu bez léků nastolila zajímavý trend v porodnické praxi na konci první poloviny 20. století (Dick-Read a Wessel, 1994). Většina britských a amerických žen střední a vyšší střední třídy se v této době přikláněla k farmakologické úlevě od porodní bolesti (oxid dusný, kombinace morfinu a skopolaminu). Dick-Read věřil, že lepší, bezpečnější a více uspokojující cesta k dítěti je zvládnutí bolesti díky hluboké relaxaci a klidnému chování matky pomocí edukace v oblasti fyziologie těhotenství a porodu. Domníval se, že bolest a utrpení jsou produktem ženské mysli, nikoli jejího těla. Dívky podle něho vyrůstaly v prostředí, kde slyšely, že porod je a byla příšerná zkušenost. Edukace a nácvik relaxace měly připravit ženy na strach z bolesti a z neznámé zkušenosti. Dick-Read věřil, že strach vytváří svalovou tenzi a bolest. Tento proces nazval cyklus strach-tenze-bolest. Nikoli anestezie, ale edukace a psychologická příprava měla napomoci tomu, aby se porod opět stal normálním přirozeným procesem. Až do své smrti v roce 1959 hrál Dick-Read hlavní roli v popularizaci kurzů předporodní přípravy ve Velké Británii i v USA. Propagátorkou přirozeného porodu v USA byla i **Elisabeth Bingová**, původem fyzioterapeutka a porodní lektorka, narozená v roce 1914 v Berlíně. Studovala v Londýně a po válce žila v New Yorku. Ve spolupráci s porodníkem **Benjaminem Segalem** v roce 1960 založili Americkou společnost pro psychoprofylaxi v porodnictví (ASPO - z angl. American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics) přejmenovanou později na Lamaze International (dostupné na <http://www.lamazeinternational.org/>). ASPO chtěla odlišit psychoprofylaxi od Readovy metody přirozeného porodu tím, že zdůrazňovala sofistikovanější pavlovskou teoretickou základnu a rigoróznější klinické studie psychoprofylaxe (Bing, 1994). Představitelé ASPO se snažili v kontextu studené války zastříti sovětský původ psychoprofylaxe. Původně ruský termín „psychoprofylaxe“ v USA zcela zapadl a metoda dostala jméno od francouzského porodníka Lamaze, jenž ji přenesl přes „železnou oponu“.

Psychoprofylaxe

Psychoprofylaxe byla vyvinutá sovětským psychologem **I.Z.Velvovským** v letech 1948 – 1949 a popularizovaná na západě francouzským porodníkem **Fernandem Lamazem**. Nezávisle na Dick-Readově práci o přirozeném porodu se výzkumníci ze Sovětského svazu potýkali se stejnými otázkami – jak zvládat porodní bolesti - a došli k podobným závěrům. Tváří v tvář katastrofickému demografickému dopadu druhé světové války Sovětský svaz hledal možnost zvýšení porodnosti, ovšem na rozdíl od svých bývalých západních spojenců trpěl zásadním nedostatkem anestetik a analgetik. Farmaceutický průmysl nebyl schopný uspokojit nároky porodnictví, tudíž se sovětské autority obrátily k psychologickým prostředkům úlevy od bolesti. Velvovský po dvaceti letech výzkumu aplikace hypnózy při porodu hledal k úlevě od bolesti efektivnější a časově úspornější psychologický přístup. Tak jako u Dick-Readova přirozeného porodu, ženy k porodu připravovala edukace v oblasti fyziologie těhotenství a porodu – tím docházelo k eliminaci strachu z neznámého. Síla sugesce pak narušovala negativní očekávání, porodník budoucím matkám tvrdil, že mají předpokládat bezbolestný porod. Psychoprofylaxe zdůrazňovala mnohem více než Dick-Readův přirozený porod roli vědomé relaxace a dýchání během porodu. Mělo docházet k odstraňování negativního podmiňování vlivem edukace a vytváření nových podmíněných reflexů díky přípravnému dýchání. Psychoprofylaxi se dostalo nadšené podpory ze strany sovětského státu, protože vyžadovala relativně málo finančních investic, byla legitimizovaná na základě práce významných ruských vědců a podporovala prenatální agendu. V létě roku 1951 přicestoval do SSSR porodník Fernand Lamaze. Byl svědkem porodu využívajícího psychoprofylaxi a vrátil se do Francie s posláním šířit ji. V březnu 1952 Lamaze provedl v nemocnici Les Bluets první francouzský porod za užití psychoprofylaxe a nemocnice se stala tréninkovým centrem psychoprofylaxe - od Lamaze se učili studenti z celého světa (Lamaze, 1972). Ve stejné době SSSR propagovala tuto metodu ve Východní Evropě a v Čínské lidové republice. Ve Francii se psychoprofylaxe těšila větší popularitě než přirozený porod. V USA se nejprve etabloval přirozený porod, ale následně byl sloučen s psychoprofylaxí, posléze se hranice mezi oběma setřela. Úspěch lamazovského hnutí ve Spojených státech a v anglofonním světě byl do velké míry postaven a rozšířen na Dick-Readově snaze o propagaci přirozeného porodu, přestože stoupenci Lamazeho se ze všech sil snažili tyto dva přístupy jasně oddělit. Intenzivní a prudké debaty v 50. a 60. letech 20. století vykreslují obrovskou rivalitu, která z metod je efektivnější a jak se odlišují. V 70. letech toto argumentování

polevilo a přirozený porod a Lamazova metoda se staly synonymy. Tabulka 1 nabízí srovnání obou metod ve smyslu rušících faktorů, následků, profylaxe, účinku a principu přípravy, typu dýchání a cíle (Pařízek et al., 2002). Sovětští přívrženci psychoprofylaxe inklinovali ke zdůrazňování materialistických pavlovských vysvětlení relativní síly či slabosti ženského nervového systému jako zdroje porodní bolesti; z politických a ideologických důvodů měli jejich levicoví francouzští spojenci tendenci odvolávat se na stejná odůvodnění. Ale stoupenci Dick-Reada ve Velké Británii a USA a konzervativnější část francouzské lékařské obce preferovala freudiánské interpretace ve smyslu vlivu mysli na porodnickou bolest. Tito porodníci a psychologové se u ženy snažili přijít na nevědomé motivy a zážitky z dětství jako zdroje fyzického utrpení během porodu. V obou případech ale byla klíčem psychologie, nikoli anesteziologie.

Vývoj přirozeného porodu a psychoprofylaxe

Ženy ve Francii, USA i jinde prožily porodní bolest i přesto, že prošly prenatální průpravou. Potom často cítily vlastní selhání a byla jim přiřazována emoční porucha, která by za porodní bolest mohla být zodpovědná. Pro příznivce psychoprofylaxe znamenalo „totální selhání“ pokud rodička prožívala bolest a navenek ji projevovala chováním při bolesti (křik, pláč, grimasy, atd.), anebo se domáhala anestezie. Vina za utrpení se kladla pouze rodičce a bylo vyloučeno, že by metoda mohla mít omezenou účinnost. Zastánci psychoprofylaxe připisovali částečné či celkové selhání dvěma možným zdrojům: vnější příčiny spojené s aplikací metody (hluk na porodním sále, hostilní personál, nedostatečné instrukce a edukace) a vnitřní příčiny v ženě samotné (Karmel, 1959). Porodník, psycholog či porodní lektorka, kteří hodnotili pacientčino chování u porodu, připisovali často selhání „citlivosti“ (ženiny) kortikální rovnováhy. Francouzské matky v 50. letech 20. století často cítily lítost, že zklamaly své porodníky i sebe samé. Cítily se zodpovědné za selhání (tzn. že měly při porodu bolesti) a doufaly, že příště se jim povede lépe. V 60. letech se představitelé ASPO shodli s Francouzi na tom, že porodní bolest je primárně psychogenní, v této době americké ženy přijímaly bolest jako součást normálního přirozeného porodu. Zážitek dokonce i silné bolesti ženy neodradil od hodnocení svého psychoprofylaktického porodu jako úspěšného, přestože porodníci ho mohli označit jako neúspěšný, protože žena měla bolest. Ve Francii, kde se daleko většímu zájmu těšila psychoprofylaxe, byla mnohem vyšší očekávání ohledně absence bolesti. Ve Spojených státech, kde po téměř dvě desetiletí předcházela profylaxi vliv Dick-Readových teorií o „porodu beze strachu“, ženy nehledali eliminaci bolesti,

ale spíše nástroje pro její zvládnání. Je zajímavé, že způsob uvažování Američanek v tomto období se blížil pojetí zdravotnických profesionálů v SSSR po roce 1956, kdy destalinizace vedla k otevřenějším diskuzím na téma metod lékařského výzkumu a klinické praxe. Mezi sovětskými porodníky postupně sílily hlasy ohledně limitů psychoprofylaxe. Začali mírnit nadšení z anestetického efektu psychoprofylaxe jako virtuálního léku na porodnickou bolest, a podtrhovali hodnotu metody spíše jako prostředku k podpoře spolupracujícího jednání u rodících žen. Neoficiální svědectví hovoří o tom, že prenatální trénink z domény sovětského porodnictví v pozdní éře prakticky zmizel, objevil se přezíravý přístup k porodní bolesti a utrpení (Michaels, 2012). Na rozdíl od sovětských žen, měly francouzské ženy v 70. letech 20. století příležitost protestovat proti idealizaci psychoprofylaktických porodů v nové atmosféře feminismu, přístupu k plánovanému rodičovství a legalizovaných potratů. Na rozdíl od dřívější generace, která vinila sebe sama za bolest (tj. selhání u porodu), v tuto dobu hněv směřoval k porodníkovi a asistentce, celkově k nemocničnímu personálu, uspořádání porodnice, regulaci a organizaci porodnice a také k limitům účinnosti metody samotné. Pocity zklamání ženy nejčastěji spojovaly s nedostatkem úlevy od bolesti slibované psychoprofylaxí, a byly rozladěné, když jim porodnický personál odmítl navzdory žádosti podat farmakologickou úlevu od bolesti. V 70. letech 20. století tak francouzské ženy bojovaly proti tomu, aby byly natlačeny do úzké definice ideální pacientky a začaly požadovat farmakologickou úlevu od bolesti a odmítaly osobní vinu za svou neschopnost využít profylaxi jako jediný nástroj ke zvládnání bolesti. Ve Francii byly nároky na léky předmětem boje za oprávněnost, zatímco v USA se přálo vysoce medikalizovaným způsobům porodu, ženskou autoritu a feminismus stvrzovalo odmítnutí léků. V USA se tak prosazuje role ženy – její síla a autorita. Pro americké ženy, u nichž klíčilo v 70. letech 20. století feministické povědomí, znamenal porod bez anestezie odpor proti moci porodníků. Označovaly porod jako tvrdou práci a nesnažily se potlačit bolest či se jí vyhnout, ale porod přijaly jako výzvu. V tomto kontextu bylo považováno za úspěch nikoli nepocítovat bolest, ale zvládnout ji, protože bolest byla považována za normální součást porodu. Řada vzdělaných Američanek střední třídy a jejich partneři vnímala takovéto zvýznamnění bolesti jako povýšení přirozeného porodu na úroveň rituálu. Američtí zdravotníci zastávající Lamazovu metodu se do 80. let definitivně rozešli s názorem, že psychoprofylaxe zaručí odstranění bolesti. Na rozdíl od nejranějších lamazovských aktivistů spíše veřejně vyjadřovali přesvědčení, které už

dlouho zastávala řada amerických matek: psychoprofylaxe je způsob, jak bolest zvládnout, ale ne odstranit.

Pokračovatelé přirozeného porodu

Další pokračovatelé přirozeného porodu se nezaměřovali přímo na odstranění strachu nebo bolesti, ale spíše na zrání rodičky samotné, zlepšení podmínek na porodním sále včetně vytvoření empatického prostředí a repektování přání rodičky. **Sheila Kitzingerová**, britská sociální antropoložka, narozená v roce 1929, apeluje ve svých přednáškách i hojných publikacích od 60. let 20. století na vlastní odpovědnost a sílu těhotné porodit přirozeně. Také věří, že nerizikové ženy by měly dostat šanci, pokud chtějí, porodit doma a mohou z toho profitovat. Cílem její práce bylo “odstranění strachu z průchodu a opuštění dítěte” pomocí nácviku relaxace a speciálních poloh při porodu. Nekladla tedy důraz na zvládání bolesti, ale porod jako formu zrání ženy (Kitzinger, 1996). **Frederick Leboyer**, francouzský porodník, narozený v roce 1918, který v 60. letech 20. století a v publikaci *Porod bez násilí* (Leboyer, 1975) popularizoval jemný/něžný a přirozený porod pomocí vnoření dítěte do malé vaničky s vodou známé jako “Leboyerova vana”. To mělo být ulehčením pro dítě při přechodu mezi nitrem ženy a vnějším světem. Také prosazoval položení novorozence na matčino břicho a vytvoření vazby, místo odnešení dítěte od matky na testy. Dále kritizoval porodnickou péči, která byla podle něho plná stresujících momentů pro ženu i dítě. Na neklid rodičky u porodu mělo podle něho vliv cizí prostředí nemocnice, neosobní přístup personálu, hluk a osvětlení. Novorozenec je dále stresován držením za dolní končetiny, přerušením pupečníku, světlem, chladem, proto pláče a bojí se. Leboyer se zaměřoval i na psychologickou přípravu matky k navázání vazby s dítětem, edukaci o přístupu k dítěti, dále na přístup porodníka (ticho, jemnost, klid, trpělivost, zaměření se na rodičku, dítě položit s prsty do axil matce na břicho s ponecháním dotepání pupečníku atd.). Myšlenku jemného/něžného porodu pak dále rozpracoval **Michel Odent**, francouzský porodník, narozený v roce 1930, na přelomu 70. až 80. 20. století let přispěl k popularizaci knihou „Přirozený porod“ (Odent, 1995). Ten chápe jako přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zvenčí zasahovat. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, tepla, intimity a bezpečí. Vytváří pro porod prostředí, v němž si žena může vést porod volně po svém a v podstatě cokoliv je možné. Jestliže chce křičet, křičí; jestliže si zvolí porod ve tmě, nebo chce při něm mít u sebe

své ostatní děti, jestliže se chce těsně před porodem procházet kolem místnosti nebo se nechat nadnášet v bazénu plném vody a porodit vněm, je povzbuzována, aby to udělala podle svého.

Farmakologická analgezie

Význam a hodnota porodní bolesti se ale stále mění, protože nové generace současných matek v ekonomicky vyspělých zemích opět objevují efektivnost farmakologické úlevy od bolesti. Značná část rodiček předpokládá, že moderní medicína by měla rodící ženu zbavit všech rizik, utrpení a bolesti (Howard, 2003). Na druhou stranu je porod spojován s dehumanizací a ztrátou vlastního smyslu a právem ženy rodit přirozeně bez medicínských zásahů a farmakoterapie. V současné době se porodnická analgezie užívá kombinovaná epidurální a subarachnoidální (Pařízek, 2002). Zaměřuje se na komplexní optimalizaci průběhu porodu. Epidurální analgezi u porodu využívá v USA okolo 75 % rodiček (Michaels, 2012), ve Francii 50 %, ve Velké Británii 23 %, v Kanadě 45 % (Fanning et al., 2008; Ruppen et al., 2006), v ČR asi 15 % rodiček (Pařízek, 2004), situace se ale může lišit dle pracoviště. Z toho většina žen rodí spontánním vaginálním porodem. Užití epidurální analgezie u porodu převažuje v ekonomicky vyspělých zemích. Pokud by ale měly ženy, například v chudých oblastech Afriky, možnost epidurální analgezie využít, využily by ji (Lewis a Harris, 2010). Část populace se tedy dožaduje intenzivního tlumení bolesti, druhá trvá na návratu k nefarmakologickým metodám a přirozenému porodu. Rozšíření porodnické analgezie u vaginálních porodů, zejména v USA, otevřelo diskuzi o tom, zda je porodní bolest zkušenost, kterou bychom měli přijmout, nebo se jí vyhnout. Zastánci nefarmakologického mírnění bolesti vycházejí z předpokladu, že porodní bolest je přirozenou součástí porodu a důležitá při porodu je vědomá spolupráce rodičky.

Psychologická analgezie

Biomedicína se zaměřuje na somatickou složku porodní bolesti, psychologické techniky ovlivňují především její emoční, kognitivní a behaviorální složku. Psychologická analgezie využívá předporodní přípravy, podpory partnera u porodu, podpory a empatie zdravotníků, placebo, bezpečného prostředí a různých druhů psychoterapie. Ke zvládnutí bolesti, stresu a zvýšení sebedůvěry jsou efektivní techniky **kognitivně-behaviorální terapie (KBT)**. Mezi KBT techniky, které se užívají v přípravě na porod a porodní bolesti, patří například edukace, kognitivní restrukturalizace, sebeinstruktáž, expozice v

imaginaci, modelování a hraní rolí, řešení problémů. Techniky užívané při porodu mají za cíl odvrátit pozornost od bolesti a snížit úzkost a strach; příkladem je hypnóza, biofeedback, relaxace, řízená imaginace, progresivní svalová relaxace, meditace, techniky hlubokého dýchání (Raudenská, 2012; Raudenská et al., 2013; 2014). **Předporodní příprava** vychází z metod přirozeného porodu, profylaxe a dalších. Aktuálně se zaměřuje na význam prožitku porodu, edukaci o porodu, přípravu na péči o dítě a rodičovství, navázání vazby s dítětem, získání kontroly nad strachem z porodu a bolesti, možnosti analgezie a nefarmakologických přístupů. Je prováděna ve většině českých porodnic, různí se ale její obsah, kvalita a typ odborníků, kteří předporodní kurzy poskytují. V ideálním případě na předporodní přípravě participují zdravotníci dané porodnice, nebo externí firmy. Edukace, dostatek informací, metody jak zvládat porod a porodní bolest a nácvik relaxačních technik snižují specifické obavy i všeobecnou úzkost prvorodiček. To vede ke zvýšení sebejistoty ženy, že je schopna porod i bolest zvládnout, což představuje významný prediktor pro spokojenost s porodem. U druhorodiček se doporučuje probrat v rámci předporodní přípravy a edukace zkušenosti z předchozích porodů. Ženy tak mohou lépe pochopit důvody pro operační intervenci, odmítnutí úlevy od bolesti atd. Důležitou součástí této přípravy je i plánování medikace nebo nefarmakologických technik ke zvládnání bolesti. **Podpora ze strany porodníka a dalších zdravotníků** ve smyslu přístupu „být se ženou u porodu“ nabízí vyjádření potřeby nejen v oblasti tělesné, ale i emoční a spirituální. To poskytuje rodičce pocit úlevy, jistoty, duševní i tělesné pohody, naděje a očekávání (Lundgren a Dahlberg, 1998).

Shrnutí

Vzestup porodnické anestezie v Evropě a v Severní Americe v devatenáctém století otevřelo dveře diskuzi o tom, zda je porodní bolest zkušenost, kterou bychom měli přijmout, nebo se jí vyhnout. V polovině 20. století hlásali zastánci Readovy metody a psychoprofylaxe, že ženy nemusí při porodu trpět bolestí. Klíč k bolesti viděli v ženské mysli, nikoli v nejnovějším farmakologickém pokroku, a odmítali myšlenku, že bolest je normální přirozenou součástí porodu. Porodní bolest byla zbavena jakékoli sociální hodnoty či biologické funkce a stala se jakýmsi lakmusovým testem psychického zdraví ženy. Postupně se začal prosazovat názor, že bolest u porodu je přirozená a její přítomnost se stala v USA zkouškou ženské síly či spirituální hloubky, spíše než psychologickou slabostí. Tato idealizace porodu nebyla tolik patrná ve Francii, kde bylo

mnoho žen hluboce zklamáno poté, co si slibovaly „bezbolestný porod“, proklamovaný zastánci psychoprofylaxe. V kontextu francouzského porodnictví, které nebylo ochotné zmírňovat bolest žen farmakologickými metodami a feministické požadavky se nesly ve znamení nároku na anestezii - bylo v protikladu s motivem amerických žen, které měly v úmyslu odporovat porodnické autoritě tím, že odmítaly tlumení porodní bolesti léky. Již na konci 80. let 20. století se analyzoval přínos přirozeného porodu a profylaxe. Problém byl ale ten, že téměř neexistovaly studie, které by prokázaly efektivnost obou základních přístupů ke zvládnutí strachu a bolesti, nebo existovaly, ale obsahovaly metodologické chyby (Beck a Hall, 1978). V současné době je prožívání bolesti během porodu chápáno jako komplexní a individuální zážitek, který závisí na vztahu mezi mnoha biopsychosociálními faktory. Kulturně-sociální vlivy prostředí a psychologické faktory jako je nálada, rysy osobnosti a motivace ovlivňují během porodu utváření sensorického zpracování bolesti, kognitivní hodnocení, náladu a chování při bolesti. **Se zvýšenou intenzitou bolesti** obecně souvisí první porod v životě ženy, nižší věk i vzdělání, obecný strach z bolesti, necitlivý přístup personálu, ignorace potřeb ženy v době porodu a nevyřešené psychologické potíže. **Se sníženou intenzitou bolesti** jsou spojovány návštěvy předporodního kurzu, vyšší socio-ekonomický status, vyšší vzdělání i věk rodičky, zkušenost s bolestí, přání rodičky kojit, opora a citlivý přístup zdravotníků a bezpečné prostředí (Tournaire a Theau-Yonneau, 2007; Waldenström et al., 2004).

Závěr

Ženy by neměly mít nerealistické očekávání, že je medicína zbaví veškerého utrpení. Potřebují spíše získat informace a realistický pohled na problematiku porodu, porodních bolestí a narození dítěte. Většina porodnických pracovišť proto hledá názorovou rovnováhu mezi farmakologickými a nefarmakologickými přístupy při zvládnutí bolesti a respektování přání ženy. Současná předporodní příprava se prioritně nezaměřuje na porod bez bolesti, ale na informace a zvládnutí bolesti prostředky, které jsou ženě přirozené. Měla by zahrnovat téma smyslu a hodnoty bolesti u porodu a zvládnutí strachu z porodu a porodní bolesti. Stále diskutované postoje ve smyslu přirozený porod, s oslavou ženské síly a zralosti, versus medicínsky vedený porod farmakologickými prostředky tišením bolesti poukazují na vysokou citlivost významu a hodnoty porodní bolesti v kulturním a historickému kontextu.

Literatura

- 1) BECK, NC. HALL, D. Natural Childbirth. A review and analysis. *Obstet Gynec* 1978; 52: 371-9. ISSN: 0029-7844.
- 2) BING, ED. Six Practical Lessons for an Easier Childbirth. New York: Bantam Book, 1994. ISBN 10: 0553373692.
- 3) BOWLBY, J. Attachment. Attachment and loss. Harmondsworth: Peguin Books, 1969. ISBN: 0465005438.
- 4) DICK-READ, G. Childbirth without fear: The principles and practices of natural childbirth. New York: Harper and Brothers, 1944. ISBN: 09543888.
- 5) DICK-READ, G. Natural Childbirth. London: Heineman, 1933. ISBN: 67000987-1.
- 6) DICK-READ, G. Stock Image Childbirth without Fear: The Principles and Practice of Childbirth. New York: Macmillan, 1969. ISBN: 0330024043.
- 7) DICK-READ, G. WESSEL, H. Stock Image Childbirth Without Fear: The Original Approach to Natural Childbirth. New York: Harpercollins, 1994. ISBN: 0061092487.
- 8) FANNING, RA. CAMPION, DP. COLLINS, CB. et al. A comparison of the inhibitory effects of bupivacaine and levobupivacaine on isolated human pregnant myometrium contractility. *Anesth Analg* 2008; 107 (4): 1303-7. ISSN: 0003-2999.
- 9) HOWARD, S. Imagining the Pain and Peril of Seventeenth century Childbirth: Travail and Deliverance in the Making of an Early Modern World. *Social History of Medicine* 2003; 16 (3): 367-382. ISSN 0951-631X.
- 10) HIPWELL, AE. GOOSSENS, FA. MELHUIISH, EC. KUMAR, R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 157-175. ISSN: 0954-5794.
- 11) KITZINGER, S. The Complete Book of Pregnancy and Childbirth. New York: Knopf, 1996. ISBN: 0-679-45028-9.
- 12) LAMAZE, F. Painless Childbirth the Lamaze method. New York: Pocket Books, 1972. ISBN 0671804006
- 13) LEBOYER, F. Birth without violence. New York: Knopf, 1975. ISBN: 0394495810.
- 14) LEWIS, E. HARRIS, S. *Pain relief in labour*. In CLYBURN, P.; COLLIS, R.; HARRIES, S. ed. *Obstetric anaesthesia for developing countries*. New York: Oxford University Press, 2010: 37-45. ISBN: 978- 0-19-957214-4.
- 15) LUNDGREN I, DAHLBERG K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 1998; 14: 105-10. ISSN: 0266-6138.
- 16) KARMELE, M. Thank you, Dr. Lamaze; a mother's experiences in painless childbirth. Philadelphia: Lippincott, 1959. ISBN: 0397001150.
- 17) MAY, AE. ELTON, CD. The effects of pain and its management on mother and fetus. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1998; 12: 423-441. ISSN: 1521-6934.
- 18) MICHAELS, PA. Pain and Blame: Psychological Approaches to Obstetric Pain, 1950-1980. In COHEN, E. TOKER, L. CONSONNI, M. DROR, O. ed. *Knowledge and Pain*. Amsterdam/New York: Rodopi, 2012, 231-255. ISBN: 978-90-420-3582-9.

- 19) ODENT, M. Znovuzrozený porod. Praha: Argo: 1995. ISBN: 80-85794-05-2.
- 20) PAŘÍZEK, A. et al. Porodnická analgezie a anestézie. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-7169-969-1.
- 21) PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie a anestezie v České republice v roce 2002. *Anest intenziv Med* 2004; 6: 291-293. ISSN 1803-6597.
- 22) RAUDENSKÁ, J. Kognitivně-behaviorální přístup psychologické diagnostiky chronické bolesti. In ROKYTA, R. KRŠIAK, M. KOZÁK, J. ed. *Bolest*. Praha: Tegis, 2012: 194-199. ISBN: 978-80-87323-02-1.
- 23) RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. KOZÁK, J. KAMENIŠŤÁK, R. JIRKOVSKÝ, D. AMLEROVÁ, J. Kulturní aspekty zvládnání nádorové bolesti. *Paliativna medicína a liečba bolesti* 2013; 6 (2): 38-40. ISSN: 1337-6896.
- 24) RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. KOZÁK, J. AMLEROVÁ, J. Úleva od neuropatické bolesti pomocí odvracení pozornosti – kazuistika. *Cesk Slov Neurol N* 2014; 77/110 (1): 114-116. ISSN: 1210-7859.
- 25) RUBLE, DN. BROOKS-GUNN, J. FLEMING, AS. FITZMAURICE, G. STANGOR, C. DEUTSCH F. Transition to motherhood and the self: measurement, stability, and change. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 450-463. ISSN: 0022-3514.
- 26) RUPPEN, W. DERRY, S. MCQUAY, H. MOORE, RA. Incidence of epidural hematoma, infection and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anesthesia. *Anesthesiology* 2006; 105 (2): 394-399. ISSN: 1365-2044.
- 27) TOURNAIRE, M. THEAU-YONNEAU A. Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. *Evid Based Complement Alternat Med* 2007; 4 (4): 409–417. ISSN: 1741-427X.
- 28) WALDENSTRÖM, U. HILDINGSSON, I. RUBERTSSON, C. RÅDESTAD, I. A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth* 2004; 31 (1): 17–27. ISSN: 1523-536X.

Tabulka 1 Porovnání metod přirozeného porodu a profylaxe

DICK-READ	LAMAZE
Hlavní rušící faktor: strach	Hlavní rušící faktor: negativně podmíněné reflexy
Následky: porucha psychosomatického chování (afektivní, vegetativní a svalové napětí), syndrom strach – napětí - bolest	Následky: poruchy kortikálně-subkortikálně výměnných vztahů. Průnik negativně podmíněných reflexů do mozkové kůry
Profylaktické metody: edukace, uvolňovací cvičení, cvičení dýchání, gymnastika	Profylaktické metody: vysvětlení pavlovovských reflexů, náhrada negativních sugescí pozitivními, přeškolení
Účinek přípravy k porodu: emoční, vegetativní a svalové uvolnění	Účinek přípravy k porodu: aktivace mozkové kůry, náhrada negativně podmíněných reflexů pozitivními
Princip přípravy k porodu: orientování těhotné na aktivní uvolnění a psychologickou přípravu	Princip přípravy k porodu: výchova k aktivní spolupráci
Typy dýchání: pomalé, relaxační	Typy dýchání: rychlé, aktivizující k odvrácení pozornosti
Cíl: přirozený porod	Cíl: bezbolestný porod

Korespondence:

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

VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ V PÉČI O NESOBĚSTAČNÉ LEŽÍCÍ PACIENTY

¹Marie Zvoníčková, ¹Hana Svobodová, ³Petra Samková, ²Martin Havrda

¹Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství

²Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Praha, 1. interní klinika

³Fakultní nemocnice Královské Vinohrady Praha, Úsek pro grantové programy

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají informaci o realizaci projektu Vzdělávání zdravotníků FNKV v oblasti péče o nesoběstačné ležící pacienty.

Klíčová slova:

Ošetřovatelství; Vzdělávání; Sestra; Nesoběstačnost; Péče; Důstojnost; Kinestetika

NURSING STAFF EDUCATION FOR CARING ABOUT BEDRIDDEN PATIENTS

Summary:

The authors of this article present information concerning the project of education of the nursing staff in caring about dependent bedridden patients in the University Teaching Hospital Královské Vinohrady

Key words:

Nursing; Education; Nurse; Self care deficit; Caring; Dignity; Kinesthetics

Úvod

Projekt Vzdělávání zdravotníků v péči o nesoběstačné ležící pacienty ve FNKV vycházel z potřeby přispět ke zlepšení péče o tyto nemocné prostřednictvím cíleného vzdělávacího programu pro ty zdravotníky, kteří se na jejich ošetřování nejvíce podílejí, tzn. všeobecné sestry, zdravotnické asistenty a sanitáře.

Vlastní text

V péči o nesoběstačné pacienty, kteří jsou upoutaní na lůžko a závislí na pomoci druhých, se nejvíce projevuje humanitní základ ošetřovatelství. Bezmocný člověk, který není schopný se o sebe postarat, potřebuje druhého člověka, aby o něj pečoval.

Pečováním v této souvislosti myslíme společně s Virginií Henderson „...pomoc lidem (zdravým i nemocným) ve vykonávání činností, které přispívají ke zdraví nebo uzdravení (či k pokojné smrti), které by si rádi vykonávali sami bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu, vůli nebo znalost“ (Henderson, 1970). Virginie Henderson uspokojování těchto činností označila za základní potřeby (somatické, psychosociální a spirituální) a klíčovou roli určila sestře. S tímto pojetím se ztotožňuje i české pojetí tzv. aktivní ošetrovatelské péče, které ve svém díle rozvinul prof. Vladimír Pacovský a po něm především doc. Marta Staňková. Významným atributem aktivní ošetrovatelské péče je její preventivní charakter orientovaný na udržení soběstačnosti v běžných denních činnostech a na prevenci komplikací z dlouhodobého pobytu na lůžku (Staňková, 1996). Soběstačnost v provádění běžných denních činností patří k vysoce ceněným hodnotám zejména u lidí, kteří s omezením soběstačnosti mají vlastní zkušenost, a to jsou staří, vážně nemocní nebo handicapovaní. Tito lidé se velice obávají ztráty soběstačnosti, protože nechtějí být nikomu na obtíž. Velmi těžce nesou postupnou ztrátu sil a upoutání na lůžko. Ztráta soběstačnosti pro ně znamená rovněž ztrátu důstojnosti, neboť se obávají symptomů, které ohrožují lidství. Neobávají se ani tolik bolesti nebo tělesného utrpení jako ztráty důstojnosti a respektu k sobě. Mnoho pacientů je ochotnější smířit se s bolestí, jen kdyby si mohli zachovat důstojnost. V okamžiku, kdy lidé nejsou schopni samostatného pohybu a nemohou se o sebe sami postarat, vstupují do intimních oblastí života cizí lidé – zdravotníci. Pronikají do soukromí nesoběstačného člověka, mohou jej omezovat, i zraňovat, když například bezmyšlenkovitě nechávají pacienta obnaženého během mytí, oblékání či cvičení. Jako ztráta důstojnosti a sebeúcty člověka může být vnímáno vyprazdňování před dalšími pacienty nebo inkontinence. (Cesta domů, 2004). Být krmen někým jiným, být umýván někým jiným, být otáčen nebo posazován někým jiným – být jenom pasivním účastníkem těchto činností představuje pro nemocné velmi stresující situace. Je třeba si uvědomit, že zdravotníci, zejména sestry, zdravotničtí asistenti a sanitáři ztrátu soběstačnosti v těchto činnostech nemusí vnímat stejně jako nemocní. Setkávání s nemocnými, kteří jsou závislí na jejich pomoci při chůzi, jídle a pití, hygieně nebo vyprazdňování, je pro ně běžnou zkušeností, kterou nijak zvlášť neprožívají, protože to patří ke každodenní rutinní práci. Každodenní rutina pomáhá zvládnout velké množství práce (tj. postarat se o více pacientů), ale nepomáhá v individualizované péči o jednotlivce, naopak může stát přímo v protikladu. Plánování péče o základní potřeby tak, aby se nemocný sám mohl podílet na péči o vlastní osobu v rozsahu, kterého je schopen, tak patří k nejtěžším úkolům v moderním ošetrovatelství.

Zajímavý pohled do této problematiky vnáší doc. Jiří Šimek: „*Moderní sestra není služka, a to ani lékařů, ani pacientů. Pro lékaře je spolupracovnící, pro pacienty průvodkyní, rádkyní a pomocnicí. Když identifikuje nenaplněnou potřebu nemocného, jejím úkolem je pomoci pacientovi, aby si své potřeby dokázal uspokojovat sám. Někdy trochu jinak, než je obvyklé, někdy s pomůckami a někdy s dopomocí, ale vždycky, pokud možno, především sám*“.(Šimek, 2005). Tato pojetí péče je ovšem nesrovnatelně časově náročnější než prosté rutinní vykonání činnosti vyplývající z denního harmonogramu. V každodenní praxi se setkáváme s tím, že ošetrovatelský personál dává přednost rychlému provedení před zapojením nemocného do aktivního provedení výkonu. Ve srovnání s „viditelnými“, a z hlediska provozu zdravotnického zařízení důležitějšími činnostmi jako je například příprava na vyšetření, léčebné výkony, aplikace léků, vedení dokumentace má udržení soběstačnosti pro personál nižší prioritu.

Základním předpokladem pro provádění běžných denních činností je pohyb. Bez pohybu není možné se otočit, posadit, najíst, napít, umýt, vyprázdnit – není možné nic. Omezení pohybové aktivity pacienta v důsledku onemocnění a v důsledku nedostatečné preventivní ošetrovatelské péče vede k dalekosáhlým důsledkům, které jsou známé pod pojmem imobilizační syndrom. Imobilizační syndrom u pacientů při vědomí vlastně představuje selhání ošetrovatelské péče. Pacienti obvykle trpí dekubity, svalovými kontrakturami, nechutenstvím a podvýživou, močovou infekcí, zácpou, bývají zmatení, atd. Proto by se nemocným, kteří jsou z různých důvodů upoutáni na lůžko, měla věnovat zvýšená péče – péče sesterská, nikoli pouze sanitářská. Východiskem této péče je respekt k důstojnosti a autonomii nemocného. „*Někdy trochu jinak, než je obvyklé, někdy s pomůckami a někdy s dopomocí, ale vždycky, pokud možno, především sám*“ (Šimek, 2005). Úkolem ošetrovatelského personálu je umožnit, aby se tomu tak stalo. Jedná se o odbornou, nikoli pomocnou ošetrovatelskou činnost. Zainteresován je celý ošetrovatelský tým, tedy nikoli pouze sanitářka. Úkolem sestry je zajistit, aby při provádění péče o nesoběstačné nemocné byla zachována autonomie nemocného, tedy jeho funkční samostatnost a schopnost rozhodovat. Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob každodenního života, a to podle vlastních pravidel a představ. Mohlo by se zdát, že to u člověka, který ztratil schopnost sebezpečí a sebekontroly, není možné. Rostoucí závislost ale nemusí nutně znamenat ztrátu autonomie. Tu lze uchovat, pokud pečující aktivně nesoběstačného zapojuje do činností, spolupracuje s ním a nabízí možnost volby, která odpovídá jeho možnostem a schopnostem. Pokud jsou zachovány

alespoň některé schopnosti člověka, je třeba je stimulovat a posilovat, tedy podporovat jeho autonomii (Cesta domů, 2004).

Péče o nesoběstačné ležící pacienty představuje pro ošetřovatelský personál nejen v České republice velký problém. Nechybí pouze péče individualizovaná, často chybí péče o základní potřeby úplně. V zahraničí se tento fenomén označuje jako chybějící péče (Kalish et al., 2009). Důvodem chybějící péče je zejména nedostatečný počet pracovníků, kteří by nemocným „v tom, co by rádi dělali sami“ pomáhali. Dalším důvodem je obrovská fyzická a psychická náročnost této práce. Obtížná situace panuje především na pracovištích, kde jsou hospitalizováni staří polymorbidní pacienti, kteří péče potřebují nejvíce. V jejich případech je zvláště důležité poskytovat ošetřovatelskou péči aktivním způsobem a orientovat ji preventivně tak, aby nedocházelo k rozvoji imobilizačního syndromu.

Projekt

V projektu OPPA Vzdělávání zdravotníků FNKV v péči o nesoběstačné ležící pacienty jsme se pokusili ovlivnit tento problém cestou vzdělání. Připravili jsme vzdělávací kurz, ve kterém jsme se zabývali všemi výše zmíněnými aspekty, zejména pak důstojností a autonomií člověka při provádění běžných denních činností v souvislosti s omezením schopnosti provádět tyto činnosti nezávisle, resp. s pomocí jiného člověka. Velký důraz jsme kladli na správnou techniku podpory pohybové aktivity nemocných prostřednictvím kinestetické mobilizace. Kinestetická mobilizace je koncept, který umožňuje člověku vnímat svoje tělo, průběh pohybu i okolní prostředí. V rámci ošetřovatelské péče maximalizuje využití pohybové rezervy pacienta a pomáhá ošetřovatelskému personálu správně a šetrně s pacientem manipulovat (Halmo, 2007). Prvky kinestetické mobilizace jsme zařadili do provádění jednotlivých denních činností – polohování, posazování, přesuny z lůžka do křesla a zpět.

Výuka v kurzu probíhala metodou tzv. blended learning, to znamená část výuky kontaktní formou přímé výuky teoretické a praktické, část výuky formou e-learningu. Na výuce teoretických témat a praktických cvičeních se podílely odborné asistentky Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK, staniční sestry 1. interní kliniky a dvě sestry, které tento projekt zaujal a školitelka kinestetické mobilizace. E-learningová část kurzu byla orientována na základní potřeby ležících nemocných s cílem uvědomit si, jak může pomoci používání prvků kinestetické mobilizace nejen v pohybové aktivitě nemocných,

ale i v ochraně zdraví sester a dalších členů ošetřovatelského týmu. Mohlo by se zdát, že informace podávané v tomto kurzu nebyly nijak nové ani objevné. Opak však byl pravdou. Účastníci kurzu (sestry a sanitáři) velice ocenili teoretické informace i praktické dovednosti z kinestetické mobilizace, včetně možnosti praktické aplikace u vybraných nemocných. Výuka byla doplněna odbornou exkurzí na zahraniční pracoviště, kde účastníci mohli shlédnout aplikaci konceptu bazální stimulace a kinestetické mobilizace při provádění ranní hygienické péče u částečně soběstačného a nesoběstačného pacienta. Mohli srovnat tento „nový“ přístup s aktivizací pacienta a využitím jeho rezerv s tradičním českým přístupem – udělat vše pro pacienta tak, aby to bylo co nejrychlejší, abychom měli hotovo. Všichni účastníci úspěšně absolvovali závěrečný test a v nejbližší době převezmou certifikáty. Projekt OPPA měl velký význam i pro rozšíření spolupráce mezi zdravotnickým a školským pracovištěm - Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady a Ústavem ošetřovatelství 3. LF UK.

Závěr

Péče o nesoběstačné ležící nemocné patří k nejobtížnějším ošetřovatelským úkolům. Je důležité, aby se sestry neustále zamýšlely nad situací nejtěžších nemocných a svým jednáním učily další členy ošetřovatelských týmů pečovat nejen o somatické potřeby nemocných, ale také o udržení jejich důstojnosti a autonomie. Realizace ojedinělého a novátorského přístupu ve vzdělávání zdravotníků FN KV v péči o nesoběstačné ležící nemocné byla podpořena z projektu OPPA č. CZ.2.17/1.1.00/36313.



EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE:
INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI

Literatura

Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a nácvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.

HALMO, R. (2007) Kinestetická mobilizace. *In Dimenze moderního zdravotnictví*, 2007, roč. 1, č. 1, s. 77-79. ISSN1802-4084.

HENDERSON, V. (1970) *Basic Principles of Nursing Care*, 6. vyd. Basel: S. Karger, 1970, 51 s. ISBN neuvedeno.

KALISH, B. J. – LANDSRUM, G. – HINSHAW, A. (2009) Missed nursing care: a concept analysis. *In Journal of Advanced Nursing*, 2009, roč. 65, č. 7, s. 1509–1517. ISSN 0309-2402.

STAŇKOVÁ, M. (1996) *Základy teorie ošetřovatelství*, 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova – Karolinum, 1996, 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

ŠIMEK, J. (2005) Soběstačnost. *In Diagnóza v ošetřovatelství*, 2005, roč. 1, č. 8, s. 294. ISSN 1801-1349.

Korespondence:

PhDr. Marie Zvoníčková
Ústav ošetřovatelství
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Ruská 87
100 00 Praha 10
Email: Marie.Zvonickova@lf3.cuni.cz

MOŽNOSTI RIEŠENIA NÁROČNÝCH ŽIVOTNÝCH SITUÁCIÍ V KLINICKEJ PRAXI

Eva Morovicsová

Univerzita Komenského v Bratislave, Lekárska fakulta, Psychiatrická klinika

Súhrn:

Autorka v príspevku podáva prehľad náročných životných situácií, ktoré bližšie charakterizuje a dokumentuje na príkladoch v klinickej praxi. Analyzuje rizikové faktory podmieňujúce výskyt náročných životných situácií a pozornosť venuje zdrojom riešenia a zvládania náročných situácií. Súčasťou príspevku je prehľad stratégií zvládania náročných životných situácií a štýlov ich riešenia.

Kľúčové slová:

Náročné životné situácie; Inkongruencia; Zdroje riešenia; Stratégie riešenia

POSSIBILITIES OF SOLUTIONS OF DIFFICULT LIFE SITUATIONS IN CLINICAL PRACTICE

Summary:

The author gives a review of difficult life situations, which are in the article described in their details by cases in the clinical praxis. She analyses risk factors that originate difficult life situations and describes sources for solutions and coping with these situations. Moreover the author gives an overview of coping strategies with difficult life situations and styles of their solutions.

Key words:

Difficult life situations; Incongruence; Resources of solutions; Strategies of coping

Úvod

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, pracovné podmienky a prostredie, tímová práca, nutnosť vyrovnávať sa s emočnou záťažou pri riešení klinických problémov môžu predstavovať pre zdravotníckych pracovníkov rôzny stupeň záťaže. Vyrovnávanie sa s nepriaznivými alebo stresujúcimi faktormi a ich riešenie závisí od stupňa záťaže, osobnostných vlastností zdravotníckych pracovníkov a konkrétnych podmienok

klinické praxe. Působení nepříznivých faktorů při poskytování zdravotní starostlivosti vnímají zdravotníci pracovníci jako zátěž.

Náročné a závažné životné situácie

Náročné a závažné životné situácie sa vymedzujú ako situácie, v ktorých jedinec v dôsledku zmeny okolností nemôže dosiahnuť cieľ určitej činnosti zaužívaným spôsobom, prípadne nové podmienky alebo prítomnosť prekážky predstavujú pre jedinca ohrozenie. Tento stav prežíva ako zátěž a musí hľadať iné riešenie (Čáp, Dytrych, 1966, s. 23). Náročné životné situácie môžeme klasifikovať z hľadiska miery a formy zátáže.

Členenie náročných životných situácií z hľadiska miery zátáže

Z hľadiska stupňa zátáže môžeme hovoriť o bežnej, zvýšenej, hraničnej a extrémnej zátäži (Mikšik, 1969, s. 24-25). Bežná zátěž je normálnym javom v živote, keď nie je prítomný nesúlad medzi nárokmi prostredia a možnosťami jedinca ich zvládnuť. Vie si poradiť a situácie má pod kontrolou. V klinickej praxi je to napr. akceptovateľná názorová nezhoda kolegov, bežné zmeny v liečebnom postupe. Zvýšená zátěž núti jedinca vyrovnávať sa s novými podmienkami a riešiť vzniknuté problémy. V prípade ich zvládnutia je významným motivačným činiteľom, napr. získanie pacienta pre nútenú zmenu životosprávy. Hraničná zátěž je dôsledkom výrazného nesúladu medzi vybavenosťou a pripravenosťou jedinca pre riešenie problémov a nárokmi prostredia. Vyvoláva u neho mimoriadne napätie a zasahuje hlavne emocionálnu oblasť. Jej zvládnutie bez zapojenia obranných mechanizmov nie je možné. Príkladom môže byť dlhodobé pretrvávanie napätia v pracovných tímoch, konfrontácia s emočnými zátěžami, ako napr. neúspešnosť liečby, vysoká mortalita, nevhodné pracovné podmienky. Extrémna zátěž vzniká na základe výrazného rozporu medzi požiadavkami vonkajšieho prostredia a predpokladmi a možnosťami jedinca pre ich zvládnutie. Takáto zátěž je neúnosná, jedinec ju nezvláda a podlieha jej, napr. konfrontácia s odmietavým postojom pacientov k navrhovanej liečbe v období psychickej rezignácie, dlhodobé, intenzívne pracovné konflikty.

Členenie náročných životných situácií z hľadiska formy zátáže

Podľa obsahového zamerania zátáže môžeme hovoriť o konfliktoch, frustrácii, deprivácii a strese. Konflikt predstavuje stret dvoch a viacerých, často protichodných motívov a tendencií. Príkladom intrapsychických konfliktov môže byť

zvažovanie postupov pri riešení etických dilem, prehodnotenie postojov k presadzovaniu nových postupov do praxe. V klinickej praxi sa často stretávame s vonkajšími konfliktami, napr. v pracovných kolektívoch, v situáciách, keď rodina nemá jednotný prístup k navrhovanej liečbe pacienta, riešenie spoločenskej prestíže sesterskej profesie. Frustrácia je jednorazové zablokovanie dosiahnutia cieľa alebo uspokojenia potrieb, napr. neuspokojovanie telesných, psychických a sociálnych potrieb pacientov, nevytváranie podmienok pre účasť sestier na vzdelávacích akciách. Deprivácia vzniká pri dlhodobej neúspešnosti v dosahovaní cieľov alebo pri neuspokojovaní potrieb, napr. hospitalizmus ako chronická deprivácia. Supersaturácia znamená nadmerné, veku neadekvátne a možnostiam jedinca neprimerané zaplavovanie podnetmi, ktoré často vyvolávajú apatiu alebo tendenciu využívať vyhýbavé stratégie, napr. psychická nezrelosť dieťaťa pre samostatné vykonávanie terapeutických postupov. Stres sa vymedzuje ako stav napätia vyvolaný podnetom, ktorý je nad psychické sily jedinca. Psychotrauma vzniká v dôsledku neočakávanej a silne negatívne pôsobiacej udalosti, ktorú jedinec nie je schopný prijať, ako je strata blízkej osoby či profesijné zlyhanie (Vymětal, 2003, s. 58-61).

Inkongruencia

Náročné a závažné situácie sa podieľajú na formovaní osobnosti, ak ich však jedinec primerane nezvládne, môžu sa stať rizikovým faktorom ohrozujúcim jeho zdravie. Schopnosť zvládať náročné situácie súvisí so štruktúrou a dynamikou osobnosti a s vplyvom nových životných podmienok. Konkrétny spôsob riešenia sa postupne vyvíja a mení. Ak jedinec nedokáže ovplyvniť tieto situácie priamo alebo primerane ich zvládnuť myšlienkovým spracovaním, dostáva sa jeho sebauvedomovanie a sebahodnotenie do rozporu s novými skúsenosťami, čo si aj čiastočne uvedomuje. Ide o inkongruenciu, ktorá môže mať spočiatku úzkostné alebo agresívne zafarbenie. Ak trvá dlhodobejšie, môže sa prezentovať v psychickej alebo psychosomatickej symptomatológii a vyústiť do poruchy zdravia (Vymětal, 2003, s. 57). Príkladom dlhodobejšieho pôsobenia negatívnych psychických a sociálnych podnetov v klinickej praxi môže byť nezvládanie pracovného nasadenia, napätie v pracovných kolektívoch, absencia podpory. K najčastejším prejavom inkongruencie patrí prežívanie zvýšenej úzkosti, strachu, depresívne myšlienky, zníženie sebavedomia, ohrozenie osobnej identity; v telesnej oblasti sú prítomné únava, chronické bolesti hlavy a ďalšie. Na vzniku inkongruencie sa podieľajú najmä:

- dispozičné faktory: temperamentálne vlastnosti, sklon k depresii,
- sociálno-ekonomické faktory, ktoré vznikajú počas života jedinca vplyvom výchovy, komunikačných štýlov,
- psychosociálna záťaž, napr. dlhodobejšie pôsobenie stresogénnych faktorov na pracovisku, strata blízkej osoby, rodinné problémy.

Mechanizmy psychickej adaptácie

Adaptačné mechanizmy predstavujú spôsob, akými sa človek vyrovnáva s náročnými a závažnými situáciami. Sú neoddeliteľnou súčasťou osobnosti a umožňujú riešiť rôzne psychogénne a sociogénne záťaže, ako sú napr. nadmerná zodpovednosť, konflikty, ponižovanie, prekážky, problémy, ochorenia a pod. Podľa konkrétneho spôsobu riešenia ich členíme na:

- zdolávacie/zvládacie mechanizmy,
 - obranné mechanizmy,
 - fragmentujúce procesy/dynamizmy patologickej adaptácie
- (Šútovec a kol., 1994, s. 267).

Psychické zdolávacie/zvládacie mechanizmy

Ide o spôsoby správania, ktorými jedinec primerane zvláda náročné a záťažové situácie. Vyznačujú sa realistickým, objektívnym posúdením situácie a jej logickým riešením, rešpektovaním prítomnosti, orientáciou na budúcnosť, pružnosťou a využívaním kritického myslenia. K najčastejším zdolávacím mechanizmom môžeme zaradiť nasledujúce postupy. Tolerancia neurčitosti, keď danú situáciu možno interpretovať z viacerých pohľadov, napr. hľadanie vhodných ošetrovateľských intervencií vzhľadom k individualite pacienta. Sublimácia predstavuje zmenu pôvodného motívu na spoločensky prijateľnú podobu, napr. vedomá kontrola správania a potlačanie agresívnych prejavov. Pri substitúcii jedinec nahrádza nedosiahnutý cieľ iným, čím sa zbavuje uvažovania nad prípadným neúspechom, napr. výber iného klinického odboru pri neprijatí na pracovnú pozíciu. Supresia je vedomé potlačenie pôvodného motívu, ktorý je neprimeraný danej situácii, napr. primerané spracovanie obrannej reakcie pri kontakte s pacientmi so zmyslovým alebo mentálnym postihnutím, pri infantilných prejavoch pacienta (Bratská, 2001, s. 98, Šútovec a kol., 1994, s. 268-269).

Psychické obranné mechanismy

Predstavujú spôsoby správania, keď sa jedinec bráni záťažovým a náročným situáciám, ponižujúcim a bolestivým myšlienkovým obsahom. Ide o nevedomé procesy, ktoré prebiehajú samovoľne a ich uvedomeniu bráni odpor. Pomôžu jedincovi zvládnuť záťaž, avšak sebahodnotenie a posúdenie správania je skreslené (Žucha, Čaplová a kol., 2008, s. 35). Psychické obranné mechanizmy sa často vyskytujú aj v správaní chorých, pretože ochorenie býva udalosťou ohrozujúcou ich životné ciele, plnenie rôznych sociálnych rolí, neraz aj ich samotnú existenciu. Často vedú ku konfrontácii sebauvedomovania chorých s ich reálnymi možnosťami a môžu prispieť k vzniku inkongruencie. V správaní je prítomné popieranie záťaže, neschopnosť prispôbiť sa realite, zvýšený podiel nevedomia a viera, že riešenie problému je možné dosiahnuť inými, aj magickými spôsobmi. K psychickým obranným mechanizmom zaraďujeme nasledujúce postupy. Izoláciu, ktorá znamená vytrhnutie určitých udalostí z kontextu tak, aby pôsobili pravdivo, ale zároveň dezinformovali, napr. nejasné vysvetľovanie pracovného zlyhania. Pochybnosti, nerozhodnosť predstavujú obranu, ktorá sa zakladá na zdôvodňovaní, že situácia a jej posudzovanie má viac aspektov. Pri popretí sa jedinec správa, akoby istá vec či okolnosti neexistovali, napr. odbornú pomoc pacient vyhľadá až vtedy, keď sa ochorenie klinicky prejavilo komplikáciami, pričom popiera, že by si prvé príznaky ochorenia všimol. Skotomizácia je potlačenie problému, ktorý by mohol ohroziť sebahodnotenia a sebarealizáciu. U chorých môže byť v pozadí negatívna emócia, predovšetkým strach a obavy z možného ochorenia, limitácií. Racionalizácia je priznávanie iba tých motívov správania, ktoré sú sociálne prijateľné a žiaduce, k ostatným sa jedinec nehlási, aj keď o nich vie. Napr. chorý zdôvodňuje svoje správanie iba v oblasti požadovaných atribútov životného štýlu, informáciám o prítomnosti abúзов sa však vyhýba. Hyperkompenzácia znamená spôsob správania, ktorým sa snažíme vyrovnáť s osobným nedostatkom, napr. snaha venovať sa viac dokumentácii, než ošetrovateľským postupom pri nedostatočných praktických skúsenostiach a ich presúvanie na iných. Prenos je aplikáciou minulej skúsenosti na podobnú situáciu, častý vo vzťahu pacient – lekár, sestra. Projekcia znamená pripisovanie vlastných, spoločensky odmietaných motívov správania iným, napr. otvorene agresívny pacient poukazuje na zvýšené nepriateľstvo iných, hľadanie chýb na kolegoch a nepriznávanie si vlastných omylov. Identifikácia je stotožňovanie sa so vzormi, autoritami, často v pozitívnom aj negatívnom význame. Zvrat v opak predstavuje zmenu pôvodnej emócie vplyvom pôsobiacich okolností, napr. prehnaná

starostlivosť o pacienta v prítomnosti jeho rodiny. Intelektualizácia je prezentácia citovo závažného problému v intelektuálnej rovine, čím sa jedinec vyhýba emocionálnej reakcii. V prípade prognosticky závažných ochorení ide o častý problém v komunikácii zdravotnícky pracovník – pacient. Únik môže mať rôzne podoby, napr. do práce, zneužívania alkoholu či psychotropných látok. Konverzia je zmena emočného problému na somatický príznak. Opačné reagovanie znamená prezentovanie prehnaných názorov a postojov, ktoré sú protichodné situácii a pôvodným motívom, napr. prehnaná orientácia na prácu v situácii, keď by mal jedinec v záujme liečby obmedziť svoje pracovné aktivity. Regresia je návrat na prekonanú vývinovú úroveň a prítomnosť vývinovo mladších spôsobov správania, napr. prejavy hospitalizmu u detí. Premiestnenie predstavuje vybitie silnej negatívnej emócie na náhradnom objekte, ktorým môže byť predmet, osoba. Napr. slovná alebo iná forma agresivity pacienta, u ktorého liečba dlhodobo neprináša zlepšenie zdravotného stavu. Vytesnenie je aktívne zabúdanie nepríjemných skutočností, ktoré si človek uvedomuje, napr. popretie informácie o tom, že pacient trpí nevyliciteľným ochorením, čo sa však prejavuje zvýšenou emočnou labilitou, ktorú si pritom neuvedomuje. Pri zníženom horizonte vedomia sa pacient neustále zaoberá svojim zdravotným problémom, žije „pre chorobu“ a „s chorobou“. Znížené sebavedomie znamená preceňovanie hendikepu a jeho dopadu na osobnosť. Môže viesť k zníženej sebaúcte a k prejavom sebapoškodzovania (Křivohlavý, 2002, s. 106; Vymětal, 2003, s. 63-68; Žucha, Čaplová a kol., 2008, s. 35).

Zdroje riešenia a zvládania náročných situácií

K zvládacím zdrojom (salutorom) riešenia náročných situácií patria: vnútorné, vonkajšie zdroje zvládania a situačné charakteristiky.

Vnútorné zdroje riešenia a zvládania náročných situácií

Vnútorné zdroje predstavujú dispozície jedinca. Zaradujeme k nim biologické premenné, ako genetická výbava, vek, pohlavie, prekonané ochorenia a osobnostné premenné. Do tejto skupiny patria charakteristiky osobnosti: psychická odolnosť, frustračná tolerancia; zvyky a návyky vo vzťahu k životnému štýlu a kvalifikácia jedinca pre určitú činnosť, napr. vzdelanie, prax, schopnosti, poznatky a skúsenosti. V tomto smere dôležitú úlohu zohráva aj typ osobnosti. C. G. Jung pri typológii osobnosti rozlišoval tri polaritu: extroverziu verzus introverziu, cítenie verzus myslenie a pociťovanie verzus intuícia. Na základe toho rozlišoval introverziu, extroverziu;

emocionálny, myšlienkový resp. kognitívny typ osobnosti. Neskôr I. Myersová-Briggsová (1990) doplnila polaritu osobnosti o štvrtú dimenziu: posudzovanie verzus percepcia. Kombináciou jednotlivých funkcií vzniká 16 osobnostných typov, napr. extrovertný citový typ, extrovertný mysliteľský typ, introvertný citový, introvertný mysliteľský typ a ďalšie (Bratská, 2001, s. 122-142). Iný prístup predstavuje typológia osobnosti podľa správania, ktorú vypracovali M. Friedman a B. H. Rosenman (1974). Na základe analýzy pozorovania správania, štruktúrovaného rozhovoru a dotazníka u 3 500 respondentov, ktorí pracovali vo vedúcich funkciách v priemysle, obchode a administratíve, rozlíšili typ osobnosti A a typ osobnosti B. Pre osobnosti typu A boli príznačné nasledujúce charakteristiky: zvýšená až nadmerná súťaživosť, zvýšený nepokoj a bdelosť, necitlivosť k okoliu, nepriateľský až agresívny postoj k iným, tvrdosť, nekompromisnosť, chronické nutkanie niečo robiť, dokonca robiť viac vecí naraz, túžba byť najlepší, nosiť si prácu domov, neustály časový stres, mimoriadny záujem o čísla, zhromažďovanie predmetov, zvýšené napätie mimických svalov, výrazný rečový prejav a iné. Typ osobnosti B charakterizujú vysoký výkon v zamestnaní, široký okruh záujmov, schopnosť primerane odpočívať, kooperácia. Neskôr boli pridané aj ďalšie charakteristiky, ako zmysel pre humor, ochota odpúšťať, vyššia miera sebahodnotenia, zdravá pokora, zmysel pre autonómnosť, tvorivosť. V roku 1994 Siegel charakterizoval osobnosť typu C, ktorá sa vyznačuje poddajnosťou, prispôsobivosťou, sebaobetovaním, popieraním existencie nepriateľstva alebo hnevu, nevyjadrovaním emócií. Pre typ osobnosti D je typický sklon k prežívaniu negatívnych emócií, ktoré sa snaží potlačiť, cíti sa pod tlakom, vyhýba sa kontaktom a ďalšie (Bubeníková, 2010, 41-42).

Z hľadiska osobnostných charakteristík je pre riešenie náročných situácií významná nezdolnosť (hardiness). Jej koncepcia vychádza zo skúmania vzťahu medzi zdravím a zmysluplným postojom k životu a k práci. Pozostáva z troch navzájom úzko spätých osobnostných črt: ovládania diania, odovzdanosti a výzvy. Prostredníctvom ovládania diania (control) jedinec kontroluje priebeh externých situácií a udalostí. Zahŕňa vnímanie seba, primerané sebahodnotenie, uvedomenie si vlastných možností zvládať ťažkosti, ako aj ovplyvňovať priebeh udalostí. Ľudia s nízkou dispozíciou ovládania sa cítia bezmocní, prepadajú nečinnosti, apatii, neveria si. Odovzdanosť (commitment), aj oddanosť, osobná angažovanosť (involvement) a uvedomenie si zmyslu života a udalostí vychádzajú zo životnej orientácie jedinca, ktorú podmieňujú predovšetkým ciele a

hodnoty. Pre človeka s nízkou dispozíciou odovzdanosti je príznačná nedôvera, nerozhodnosť, nestálosť hodnôt a pesimizmus. Výzva (challenge) spočíva v pochopení úloh, ktoré jedinec prijíma ako podnet a ktoré môžu prispieť k osobnostnému rastu (Kobasa, Maddi, Kahn, 1982, s. 171-173). Predpokladom zvládnutia konfrontácie jedinca s nepriaznivými podnetmi je resiliencia, ktorá zahŕňa dva faktory: vystavenie sa pôsobeniu rizikovým faktorom a adaptáciu na tieto okolnosti alebo podmienky (Šolcová, 2009, s. 11-12).

Pri riešení náročných situácií je významné aj vnímanie celistvosti vlastného života (sense of coherence – SOC). V tomto smere sú prínosné práce A. Antonovského, ktorý sa venoval problematike salutogenézy (Antonovský, 1979, s. 124-134). Pozornosť upriamil na aspekty, ktoré posilňujú zdravotný stav (promote health), upevňujú zdravie (health enhancement) alebo uľahčujú proces uzdravovania. K faktorom, ktoré prispievajú k upevňovaniu a posilňovaniu zdravia autor zaraďuje osobnostné vlastnosti jedinca a konkrétny spôsob života. Z osobnostných vlastností bližšie špecifikoval bazálnu osobnostnú štruktúru človeka SOC, ako vnútorný zdroj zdravia. Osobnostnú štruktúru charakterizuje kompaktnosť, celistvosť životnej orientácie a predstavy o vlastnom živote. Neskôr sa Antonovský venoval skúmaniu dimenzií osobnosti. Dimenzia zrozumiteľnosti (comprehensibility) je kognitívnou zložkou a odráža schopnosť jedinca vnímať podnety vonkajšieho a vnútorného prostredia v určitých súvislostiach, predvídať ich a vysvetliť. Dimenzia zvládnuteľnosti (manageability), ako inštrumentálna zložka, predstavuje využitie zdrojov jedinca pri zvládaní úloh, ktoré vníma ako výzvu. Dimenzia radosti zo zmysluplnosti (meaningfulness) ako emocionálna zložka, vyjadruje postoj jedinca k vlastným výkonom

Vonkajšie zdroje riešenia a zvládania náročných situácií

Ide o zvládacie, podporné zdroje copingu, prípadne faktory zmierňujúce záťaž. Nemajú dosah na jej elimináciu, zmierňujú však jej vplyv na jedinca. Predstavujú vonkajšiu pomoc pri zvládaní záťaže prostredníctvom emocionálnej a sociálnej opory, napr. poskytnutím psychologickej starostlivosti, empatickým prístupom, ale aj formou inštrumentálnej pomoci, ako je pomoc pri práci, spolupráca pri riešení ťažkých úloh sociálneho prostredia. Súčasťou sociálnej opory je aj poskytnutie informácií o faktoroch záťaže a jej zvládaní, nácvik potrebných zručností a poskytnutie pozitívneho hodnotenia.

Situačné charakteristiky - zdroje riešenia a zvládania náročných situácií

Ide o premenné prostredia, napr. prítomnosť životných udalostí, kultúrne determinanty, vnímanie hodnôt, charakter vzájomných interakcií a premenné jednotlivca, predovšetkým vlastné vnímanie a hodnotenie kvality života (Bratská, 2001, 143, 147).

Stratégie zvládania náročných životných situácií

Takmer všetky udalosti v bežnom i v profesionálnom živote môžu predstavovať určitú mieru záťaže a pôsobiť stresujúco. O tom rozhodujeme sami, pretože je na nás, ako danú situáciu hodnotíme a či ju máme pod kontrolou. Niektoré životné krízy sú nevyhnutnou súčasťou nášho života, iné sa nimi môžu stať. Každú náročnú situáciu, s ktorou sa stretáme, sa snažíme podľa daných možností riešiť. Vo všeobecnosti sa termín zvládanie (coping) definuje ako: „súbor kognitívnych a behaviorálnych snažení zameraných zvládnuť, redukovať alebo tolerovať vnútorné a vonkajšie požiadavky, ktoré ohrozujú alebo prevyšujú zdroje individua“ (Lazarus, Folkman, 1984, s. 141). Štruktúru zvládania tvoria zvládacie procesy, schopnosti, vzorce a zdroje (Bratská, 2001, s. 110-111). Zvládacie procesy predstavujú transakcie individua a prostredia v záťažových situáciách, ktoré sú rozdielne z hľadiska času, vzájomne sa prelínajúce a končia sa eliminovaním stresorov alebo adaptáciou na ne. Zvládacie schopnosti sú všetky osobnostné predpoklady, dispozície a črty, ktoré podmieňujú riešenie stresorov na behaviorálnej, kognitívnej alebo zážitkovej úrovni. Stratégie a štýly riešenia sú základom vzorcov prístupu k záťaži. Ide o návykové, transsituačné, relatívne konzistentné postupy spracovania a zvládania záťaže. Zvládacie zdroje predstavujú predpoklady pre riešenie záťaže. Patria sem interné zdroje, napr. zdravie, schopnosť riešiť problémy a externé zdroje, ako je sociálna opora, porozumenie a iné. V tomto procese sa spravidla zúčastňujú jednotlivito alebo súčasne dva komponenty. Prvý komponent je zameraný na vyriešenie problému a realizuje sa prostredníctvom konštruktívnej činnosti. Druhý komponent smeruje k zvládnutiu emocionálneho dopadu a kontrolu vlastného správania (Lazarus, 1993, s. 236-238).

Stratégie riešenia a vyrovnávania sa s náročnými životnými situáciami sa členia podľa určitých hľadísk. Podľa základnej tézy riešenia stresujúcej situácie: útok – únik N. Cameron (1947) rozlíšil stratégie obrany a stratégie útoku. Obranné/defenzívne stratégie predstavujú pasívny prístup k riešeniu problémov a nezainteresovanosť pri hľadaní vhodných spôsobov, napr. vyhýbanie sa konštruktívnemu dialógu pri pochybení,

nepriznanie omylu, jeho potlačanie a prehliadanie. Stratégie útoku/ofenzívne sa členia na primárne a sekundárne. Primárne stratégie jedinec iniciuje sám, z vlastnej iniciatívy, napr. hľadanie chýb v práci kolegov, útočnosť, obviňovanie, znevažovanie. V pozitívnom význame ich môže jedinec využívať pri zvyšovaní telesnej zdatnosti i napriek tomu, že si to aktuálna situácia doposiaľ nevyžaduje, napr. aktívny prístup k pohybovým aktivitám ako súčasť zdravého životného štýlu. Sekundárne stratégie jedinec využíva na základe predchádzajúcich skúseností a menia spôsob jeho správania, napr. pri predchádzajúcom autoritatívnom prístupe nadriadeného môže zdravotnícky pracovník popierať osobnú zodpovednosť za nedostatky v starostlivosti o chorých, spolieha sa na anonymitu pri kolektívnom výkone. Z hľadiska prístupu k riešeniu náročných situácií môžeme rozlíšiť aktívne a pasívne stratégie. Pre aktívne stratégie je charakteristická snaha jedinca zvyšovať úsilie pri prekonávaní prekážok. Môže ísť o elimináciu prekážok, napr. prejavy otvorenej agresie, kompenzácia cieľa alebo únik do inej činnosti. Pasívne stratégie charakterizuje rezignácia, zanechanie úsilia alebo náhrada neprimerane nízkeho cieľa, únik do fantázie, nečinnosti, alkoholu, choroby a izolácia.

Najstaršou klasifikáciou riešenia náročných situácií je členenie podľa R. S. Lazarusa (1966), ktorý rozlíšil nasledujúce stratégie. Stratégie ľahostajnosti/apatie, keď jedinec neberie do úvahy okolnosti záťaže, pristupuje k podnetom apaticky, upadá do depresie, prežíva bezmocnosť, beznádej. Príkladom môže byť prístup „nič nemusím“, typický pre syndróm vyhorenia. Stratégie vyhnutia sa pôsobeniu noxy (škodliviny, nepríjemným podnetom), predstavujú vyhýbacie tendencie prístupu k riešeniu záťaže. V emocionálnej sfére ich sprevádza prežívanie obáv, strachu. Stratégie napadnutia útočníka sa vyznačujú priamym útokom na zdroj, napr. verbálna agresia pri riešení konfliktov. Stratégie posilňovania vlastných zdrojov a sily zahŕňajú výcvik schopností, ktoré zvyšujú telesnú zdatnosť, sebakontrolu a sebaovládania. Neskôr F. Cohen a R. S. Lazarus uviedli päť stratégií zvládania náročných životných situácií (Cohen, Lazarus, 1973, s. 377-385). Zvyšovanie informovanosti, keď sa jedinec snaží získať čo najviac informácií o pôsobiacom stresore, o zmenách v správaní iných, okolia, o účinnosti stratégie v riešení problémov, napr. hľadanie príčin sociálneho stiahnutia sa pacienta, odmietania spolupráce, prítomnosti týrania. Priama činnosť znamená konkrétny čin motivovaný vlastnou iniciatívou alebo vyvolávacím stresorom. Zameriava sa na odstránenie stresoru, napr. odstránenie noncompliance pacienta na základe vhodnej edukácie. Stratégia inhibícií sa uplatňuje v situáciách, keď nie je možné odstrániť príčinu

problémov, ale zlepšenie situácie môžeme dosiahnuť utlmením určitej činnosti, ktorá môže znamenať pre človeka nebezpečenstvo, napr. vzájomné rešpektovanie sociálnych rolí jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov pri budovaní korektných interpersonálnych vzťahoch. Intrapsychické stratégie typu „rozhovor sám so sebou“ sú zamerané na vnútorný dialóg, podstatou ktorého je prehodnotenie konkrétnej situácie, vlastných postojov, hodnôt a nájdenie vhodného riešenia, napr. uvedomenie si vlastných limitácií, prehodnotenie zotrvania na pracovisku, ktoré jedinec vníma ako stresujúce. Stratégia obrátenie sa na iných spočíva napr. v požiadaní o odbornú radu, útechu, upokojenie, posilu, sociálnu oporu.

Z hľadiska zvládania negatívnych emócií môžeme rozlišovať nasledujúce stratégie. Behaviorálne stratégie predstavujú použitie rôznych prostriedkov, ktoré zmiernujú naliehavosť problému, napr. telesná aktivita, zneužívanie alkoholu a psychotropných látok, hľadanie sociálnej opory. Kognitívne stratégie umožnia dočasné odsunutie problému z vedomia a zmiernenie ohrozenia prehodnotením situácie. Ruminačné stratégie sa vyznačujú uzatváraním sa jedinca a vnútorným trápením, alebo neustálym poukazovaním na zložitosť situácie, jej nekonformnosť, pričom absentuje snaha o zmenu situácie. Rozptyľujúce stratégie predstavujú vykonávanie príjemných činností, napr. športové aktivity, záujmy, ktoré sú zdrojom relaxu a prispievajú k získaniu kontroly nad situáciou. Vyhýbavé stratégie umožňujú únik z nepríjemnej situácie. Ide o potenciálne najnebezpečnejšie činnosti, napr. agresívne, útočné správanie, osočovanie, hazardérstvo, zneužívanie alkoholu (Atkinsonová et al., 1995, s. 613). Obranné mechanizmy predstavujú nevedomé procesy, ktoré prebiehajú samovoľne a ich uvedomeniu bráni odpor.

Dôležitým faktorom riešenia záťažových situácií nie je iba výber konkrétnej stratégie, ale aj samotný spôsob a štýl jej zvládania, ktorý podmieňujú osobnostné vlastnosti, typ a charakter záťaže, sociálna a emocionálna potreba, situačný kontext a ďalšie okolnosti. V zásade môžeme rozlišovať vyrovnaný spôsob riešenia záťaže, alebo nevyrovnaný spôsob s prvkami hostilného, útočného až agresívneho správania, prípadne ich prelínanie.

Záver

Náročné a zaťažujúce situácie sú súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti a sestry ako aj iní zdravotnícki pracovníci sú v klinickej praxi konfrontovaní ich prítomnosťou každodenne. Východiskom primeraného riešenie záťaže je ich akceptácia, racionálne posúdenie podstaty problémov, uvedomenie si zdrojov riešenia a výber vhodnej stratégie. Významným aspektom je aj konkrétny štýl, ktorý súvisí s procesom seba zdokonaľovania, s nácvikom komunikačných zručností a asertívneho správania.

Literatúra:

- ANTONOVSKÝ, A. (1979) *Health, Stress and Coping*, San Francisco: Jossey – Bass Publishers, 1979, 255 s.
- ATKINSONOVÁ, R. L. et al. (1993) *Psychologie*, Praha: Victoria Publish, 1993, 862 s. ISBN 80-85605-35-X.
- BRATSKÁ, M. (2001) *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. 1. vyd. Bratislava: Trade Leas, spol. s r.o., 2001, 325 s. ISBN 80-7094-292-4.
- BUBENÍKOVÁ, M., FILICKÁ, M. (2010) Mapovanie hostility a D-typu správania u sestier v ambulantnej starostlivosti. In *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu V*, s. 41–46, 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, ISBN 978-80-7248-607-6.
- COHEN, F., LAZARUS, R. S. (1973) Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. In *Psychosomatic Medicine*, 1973, 35, s. 375-389.
- ČÁP, J.; DYTRYCH, Z. (1968) *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. 1. Vyd. Praha: SPN, 1968, 118 s.
- KOBASA, S. C., MADDI, S. R., KAHN, S. (1982) Hardiness and Health. In *Journal Personality and Social Psychology*, s. 1982, 42, 1, s. 168-177.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2002) *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- LAZARUS, R. S. (1993) Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. In *psychosomatic Medicine*, 1993, 55, s. 234-247.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. (1984) *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer, 1984, 445 s.
- MIKŠÍK, O. (1969) *Člověk a svízelné situace*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1969, 371 s.
- ŠOLCOVÁ, I. (2009) *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
- ŠÚTOVEC, J. a kol. (1994) *Psychológia a pedagogika*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1994. 373 s. ISBN 80-217-0575-2.
- VYMĚTAL, J. (2003) *Lékařská psychologie*, 3. přepracované vyd. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
- ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T. a kol. (2008) *Lekárska psychológia*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2008, s. 208. ISBN 978-80-223-2439-7.

Kontaktná adresa:

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

PŘEDÁVÁNÍ A PŘEKLAD PACIENTŮ JAKO DŮLEŽITÝ ASPEKT KULTURY BEZPEČÍ

¹Iva Brabcová, ¹Sylva Bártlová, ¹Alena Machová, ²Kateřina Voleníková

¹Katedra ošetrovatelství a porodní asistence ZSF JČU České Budějovice

²Vyšší škola zdravotnická a Střední škola zdravotnická, Ústí nad Labem

Souhrn:

Překládaný článek má za cíl nalézt souvislost mezi ochotou sester hlásit nežádoucí události a vedením ošetrovatelské péče v oblasti překládů a propuštění pacientů. Kvantitativním výzkumu bylo osloveno 772 všeobecných sester. V rámci řízených rozhovorů bylo zjištěno, že přibližně 2/3 oslovených sester hlásí nadřazeným pracovníkům nežádoucí události. Oslovené sestry nesouhlasí s tvrzením, že se ztrácejí informace během střídání služeb a převozu pacientů na jiná oddělení. Nicméně necelá polovina z nich (43,9 %) připouští problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice. Statistickým testováním byla potvrzena teze, že pokud jsou překlady a propuštění pacientů sestrami vedeny úplně a pravdivě, tím více jsou nežádoucí události sestrami hlášeny.

Klíčová slova:

Ošetrovatelská péče; Pacienti; Nežádoucí události; Překlad

PATIENT TRANSFER AS AN IMPORTANT ASPECT OF SAFETY CULTURE

Summary:

This paper is aimed at finding connection between the willingness of nurses to report adverse events and the nursing care management in the area of patient transfer and discharge. 772 general nurses took part in this quantitative research. Structured interviews showed that approximately 2/3 of the contacted nurses disagree with the hypothesis that information is lost during shift changes or patient transfers to other wards. However, almost a half of the nurses (43.9 %) admits problems during information exchange between individual hospital wards. Statistical testing showed that the more patient transfers and discharges are completely and truthfully led by the nurses the more are the adverse events reported by them.

Key words:

Nursing care; Patients; Adverse events; Transfer

Úvod

Systémy hlášení nehod a chyb (nežádoucích událostí) jsou základní částí jakéhokoli systému řízení kvality a bezpečí. Efektivita je zajištěna především soustavným sledováním rizik a vytvořením indikátorů rizik v jednotlivých oblastech činností na základě rozboru výskytu rizik. Tyto indikátory se pak průběžně sledují a včas se nastolí preventivní opatření. Různé chyby (jako jsou například nepozornost, omyl nebo porušení pravidel) mají různé vyvolávající příčiny, objevují se na různých úrovních organizace a k jejich nápravě je nutné použít rozličných nástrojů řízení rizik. Účinnost managementu v řešení rizik závisí hlavně na zavedení a sledování nežádoucích událostí a situací, jež monitoruje činitele spojené se vznikem dokonáných nebo nedokonáných pochybení. Tento systém by měl umožnit důvěrné nebo anonymní hlášení. Legislativně je hlášení mimořádných událostí podpořeno zákon č. 66/2013Sb., kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ministerstvo zdravotnictví České republiky vypracovalo pro zavedení tohoto systému „Minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 8/2012 s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány (Hřib a Vychytil, 2010).

Posouzení stávající kultury bezpečí je první etapou v rozvoji bezpečí pacientů. Napomáhá zdravotnickým zařízením identifikovat silné a slabé stránky kultury bezpečí a rozpoznat bezpečnostní rizika, které hrozí hospitalizovaným pacientům. Předávání pacientů sestrou z jedné směny druhé sestře z další směny, z oddělení na oddělení nebo z jednoho zdravotnického zařízení do druhého patří mezi důležitou složku kultury bezpečí, protože tvoří okruh vysokého rizika pochybení nebo vzniku nežádoucích událostí. Předávání a překlady pacientů jsou vysoce rizikové procesy. Mohou přinášet mezery v kontinuitě poskytované péče (Škrla a Škrlová, 2008). Práva pacientů zavazují zdravotnická zařízení poskytovat kontinuální péči, kromě ní by při pohybu pacienta uvnitř organizace měla být zajištěna kontinuita informací. Ta přispívá ke kvalitní i bezpečné péči. Následky například ztráty dokumentace mohou vyústit v poškození pacienta, odložení plánované péče či naopak nadbytku výkonů a služeb. Neochota našich zdravotnických zařízení přijmout pravidlo zahraničí, jež hlásá – jedna hospitalizace, jedna dokumentace – k celé situaci ještě více přispívá. Tuto situaci by mohla výrazně zlepšit elektronicky vedená dokumentace a další komunikační

technologie, avšak organizace musí podporovat neustálou inovaci těchto systémů (Košta, 2013).

Cíle výzkumu

Hlavním předmětem výzkumného šetření bylo nalézt souvislost mezi ochotou sester hlásit pochybení a vedením ošetřovatelské dokumentace v oblasti předávání a překlady pacientů.

V souladu s předmětem výzkumu byly stanoveny dva dílčí cíle.

- 1) Vyhodnotit ochotu sester hlásit nežádoucí události
- 2) Potvrdit korelaci mezi úplností a pravdivostí vedení překlady a propuštění pacientů sestrami a jejich ochotou hlásit nežádoucí události

Metodika a výzkumný soubor

Realizace zjišťování názorů všeobecných sester probíhala technikou řízených rozhovorů. Terénní šetření se provádělo technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Sběr dat byl realizován prostřednictvím tazatelské sítě agentury INRES. Do výzkumu bylo zapojeno 216 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni. Statistické zpracování dat bylo provedeno programem statistické analýzy sociálních dat SASD, verze 1.4.10. Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě χ^2 a dalších testovacích kritérií (dle charakteru znaků). Hladina významnosti (P-value) byla stanovena na 5 %. Do výběrového souboru všeobecných sester byly zařazeny všeobecné sestry, pracující ve směnách na lůžkových odděleních nemocnic. Celkem výběrový soubor tvořilo **772 všeobecných sester**. Pro vyhodnocení kultury bezpečí v oblasti předávání a překladu pacientů byla zvolena validizovaná a standardizovaná metoda Hospital Survey on Patient Safety Culture (Sorra a Nieva, 2004) americké agentury AHQR (The Agency for Healthcare Research and Quality). Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat počet všeobecných sester v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byly osloveny všeobecné sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru (viz tabulka 1). Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje v případě členění dle krajů 0,3 %. *Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů.*

Tab. 1 Složení výběrového souboru všeobecných sester dle krajů

Kraj	A	%	Odhylka
Hlavní město Praha	139	18,0	0,0
Středočeský	62	8,0	-0,3
Jihočeský	42	5,4	+0,1
Plzeňský	45	5,8	+0,1
Karlovarský	24	3,1	+0,1
Ústecký	54	7,0	-0,1
Liberecký	28	3,6	+0,1
Královehradecký	43	5,6	+0,2
Pardubický	34	4,4	+0,2
Vysočina	36	4,7	0,0
Jihomoravský	94	12,2	+0,2
Olomoucký	46	6,0	-0,2
Zlínský	38	4,9	-0,1
Moravskoslezský	87	11,3	-0,1

Výsledky

V rámci výzkumu sester bylo zjišťováno, jaká je frekvence hlášení nežádoucích událostí na odděleních či pracovištích, na kterých sestry pracují. Tato oblast byla sycena třemi položkami. V rámci první z nich byly sestry dotázány, jak často je hlášená chyba, která když se stane, je odhalena i napravena dříve, než by poškodila pacienta (tzv. téměř pochybení). Dále bylo zjišťováno, jak často je hlášená chyba, která když se stane, neublíží pacientovi (tzv. pochybení bez následků) a konečně ve třetím případě bylo cílem výzkumu zjistit, jak často je hlášená chyba, která když se stane, mohla by ublížit pacientovi (tzv. pochybení s následky).

Tab. 2 Frekvence hlášení nežádoucích událostí sestrami

Nežádoucí událost	Frekvence hlášení (%)					celkem
	nikdy	zřídka	někdy	většinou	vždy	
Téměř pochybení	5,7	17,7	15,5	32,7	28,4	100
Pochybení bez následků	4,0	18,6	20,0	27,7	29,7	100
Pochybení s následky	4,7	15,9	18,3	25,4	35,7	100

Vždy hlásí téměř pochybení 28,4 % dotázaných, většinou potom 32,7 % sester. Zřídka hlásí nebo nikdy takovou chybu nehlásí 23,4 % všeobecných sester. Zbývající sestry (15,5 %) tak učiní pouze někdy.

Podobná je i situace v případě hlášení chyby, která když se stane, neublíží pacientovi. Takovou chybu vždy hlásí 29,7 % dotázaných sester, většinou 27,7 % respondentů. Zřídka nebo nikdy chybu hlásí 22,6 % sester, zbývající 1/5 (20,0 %) tak učiní někdy.

Poslední ze sledovaných situací je případ chyby, která když se stane, mohla by ublížit pacientovi (pochybení s následky). V takovém případě chybu vždy hlásí 35,7 % dotázaných všeobecných sester, většinou tak učiní 25,4 % respondentů. Nikdy takovou chybu nehlásí nebo tak učiní zřídka 20,6 % všeobecných sester, zbývajících 18,3 % tak učiní někdy (viz tabulka 2).

Oblast předávání a překládů pacientů sestrami byla testována třemi otázkami:

- Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé.
- Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta.
- Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice

Tab. 3 Znaky předávání a překládů pacientů

Znak	Frekvence hlášení (%)					celkem
	Vůbec nesouhlasím	Nesouhlasím	Částečně souhlasím	Souhlasím	Plně souhlasím	
Ztráta informací při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé	33,3	50,8	12,0	3,0	0,9	100
Ztráta informací při předávání služeb	38,5	49,5	7,6	3,4	1,0	100
Problémy při výměně informací	11,9	44,2	32,9	8,9	2,1	100

Přestože necelá polovina sester (43,9 %) připouští problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice, drtivá většina z nich nesouhlasí s tvrzením, že se ztrácejí informace během střídání služeb a převozu pacientů na jiná oddělení (viz tabulka 3).

Tab. 4 Souvislosti mezi hlášením nežádoucích událostí versus předávání a překlady pacientů

	Otázka 1	Otázka 2	Otázka 3
Téměř pochybení	P < 0,001	P < 0,001	P < 0,001
Pochybení bez následků	P < 0,001	P < 0,001	P < 0,001
Pochybení s následky	P < 0,001	P < 0,001	P < 0,001

Poznámka:

Otázka 1: Informace o pacientovi „záhadně mizí“ při převozu pacienta z jednoho oddělení na druhé

Otázka 2: Během střídání služeb se „ztrácejí“ důležité informace týkající se péče o pacienta

Otázka 3: Často se vyskytují problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnice

Z testování významných souvislostí mezi jednotlivými indikátory frekvence hlášení nežádoucích událostí a ostatními znaky předávání a překládů pacientů vyplynulo, že

pokud jsou překlady a propuštění pacientů úplnější a pravdivější, tím více jsou nežádoucí události řádně hlášeny a nejsou zamlčovány (viz tabulka 4).

Všeobecné sestry, které uváděly, že chyba je vždy nebo většinou hlášena významně častěji nesouhlasí s tezí o záhadném mizení informací o pacientovi při převozu a ztracení důležitých informací při střídání služeb. Oslovené sestry, které uváděly, že nedochází k problémům při výměně informací mezi odděleními, častěji hlásí nežádoucí události.

Tab. 5 Forma předávání informací sestrami při výměně služby

Forma	absolutní četnost	relativní četnost
Slovně	192	24,9%
Písemně	42	5,4%
Kombinace obou	536	69,4%
Jinak	0	0,0%
Nepředáváme	0	0,0%
Neodpovědělo	2	0,3%
Celkem	772	100,0%

Na komplexnost předávaných informací v rámci předávání služby sestrami může mít vliv také způsob předání a to buď ústně, písemně nebo kombinace předchozích způsobů. Na otázku, zda si sestry při výměně služby předávají informace, odpovědělo 770 (99,7 %) dotázaných kladně. Zbývající sestry si informace buď nepředávají, nebo tak konají ojedinele. Způsob předávání informací jsme dále zjišťovali otázkou: Jakou formou si předáváte informace? Nejvíce sester (69,4 %) využívá při výměně služby kombinaci ústního a písemného předávání informací, následuje ústní (24,9 %) a písemné (5,4 %) předání (viz tabulka 5).

Diskuse

Monitorování bezpečnosti zdravotnického zařízení je dnes zásadním měřítkem kvality poskytované zdravotní péče. Management rizik je základem moderního managementu. Zabývá se možností výskytu nežádoucích událostí a preventivními opatřeními, která jsou nutná k zabránění vzniku identifikovaných nežádoucích situací. Zdravotnická zařízení usilují o bezpečnou péči a bezpečné prostředí. Pro dosažení tohoto cíle je nutností zajistit rychlé hlášení nežádoucích událostí, jejich efektivní šetření a vyhodnocení a především zapojit zainteresované zaměstnance do tohoto procesu (Škrla a Škrlová, 2008).

Podle závažnosti následků dělíme nežádoucí události do čtyř stupňů: 1. nežádoucí událost, která proběhla naprosto bez následků; 2. nežádoucí událost, která je zdánlivě

bez následků, ale charakter incidentu vyžaduje monitorování; 3. nežádoucí událost se skutečným nežádoucím klinickým nálezem vyžadujícím zákrok nebo léčbu; 4. nežádoucí událost končící nenávratnými komplikacemi nebo smrtí. Je třeba ještě zmínit nežádoucí událost, kterou můžeme označit jako nedokonanou. Jedná se o situaci, která by mohla vést k poškození nebo poranění pacienta, ale nedojde k ní náhodou nebo zásahem zdravotníka nebo samotného pacienta (Škrly a Škrlová, 2008). V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili právě na frekvenci hlášení sestrami a to tzv. téměř pochybení, pochybení bez následků a pochybení s následky. Zajímavým zjištěním byl nepatrný rozdíl v hlášení tzv. téměř pochybení (vždy hlásí 28,4 % a většinou 32,7 %) a pochybení bez následků (vždy hlásí 29,7 % a většinou 27,7 %). Dle Škrly a Škrlové (2008) jsou chyby odhalené a opravené dříve, než k nim dojde, často opomíjené a samozřejmě neevidované jako nežádoucí událost, což se v našem výzkumu zcela nepotvrdilo. Nejvíce sester hlásí nežádoucí událost s následky (vždy 35,7 % a většinou 25,4 %). Důvodem mohou být právě následky, které je nutné promptně řešit, neboť mohou pacienta ohrožovat na zdraví či dokonce na životě. Lze konstatovat, že frekvence hlášení všech pochybení v našem výzkumu je velmi nízká, vzhledem k povinnosti zdravotnických pracovníků, kteří takovou událost zjistí nebo se na jejím vzniku podíleli, tuto nahlásit a provést zápis do formuláře „Hlášení nežádoucí události“ (Škrly a Škrlová, 2008).

K výše uvedeným nežádoucím událostem může docházet např. při předávání služby, překlada pacienta v rámci oddělení, na jiné oddělení v rámci nemocnice nebo při překlada do jiného zdravotnického zařízení. Účelem předávání služby mezi sestrami je zachování kontinuity a komplexnosti ošetrovatelské péče. Práce sester probíhá ve směnách (ranní, odpolední a noční nebo dvanáctihodinové směny), tyto směny by se měly časově překrývat, aby byl zajištěn dostatek času pro předávání informací o pacientech. Cílem je poskytnutí co nejkvalitnějších informací o pacientovi, změně zdravotního stavu, provedených a plánovaných (závislých i nezávislých) ošetrovatelských intervencí. Dle Philpin (2006) probíhá předávání služby mezi sestrami formou ústní, písemnou nebo kombinací obou metod. Z výsledků jejího výzkumu vyplývá, že dotazované sestry upřednostňují kombinaci ústního a písemného předání, přičemž zdůrazňují význam předávání informací u lůžka pacienta a dostatečnou časovou dotaci. Písemná forma dle dotázaných sester často zahrnuje grafické nebo barevné zvýraznění vážných problémů pacienta např. fyziologických funkcí, medikace apod.

V našem výzkumném souboru 536 (69,4 %) sester preferuje výše uvedenou kombinovanou formu předávání služby, 192 (24,9 %) sester předává službu verbálně a 42 (5,4 %) uvedlo písemnou formu.

Pacienti jsou zpravidla po celou dobu hospitalizování na jednom oddělení. V případě, že to zdravotní stav pacienta vyžaduje, bývá přeložen a léčen na jiném pracovišti. Přeložení může být v rámci oddělení, kdy důvodem může být zhoršení zdravotního stavu (překlad na JIP nebo IMP) nebo naopak zlepšení (překlad na standardní oddělení). Přeložen může být i na jiné oddělení v rámci zdravotnického zařízení nebo do jiného zdravotnického zařízení. O přeložení vždy rozhoduje ošetřující lékař, přeložení na jiné oddělení zajišťuje a taktéž informuje pacienta, případně jeho rodinu. Při překladu v rámci oddělení vypisuje do dekurzu epikrízu, v rámci překladu na jiné oddělení překladovou zprávu, v případě přeložení do jiného zařízení zprávu propouštěcí. Úkolem sestry je kromě vlastního překladu (zajištění osobních věcí, cenností, doprovodu pacienta) v případě překladu v rámci oddělení předání kompletní ošetřovatelské dokumentace, v případě překladu na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení vyplnění ošetřovatelské překladové zprávy (Vytejková a kol., 2001). Záznam o ošetřovatelské péči zahrnuje ošetřovatelskou anamnézu a zhodnocení zdravotního stavu pacienta, ošetřovatelský plán, průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta. V případě překladu či propuštění pak zahrnuje propouštěcí nebo překladovou ošetřovatelskou zprávu. Zde by měly být uvedeny souhrnné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči (včetně časových údajů), dále může obsahovat doporučení pro další ošetřovatelskou péči (Vyhláška č. 102/2012 Sb., v platném znění). Vzhledem k rozsáhlé administrativě a výkonům potřebným pro plynulý překlad nebo propuštění, je poměrně vysoká pravděpodobnost, že se sestra dopustí chyby. Důvodem může být nedostatek času; neefektivní multidisciplinární komunikace; neefektivní komunikace mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou, nedostatečná edukace pacienta apod. Dalším cílem bylo potvrzení korelace mezi komplexností vedení překladů a propuštění sestrami a jejich ochotou hlásit nežádoucí události. Dotázané sestry připouští problémy při výměně informací mezi odděleními (necelá ½), ovšem i přes výše uvedená fakta, většina námi oslovených sester nesouhlasí s tvrzením, že se informace o pacientovi ztrácí při překladu na jiné oddělení nebo při předávání služeb. Z testování významných souvislostí mezi indikátory frekvence hlášení nežádoucích událostí a dalšími znaky v oblasti

předávání a překladu pacientů vyplynulo, že komplexnost informací při překladech a propuštěních pacienta pozitivně ovlivňují hlášení nežádoucích událostí.

Závěr

Pobyt pacientů ve zdravotnickém zařízení je spojen s řadou rizik, která mohou vést k poškození jejich zdraví. Předávání pacientů sestrami během střídání směn, překlad pacientů v rámci nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení jsou vysoce rizikové procesy. Zanedbání či neshoda v doporučeném postupu předávání a překladu pacientů může vést k ohrožení nebo dokonce poškození zdraví pacientů. Jedním z minimálních požadavků na zajištění bezpečí a kvality poskytované péče v lůžkových zařízeních je zavedení systému hlášení nežádoucích událostí do praxe. Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda sestry hlásí pochybení a zda existuje souvislost mezi ochotou sester hlásit nežádoucí události a vedením ošetrovatelské péče v oblasti překladů a propuštění pacientů. Přestože je povinností každého zaměstnance zdravotnického zařízení hlásit nežádoucí událost svému přímému nadřízenému, pouze 2/3 oslovených sester uvedlo, že hlásí vždy nebo téměř vždy nežádoucí událost! Přibližně polovina oslovených sester udávala existenci problémů při výměně informací mezi odděleními nemocnice. Nicméně se dle jejich mínění informace během střídání služeb a převozu pacientů na jiná oddělení neztrácejí. Statistickým testováním byl potvrzen předpoklad, že pokud jsou překlady a propuštění pacientů sestrami vedeny úplně a pravdivě, tím více roste ochota sester hlásit nežádoucí události.

Výzkum byl realizován za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu reg. č. NT 14133 s názvem „Zvyšování bezpečnosti ošetrovatelské péče“.

Literatura

HŘIB, Z., VYCHYTIL, P. (2010) *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče*. Praha: Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy.

KOŠTA, O. (2013) *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4422-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví ze dne 9. října 2012. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2012, částka 8, s. 20-38. Dostupný také v digitální formě z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik- c5/2012 _6452_2510_11.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vyhláška č. 102/2012 Sb., ze dne 30. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1737 – 1745. Dostupný také v digitální formě z: http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/files/Vyhlaska_o_hodnoceni_kvality_a_bezpec_i_luzkove_zdravotni_pece.pdf. ISSN 1211-1244.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zákon č.66/2013 Sb. ze dne 14. března o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2013, částka 31, s. 634 – 636. Dostupný také v digitální formě z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2013/031-2013.pdf>. ISSN 1211-1244.

PHILPIN, S. (2006). Handing Over: transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care*. Vol. 11, No. 2, pp. 86-93. ISSN 1478-5153.

SORRA, J. S., NIEVA, V. F. (2004). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. [online]. AHQR Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004. [cit. 2014-27-2]. Dostupné z: http://www.ahrq.gov/qual/patient_safety_culture/hospcult.pdf.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. (2008) *Řízení zdravotnických rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. (2011) *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

Korespondence:

Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

brabcova@zsf.jcu.cz

SATURÁCIA SOCIÁLNYCH POTRIEB V SÚVISLOSTI S DEPRESIOU A KVALITOU ŽIVOTA U SENIOROV V INŠTITUCIONÁLNO M ZARIADENÍ

¹Jana Jakobejová, ²Eubica Ilievová, ³Peter Žitný

¹ TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

² TU v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

³ TU v Trnave, Filozofická fakulta, Katedra psychológie

Súhrn:

Autori tohto článku prezentujú výskum majúci za cieľ skúmať uspokojovanie sociálnych potrieb vo vzťahu k depresii a kvality života seniorov žijúcich v inštitucionálnom zariadení. Výskum bol vykonaný na slovenskej vzorke 30 seniorov (7 mužov a 23 žien). Priemerný vek súboru činil 78,6 rokov (SD = 7,3) a ich vekové rozmedzie bolo od 62 do 92 rokov. Pre meranie depresie bola použitá Geriatrická škála depresie, a kvalita života bola zisťovaná Krátkou verziou dotazníka kvality životnej radosti a spokojnosti. Okrem deskriptívnej štatistiky boli údaje analyzované aplikáciou neparametrického Friedmanovho testu a korelačnej analýzy. Výsledky ukázali, že uspokojovanie sociálnych potrieb súvisí so znižovaním prežívanej depresie a naopak zvyšovaním kvality života seniorov v inštitucionálnom zariadení.

Klíčová slova:

Kvalita života; Depresia; Sociálne potreby, Seniori, Inštitucionálne zariadenie

SATISFYING SOCIAL NEEDS IN RELATION TO DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PERSONS LIVING IN RETIREMENT HOME

Summary:

The authors of this article present research concerning the goal to explore satisfying social needs in relation to depression and quality of life of elderly persons living in Retirement home. The research was conducted on the Slovak sample of 30 elderly people, 7 of them were male and 23 female. The average age of the sample did 78,6 years (SD = 7,3) and their age range from 62 to 92 years. To measure depression The Geriatric Depression Scale was used, and quality of life was measured by the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. In addition to descriptive statistics, the data was analyzed using the non-parametric Friedman test and correlation analysis. The results showed that increasing satisfaction of social needs of the elderly in

the Retirement home is related to the reduction of depression and contrary, increasing their quality of life.

Key words:

Quality of life; Depression; Social need; Elderly persons, Retirement home

Úvod

Kvalita života nadobudla v ošetrovatelstve svoju nezastupiteľnú, významnú pozíciu, porovnateľnú s tou, akú si predtým vytvoril koncept zdravia (pozri: Farquhar, 1995). Taktiež v kontexte praxe založenej na dôkazoch nachádza široké uplatnenie. V klinickej praxi sa výsledky výskumov v tejto oblasti využívajú najčastejšie pri výbere efektívnej intervencie (napríklad pri zvažovaní viacerých alternatív), ďalej s cieľom zlepšenia komunikácie s pacientom, pri zisťovaní pacientových preferencií v liečbe, pri rozhodovaní o ďalšom postupe liečby alebo riešení problémov v psychosociálnej adaptácii pacienta na ochorenie a pod. (Fayers, Machin, 2000, s. 7). V literatúre sa stretávame s dominanciou medicínskych a psychologických prístupov ku kvalite života (Taillefer et al., 2003). Zároveň zaznamenávame rozmach empirických štúdií hodnotiacich kvalitu života v rôznych populáciách pacientov (Haas, 1999; Haase, Braden, 2003). V obmedzenej miere sa však výskum v ošetrovatelstve zaoberá kvalitou života v špecifickej populácii seniorov (pozri napr.: Guráň, 1997; Halvorsrud, Kalfoss, 2007). Seniori prijímajú obvykle odchod do inštitucionálneho zariadenia (bez ohľadu na jeho motiváciu) ako stratu doterajšieho statusu, ktorý nie je možné z nejakého dôvodu udržať. Schimmerlingová (1972) uvádza, že reakcia seniorov na pobyt v domove dôchodcov je často spájaná s pocitmi dožívania a márnosti vyplývajúcimi z dojmu, že boli svojim deťom na obtiaž. Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia tak pre seniora znamená zásadnú zmenu jeho životného štýlu, ktorá je spojená so stratou zázemia, známeho teritória a s ním spojenej identity. Úroveň kvality života seniora v inštitucionálnom zariadení tak následne súvisí s viacerými faktormi objektívneho i subjektívneho charakteru, avšak máme za to, že sa táto odvíja predovšetkým od miery uspokojovania sociálnych potrieb seniora v danom zariadení. Pobyt v inštitucionálnom zariadení môže senior chápať ako signál blížiaceho sa konca svojho života, čo pôsobí stresujúco a prejavuje sa to okrem iného v úrovni prežívanej depresie (Jirák, 2007) a kvality života (Farquhar, 1995).

Ciel' práce

V našom výskume zameriavame pozornosť ako na depresiu, tak hlavne na kvalitu života seniorov v súvislosti s uspokojovaním ich sociálnych potrieb v inštitucionálnom zariadení, keďže explorácia týchto súvislostí má priame implikácie pre teóriu aj prax v ošetrovatel'stve. Vzhľadom na náš výskumný cieľ a zvolené metódy získavania údajov, ktoré popisujeme ďalej, sme formulovali výskumnú otázku či súvisí depresia a kvalita života seniorov s uspokojovaním ich sociálnych potrieb v rámci individuálneho plánu rozvoja osobnosti seniora v inštitucionálnom zariadení?

Metodika

Metódou zberu údajov bol dotazníkový spôsob získavania informácií. Výskumná batéria pozostávala z dvoch častí: v rámci prvej časti bol najskôr seniorovi administrovaný *Štandardizovaný test psychických funkcií* (SMMSE; Standardized Mini-Mental State Examination; Vertesi et al., 2001); následne po splnení výberového kritéria (získaných viac ako 20 bodov) sme administrovali druhú časť výskumnej batérie, ktorú tvorila titulná strana vo forme informovaného súhlasu, za ktorým nasledovali dve štandardizované metodiky, a to *Geriatrická škála depresie – krátka verzia* (GDS - Short Form; Geriatric Depression Scale; Sheik, Yesavage, 1986) a *Krátka verzia dotazníka kvality životnej radosti a spokojnosti* (Q-LES-Q-SF; Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form; Endicott et al., 1993). Okrem uvedených metodík bol za účelom merania úrovne uspokojovania sociálnych potrieb seniorov vyplňovaný záznamový hárok hodinovej dotácie pre každého seniora v rámci jeho individuálneho plánu rozvoja osobnosti (IPRO). Tento záznamový hárok bol na dennej báze vyplňovaný ošetrovateľským personálom. Postup výskumu spočíval v opakovanom meraní v dvojmesačných intervaloch. Miesto realizácie výskumu bolo v Zariadení pre seniorov Juraja Schoppera v Rožňave. Časový rozvrh výskumných prác bol nasledovný: prvý zber údajov bol realizovaný v období apríl 2014, pričom druhý zber údajov sa uskutočnil s odstupom dvoch mesiacoch v júni, a tretí v auguste 2014. Pred samotnou administráciou boli seniori ako aj pracovníci zariadenia informovaní o prebiehajúcom výskume. Výskumná batéria bola každému zo seniorov administrovaná za osobnej asistencie výskumníka, ktorý bol počas vyplňovania seniorovi k dispozícii pre prípad nejasností ohľadne spôsobu vyplňovania dotazníkov. Výskumník tiež namieste vyhodnotil skóre SMMSE a po dosiahnutí minimálneho počtu bodov administroval druhú časť výskumnej batérie. Praktický postup výskumu sa týkal zabezpečenia

šstandardizovanej situácie pri zbere údajov, ktorá by bola porovnateľná vzhľadom na základné okolnosti pre všetkých seniorov, a to konkrétne rovnaký časový interval administrácie metodík od 9:00 hod do 12:00 hod; zároveň bolo každému seniorovi zabezpečené súkromie a klud pre vyplňovanie výskumnej batérie s tým, že seniori obdržali rovnakú inštrukciú ohľadne skutočnosti, že nie je možné dosiahnuť dobré alebo zlé výsledky a že pre vyplnenie výskumných metodík nie je stanovený žiadny časový limit. Výskumná batéria administrovaná v tlačenej podobe (papier-ceruzka).

Súbor

Výberovým kritériom pre zaradenie seniora ako účastníka do výskumného súboru bola maximálna dĺžka dva týždne pobytu seniora v inštitucionálnom zariadení k termínu prvého merania ako aj lucidný stav vedomia, ktorý bol stanovený prostredníctvom výsledného skóre viac ako 20 bodov v metodike SMMSE. Z účasti vo výskume boli tiež vylúčení seniori s diagnostikovaným organickým psychosyndrómom a demenciou. Výber skúmaných osôb bol podmienený kritériami ako vek 64 rokov a viac, ochota a schopnosť spolupracovať, zachovaná reč, jemná motorika, zrak a sluch. Vzhľadom na typ výberu seniorov do výskumného súboru sa jedná o príležitostný výber (Ferjenčík, 2000). Keďže sme seniorov do nášho súboru zaraďovali príležitostne, ide o nenáhodný výber. Konečný výskumný súbor po zohľadnení spomínaných výberových kritérií pozostával z 30 seniorov. Ich vekový priemer bol 78,6 (SD = 7,3) s variačným rozpätím 30 rokov; minimálny vek 62 (N = 1) a maximálny vek 92 rokov (N = 1). Vzhľadom na pohlavie tvorilo výskumný súbor 7 mužov (23 % z N = 30) a 23 žien. V skupine mužov bol vekový priemer 76,6 (SD = 10,7) a v skupine žien 79,2 (SD = 6,1).

Výsledky

Zo zozbieraných údajov sme vypočítali priemerné hodnoty, štandardnú odchýlku, minimálnu a maximálnu hodnotu hrubého skóre dosiahnutého z odpovedí seniorov v dotazníkoch GDS a QLES, uvádzame tiež opisné charakteristiky hodinovej dotácie v rámci IPRO – individuálneho plánu rozvoja osobnosti seniora (Tab. 1).

Tab. 1: Deskriptívna analýza

	Priemer	SD	Min	Max
Depresia – prvé meranie	8,1	3,38	2	13
Depresia – druhé meranie	9,7	1,93	6	14
Depresia – tretie meranie	8,6	1,33	7	11
Kvalita života – prvé meranie	44,8	6,42	32	52
Kvalita života – druhé meranie	45,1	6,10	30	52
Kvalita života – tretie meranie	48,3	4,69	39	52
Hodinová dotácia za jún až júl v rámci IPRO	6,3 h	3,82 h	1 h	16 h

Friedmanova analýza rozptylu pre k závislých výberov bola aplikovaná za účelom štatistického testovania zmien v úrovni depresie a kvality života seniorov. Počas troch mesiacov sa zmenili štatisticky signifikantne hodnoty depresie $\chi^2(2) = 9,423$; $p = 0,008$ (exaktná sig.) ako aj kvality života $\chi^2(2) = 16,474$; $p = 0,000$ (exaktná sig.). Wilcoxonov znamienkový test bol následne použitý pre analýzu rozdielov medzi jednotlivými výbermi, pričom sme aplikovali Bonferroniho korekciu hladiny významnosti na 0,0167. Ukázalo sa, že úroveň depresie sa medzi prvým ($M = 8,1$) a druhým ($M = 9,7$) meraním signifikantne zvýšila, $T = 90$, $p = 0,009$; medzi prvým ($M = 8,1$) a tretím ($M = 8,6$) meraním sa signifikantne nezmenila, $T = 164$, $p = 0,555$; a medzi druhým ($M = 9,7$) a tretím ($M = 8,6$) meraním sa depresia seniorov signifikantne znížila, $T = 74$, $p = 0,008$. Úroveň kvality života sa síce medzi prvým ($M = 44,8$) a druhým ($M = 45,1$) meraním signifikantne nezmenila, $T = 201$, $p = 0,736$; ale kvalita života seniorov sa signifikantne zvyšovala medzi prvým ($M = 44,8$) a tretím ($M = 48,3$), $T = 49$, $p = 0,000$; a druhým ($M = 45,1$) a tretím ($M = 48,3$) meraním, $T = 38$, $p = 0,000$. Výskumná otázka či súvisí depresia a kvalita života seniorov s uspokojovaním ich sociálnych potrieb v rámci individuálneho plánu rozvoja osobnosti seniora v inštitucionálnom zariadení bola riešená prostredníctvom korelačnej analýzy. Na podklade výsledkov štatistickej analýzy môžeme konštatovať, že so zvyšujúcou sa mierou uspokojovania sociálnych potrieb seniorov súvisí znižovanie úrovne depresie ($r = -0,19$) a zvyšovanie úrovne kvality života seniora ($r = 0,21$).

Diskusia

Z našich výsledkov sa ukázalo, že depresia sa najskôr po dvoch mesiacoch pobytu seniorov v zariadení k druhému meraniu zvýšila, ale následne pri treťom meraní klesla na úroveň porovnateľnú s hodnotou pri prvom meraní. Kvalita života seniorov sa po

prvých dvoch mesiacoch na rozdiel od depresie síce významne nezmenila, ale už pri treťom meraní sa podstatne zvýšila, t.j. po štyroch mesiacoch pobytu seniorov v zariadení. Na podklade uvedených zistení sa teda môžeme domnievať, že prvé dva mesiace pobytu seniora v inštitucionálnom zariadení súvisia s náročným procesom adaptácie na nové prostredie, ktoré prináša zmenu doterajších návykov a spôsobu života, v dôsledku čoho rastie u seniora vnútorné napätie, neistota, strach, úzkosť a vôbec celá depresívna symptomatológia sa zvyrazňuje, keďže každodenný život v inštitucionálnom zariadení je charakteristický svojou organizovanosťou a tlakom na dodržiavanie určitých všeobecne prijatých pravidiel. Orientácia v novej situácii a jej zvládnutie môžu byť pre seniora obtiažne v dôsledku oslabenia adaptačných mechanizmov, ku ktorému s vekom dochádza, ale aj v dôsledku návyku na isté stereotypy, ktoré sa spájajú s jeho predchádzajúcim spôsobom života a s prostredím, na ktoré bol navyknutý (pozri napr.: Hegyi, 1993). Umiestnenie do inštitucionálnej starostlivosti je spájané tiež s nutnosťou vzdať sa prinajmenšom časti svojej autonómie. V zariadení panujúca organizovanosť a relatívny komfort zabezpečený inými oberajú seniora o motiváciu k rôznym prirodzeným aktivitám, ktoré boli v minulosti súčasťou seniorovho bežného života. Guráň (1997) naznačuje význam subjektívnych a objektívnych činiteľov podieľajúcich sa na adaptačnom procese seniorov v domove dôchodcov. Medzi subjektívne činitele radí: sociálne charakteristiky (najmä typ práce vykonávaný počas produktívnej životnej fázy, miesto a typ bývania pred nástupom do domova dôchodcov); rodinné charakteristiky a osobnostné charakteristiky. K objektívnym faktorom potom autor radí informovanosť zo strany personálu zariadenia, sociálnu klímu, úroveň zdravotnej starostlivosti a hlavne uspokojovanie sociálnych potrieb seniora. Aj na podklade našich výsledkov môžeme konštatovať, že so zvyšujúcou sa mierou uspokojovania sociálnych potrieb súvisí znižovanie prežívanej depresie a naopak zvyšovanie kvality života seniorov v inštitucionálnom zariadení.

Záver

Veríme, že výsledky našej práce nájdu svoje uplatnenie ako v oblasti ošetrovateľského výskumu, tak aj hlavne v samotnej ošetrovateľskej praxi pri zlepšovaní psychosociálnej adaptácii a skvalitňovaní sociálneho života seniora v inštitucionálnom zariadení, ktoré by malo znamenať kultúrne, priateľské a dôstojné prostredie pre kvalitný a plnohodnotný život seniora, kreatívne a plnohodnotné využívanie voľného času,

spoločenské kontakty, a hlavne každodenné činnosti, ktoré prinášajú seniorovi radosť a naplnenie jeho potrieb.

Použitá literatúra

ENDICOTT J., NEE J., HARRISON W., BLUMENTHAL R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacology Bulletin*; 29:321-326. ISSN. 0048-5764

FAYERS, P. M., MACHIN, D. (2000) *Quality of Life: Assessment, Analysis, Interpretation*. First edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 978-0-470-02450-8

FERJENČÍK, J. (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 255 s. ISBN 8071783676.

GURÁŇ, P. (1997) *Adaptačné problémy očami obyvateľov domova dôchodcov*. In Hegyi, L. (ed.) *Vývoj starostlivosti o seniorov v Strednej európe : Štvrté stredoeurópske sympóziu o sociálnej gerontológii konané v dňoch 7. a 8. 12. 1995 v Bratislave*. Bratislava : Charis, s. 81-85.

HAAS, B. A. (1999) Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 21, no 6, p. 728–742. ISSN: 1682-3141

FARQUHAR, M. (1995) Definitions of Quality of Life: a Taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22, no 3, p. 502–509. ISSN: 1365-2648

HAASE, J. E., BRADEN, J. B. (2003) Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In King, C. R., Hinds, P. S. *Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research*. Second edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, p. 65–92. ISBN 10: 0763722359

HALVORSRUD, L., KALFOSS, M. (2007) The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006. *European Journal of Ageing*, Vol. 4, no 4, p. 229–246. ISSN: 1613-9372

HEGYI, L. (1993). *Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku*. Praha : Asklepios, 103 s. ISBN 80-7167-004-9

JIRÁK, R. (2007) Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatria pre prax*, roč. 8, č. 5, s. 200–204. ISSN 1335-9584

TAILLEFER, M.CH., DUPUIS, G., ROBERGE, M., LEMAY, S. (2003) Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, vol. 64, no 2, p. 293–323. ISSN: 0303-8300

SCHIMMERLINGOVÁ, V. (1972) *Metody sociální práce se starými lidmi*. Praha : MPSV ČR.

VERTESI, A., LEVER, J.A., MOLLOY, D.W., SANDERSON, B., TUTTLE, I., POKORADI, L., PRINCIPI, E. (2001) Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician*. Vol. 47, no 10, pp. 2018–2023. ISSN: 0008-350X

SHEIK, J. I., YESAVAGE, J. A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In BRINK, T. L. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 1st ed., New York: The Haworth Press. pp. 165–173. ISBN 0 86656 536 1

Korešpondencia:

Doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
Katedra ošetrovatel'stva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Hornopotočná 23
918 43 Trnava
Email: ilievova.lubica@truni.sk

ODBORNÉ ZNALOSTI SESTER V PÉČI O PACIENTY S DEMENCÍ

¹Jiřina Hosáková, ²Marie Kopecká

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

²Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské, Bílá Voda

Souhrn:

Syndrom demence je duševní porucha, kdy dochází k úbytku kognitivních funkcí následkem degenerativních změn v mozkové tkáni. Charakteristickými projevy jsou zhoršení rozumových schopností a změny osobnosti. V počátečním stádiu se objevují poruchy hlavně krátkodobé paměti, je patrná porucha úsudku a časoprostorové orientace. S postupem choroby dochází k rozpadu osobnosti, nemocný nezvládá vykonávat běžné denní činnosti, zapomíná běžné dovednosti, ztrácí i základní hygienické návyky a je závislý na plné péči jiné osoby. Ošetrovatelská péče musí zajišťovat komplexní uspokojování potřeb nemocného s cílem udržení co nejvyšší míry soběstačnosti.

Klíčová slova:

Demence, Potřeby, Hodnocení, Péče, Sestra.

EXPERT KNOWLEDGE OF NURSES IN CARE FOR PATIENTS WITH DEMENTIA

Summary:

Impairment of cognitive functions due to degenerative changes in the brain tissue is a typical syndrome in dementia. Decrease of intellect and personality changes are typical symptoms of dementia. At an early stage, deteriorations of short-time memory, judgment, and orientation to time and place are the most prominent. As the disease continues, personality of the patient disintegrates. The patient is not able to manage common daily tasks any more, loses common practical skills, hygienical habits, and is fully dependent on other person's care. Nursing care should provide a complex satiation of the patient's needs. The aim is to maintain the highest level of the patient's self-sufficiency.

Key words:

Dementia, Needs, Score, Care, Nurse.

Úvod

Demence patří mezi syndromy s charakteristickým výskytem v seniorském věku. Jiráček (2009) uvádí výskyt u 5 % obyvatel ve věku nad 65 let a ve věku nad 85 let až u 50 % seniorů. WHO zveřejnila v roce 2012 údaje, podle kterých v tu dobu žilo na světě 35,6 milionů lidí s demencí, do roku 2030 se má počet zdvojnásobit a v roce 2050 se má počet nemocných zvýšit trojnásobně. Jde o poruchu, pro niž je charakteristické postižení paměti, myšlení, chování a ztráta schopnosti sebezpečí. Ošetrovatelská péče má zajistit uspokojení potřeb nemocného ve všech stádiích choroby. Cílem je udržet maximální možnou úroveň soběstačnosti a dále zajistit nejvyšší možný komfort pro nemocného i jeho blízké. (Marková a kol., 2006)

U demencí jsou popsána tři stádia vývoje stavu, která se liší mírou postižení jedince a vyžadují různý stupeň pomoci:

- a. 1. stádium – mírná kognitivní forma, doba trvání je mezi 2 až 4 roky. Období je charakteristické poruchami novopaměti, časovou a prostorovou dezorientací, nemocný obtížně hledá správná slova v hovoru.
- b. 2. stádium – středně těžká forma, doba trvání je 2-10 let. Dochází k výrazným výpadkům paměti, snížené soběstačnosti, objevuje se zmatenost, bloudění, poruchy spánku (spánková inverze). Zhoršuje se schopnost vyjadřování a častý je i výskyt halucinací a bludů.
- c. 3. stádium – těžká forma, doba trvání se pohybuje mezi 1 až 3 roky. Vyskytují se potíže při příjmu potravy, zhoršuje se mobilita nemocného, postupně dochází k inkontinenci moči a stolice, nemocný ztrácí schopnost komunikace, dostavuje se agresivita a neklid. Toto stádium končí smrtí jedince. (Pidrman, 2007)

Plánovat individuální péči nelze bez komplexního zhodnocení aktuálního stavu nemocného. To předpokládá dostatečné znalosti projevu choroby a možností pozitivního ovlivnění stavu, ale i limitů, které s sebou progrese choroby přináší. Neznalost může být příčinou komplikací, například úrazu z důvodu změny kognitivních funkcí nebo nedodržení terapeutického plánu z důvodu poruchy paměti. Z pohledu ošetrovatelské péče je vhodné se zaměřit především na uspokojení potřeb nemocného, které se s vývojem poruchy mění, sestra má být schopná rozlišit zhoršení stavu. Vhodnou možností hodnocení je postupovat podle jednotlivých domén stanovených organizací NANDA International. Systematický přístup umožní zjistit většinu vzniklých odchylek.

Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí sester pečujících o nemocné s demencí a definovat oblasti, které jsou vnímány jako nejnáročnější v práci sestry.

Metodika

Pro sběr dat byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval celkem 18 otázek. Čtyři otázky byly identifikační, 13 otázek bylo uzavřených a 1 otázka otevřená. Vlastnímu sběru dat předcházela předvýzkum, kdy se 5 respondentů vyjádřilo ke srozumitelnosti položek. Podle jejich připomínek proběhla korekce znění otázek.

Soubor

Celkem bylo distribuováno 110 dotazníků, návratnost byla 97 dotazníků, žádný nebyl vyřazen a do šetření bylo zahrnuto celkem 97 sester. Padesát pracovalo v psychiatrické nemocnici a 47 ve standardní nemocnici. Všechny sestry na svých pracovištích běžně ošetřovaly pacienty s demencí.

Výsledky

Většina oslovených sester (68 %) měla středoškolské vzdělání. Délku praxe 16 a více let uvedlo 36,1 % respondentek, do 5 let a mezi 5 až 10 lety shodně 23 % sester. Klienty s demencí denně nebo více než 1x týdně ošetřovalo 76 sester (78,4 %). Znalosti symptomatologie onemocnění se u sester lišila. Na obou pracovištích správně vyhodnotily projevy v 1. stádiu demence. U druhého stádia správnou symptomatologii vybralo 43,3 % sester z psychiatrického pracoviště oproti 34,1 % sester z nemocnice, změny související s 3. stádiem poruchy v obou zařízeních dokázaly shodně popsat obě skupiny respondentek. V jedné z položek měly sestry uvést, co považují za nejnáročnější při ošetřování nemocných s demencí. I když se procentuální zastoupení podle zařízení lišilo, na obou pracovištích sestry považovaly za nejnáročnější komunikaci s nemocným a hned poté zvládnutí neklidu u této skupiny nemocných. Většina respondentek uváděla jako nutnost při komunikaci trpělivost, hovořit klidně, pomalu a srozumitelně (94,5 %). Naopak dvě respondentky uvedly, že u těžkých demencí s nemocným nekomunikují, neboť on již stejně nerozumí. Šetření se týkalo i znalostí o formách aktivizace nemocných s demencí. Sestry uváděly jako vhodné běžné činnosti, např. čtení, poslech hudby, sledování televize, ruční práce. Nemocné s těžkou demencí by již ale zaměstnávaly minimálně a ze šetření

vyplynulo, že sestry by velmi omezeně volily koncept bazální stimulace a reminiscenční terapii, i když jsou tyto přístupy obecně doporučované.

Diskuse

Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit míru znalostí sester pečujících o nemocné s demencí. Naše šetření prokázalo dobré teoretické znalosti problematiky. Prokázaly jak znalosti symptomatologie, tak znalosti o vhodných metodách aktivizace pacientů a možných rizicích souvisejících s poruchou. Stejný jev zkoumala i Bělohávková (2013), které však došla k závěru, že sestry mají nízkou úroveň znalostí. Důvodem mohlo být jiné složení vzorku respondentů a taky skutečnost, že se dotazovala hlavně na znalosti etiologie a demence. V našem šetření byly znalosti podobné u sester z obou zařízení, i když jsme předpokládali, že sestry z psychiatrické nemocnice budou mít znalosti lepší, což se nepotvrdilo. U sester ze standardní nemocnice se ale ukázalo přecenění některých schopností pacienta. Například když se měly vyjádřit k možnostem pomoci s orientací, část sester považovala za dostatečné nemocného pouze jednorázově seznámit s oddělením bez dalšího opakování, kontroly nebo zavedení nějakých orientačních bodů. Porucha orientace je jedním z projevů vyskytujících se již v počátcích nemoci a pro nemocného je vysoce riziková. Nemocní se ztrácejí i ve známém prostředí, nejsou schopní se vrátit domů, v nemocnici bloudí a nedaří se jim najít pokoj. Hrozí i riziko opuštění zařízení s následnou potulkou. Například Struksnes (2011) uvádí dezorientaci jako jednu z nejčastějších příčin pádu. Proto je vhodné dbát na rozmístění nábytku, zabránit volnému vstupu na schodiště a odstranit z dosahu předměty, které by mohly být zdrojem poškození.

Obě skupiny sester se shodly v definování problematických oblastí ošetrovatelské péče. Jako problematické oblasti vnímaly sestry v našem šetření komunikaci a zvládání neklidu nemocných. Pro demenci je charakteristická porucha paměti, kdy si nemocný v počátečním stádiu nedokáže vybavit správná slova, později s progresí choroby často nechápe obsah sdělovaného a nedokáže slovně nic smysluplného sdělit. Komunikace s těmito klienty má být jasná, jednoduchá, bez dlouhých souvětí. Protože si nemocný často nedokáže vybavit správné slovo, je potřebná vysoká míra trpělivosti. (Marková, 2006) S poruchou komunikace souvisí i další problémy. Nemocní například nedokážou popsat své potíže a Holmerová (2009) upozorňuje, že nedokážou slovně upozornit ani na tak závažný problém, jakým je bolest.

Závěr

S postupným zvyšováním délky života populace se zvyšuje i počet pacientů s demencí. Jde o onemocnění dlouhodobé, trvající několik let, kdy v počátcích lze sice zaznamenat drobné poruchy paměti a orientace, nemocný je ale soběstačný a schopný uspokojit všechny své potřeby. Postupné zhoršování stavu může mít za následek přehlédnutí nebo pozdní identifikaci ošetrovatelských problémů. To hrozí hlavně u sester, které mají jen minimální znalosti a neuvědomují si závažnost stavu pacienta. I když se v našem šetření zásadní nedostatek informací neprokázal, ukázala se potřeba doplnění znalostí související s aktivizací a objektivním hodnocením pacienta. Pokud sestry zahrnou do ošetrovatelské péče i nové trendy, pozitivně to ovlivní kvalitu péče a zvýší se i kvalita života nemocných.

Literatura:

HOLMEROVÁ, I., BAUMANOVÁ, B. et al. MOBID-2 (2009) Praktická škála bolesti vhodná nejen u lidí s demencí. In *Česká geriatrická revue*, 2009, roč. 7, č. 2, s. 79-80. ISSN 1214-0732

JIRÁK, R., et al. (2009) *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. (2006) *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

PIDRMAN, V. (2007) *Demence*. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978- 80-247- 1490-5.

STRUKSNES, S., et al. (2011) *The nursing staff's opinion of falls among older persons with dementia. a cross-sectional study*. [online]. BMC Nursing, 2011 [cit. 2014-06-12]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/13>

Korespondence:

Mgr. Jiřina Hosáková
Ústav ošetrovatelství FVP
Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 625/25
74601 Opava
E-mail: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

ŠPECIFIKÁ VÝŽIVY U PACIENTA S ANTIKOAGULAČNOU LIEČBOU

Silvia Puteková

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

Súhrn:

Cieľom príspevku je informovať o špecifikách výživy u pacientov s antikoagulačnou liečbou. Sestry sa môžu zapájať do procesu informovania ešte stále nedostatočne edukovaných pacientov vo väčšej miere ako doteraz. Pre správny prístup sestry edukujúcej pacienta s antikoagulačnou liečbou je nutné, aby najprv sama zvládla princípy antikoagulačnej liečby: umelého navodenia poruchy krvného zrážania s cieľom zabrániť vzniku trombózy, resp. zastaviť progresiu už vzniknutého trombu. Následne by mala vhodnou komunikáciou s dostatočným časovým priestorom informovať pacientov o priebehu a podmienkach liečby a o rizikách, ktorým sú vystavení napr. pri úrazoch a poraneniach, ako aj pri invazívnych diagnostických a liečebných zákrokoch vykonaných počas účinnej liečby warfarínom. Musí klásť dôraz na dodržiavanie odporúčanej diéty pri tejto liečbe.

Kľúčové slová:

antikoagulačná liečba, edukácia, špecifická výživy

Úvod

Informovanosť pacientov liečených kumarínovými antikoagulanciami je základnou podmienkou efektívnej liečby bez komplikácií. Príspevkom chcem podať prehľad o špecifikách výživy pacientov s antikoagulačnou liečbou. Správnu a účinnú edukáciu pacienta s antikoagulačnou liečbou robí sestra ovládajúca princípy a metodiku liečby poruchy krvného zrážania s cieľom zabrániť vzniku trombózy, resp. zastaviť progresiu už vzniknutého trombu. Dĺžka podávania závisí od príčiny, pre ktorú bol warfarín indikovaný - od niekoľko týždňov až po doživotné užívanie. Pred započatím liečby, ako aj počas obdobia liečby je nutné oboznámiť pacienta so všetkými okolnosťami ovplyvňujúcimi účinok, či už v zmysle jeho zvýšenia alebo zníženia: o interakcii s inými liekmi a niektorými potravinami, o zásadách diéty a životospráve, pretože odpoveď na liečbu warfarínom je variabilná pre mnohé farmakokinetické a farmakodynamické faktory. Pri nesprávnej liečbe hrozí riziko krvácajúcich a embolických komplikácií. Toto

riziko sa zvyšuje pri absencii základných informácií o účinku lieku, pri nedostatočnej edukácii a následne zlou compliance pacienta. (Kessler, 2000). Sú pacienti, ktorí sa zaujímajú o priebeh liečby, avšak ich otázky nie sú vždy zodpovedané. Väčšina sa o problematiku zaujíma aktívne. Všetkým však treba vysvetliť riziká, ktorým sú vystavení pri úrazoch a poraneniach, ako aj pri invazívnych diagnostických a liečebných zákrokoch vykonávaných počas účinnej liečby warfarínom, ak na užívanie neupozornia ošetrujúceho lekára.

Antikoagulačná liečba Warfarínom

Antikoagulačná liečba sa dnes používa vo všetkých klinických odboroch, či už ako liečebná metóda alebo ako prevencia tromboembolických komplikácií (Chlumský, 2005). Kessler vo svojej publikácii hovorí: *“Antikoagulačná liečba je umelo navodená porucha krvného zrážania s cieľom zabrániť vzniku trombózy alebo zastaviť progresiu už vzniknutého trombu“* (2000, s.6).

Optimálne hodnoty

- INR 2,0-3,0 väčšina indikácií
- INR 2,5-3,5 pacienti s umelou chlopňou

Správne dávkovanie antikoagulačnej liečby sa kontroluje laboratórnymi krvnými testami. Najpoužívanejší je test vyšetrenia protrombínového času (aj Quickov test), ktorý monitoruje aktivitu faktorov protrombínového komplexu (II., V., VII. a X.) a fibrinogénu. Výsledok testu je udávaný ako INR = International Normalized Ratio (medzinárodný normalizovaný pomer), čo je násobok pomeru protrombínového času pacienta a kontroly s koeficientom protrombínu použitého k vyšetreniu (je tak zabezpečená možnosť porovnania výsledkov zo všetkých laboratórií navzájom). Dĺžka podávania závisí od príčiny, pre ktorú bol warfarin indikovaný - od niekoľko týždňov až po doživotné užívanie. (Kessler, 2000)

Indikácie krátkodobej liečby

- Plánovaná kardioverzia pri fibrilácii predsiení (3-4 týždne pred a 3-4 týždne po výkone)
- Rekonštrukčné výkony na hlbokých žilách (3-6 týždňov)
- Profylaxia žilovej trombózy po ortopedických operáciách (6-8 týždňov)
- Bioprotéza chlopne (3 mesiace)

Indikácie trvalej liečby Warfarinom

- Recidivujúce trombózy hlbokých žíl
- Recidivujúce pľúcne embólie
- Permanentná fibrilácia predsiení
- Primárna pľúcna hypertenzia (resp. skrytá sukcesívna pľúcna embólia)
- Náhrady srdcových chlopní (Kessler, 2000)

Špecifická výživa pri antikoagulačnej liečbe

O tom, že liečbu Warfarinu môžu ovplyvňovať potraviny spomenul Čepelák už v roku 2002 vo svojom odporúčaní, kde upozorňuje na možnosť ovplyvnenia ustálenej hladiny INR výživou s väčším množstvom zeleniny a to aj v upravenej forme, ako aj konzumovaním bylenných čajov. Odporúča vyvarovať sa výkyvom v prísune tejto zelenej potravy, alebo častejšie kontrolovať INR. Čepelák ale zdôrazňuje, že to nie je dôvod k nedodržaniu zásad racionálneho stravovania a vynechanie týchto látok z diéty (Čepelák, 2002, s.5). Kessler považuje dodržiavanie diéty pri užívaní perorálnej antikoagulačnej liečby za nutné, pretože účinok perorálnej antikoagulačnej liečby je závislý na množstve vitamínu K prijímaného v potrave. Zdôrazňuje nutnosť stálej dávky vitamínu K v potrave. Podľa Kesslera nie je žiaduci nízky príjem vitamínu K, vysoký príjem ani jeho nevyrovnané množstvo, ale fakt, že denná dávka vitamínu K by nemala presiahnuť 250 ug. Pri pacientoch s nepravidelným príjmom vitamínu K v potrave je nutná častejšia kontrola hodnoty INR. Kessler uvádza, že správne vyvážená diéta by mala vychádzať zo zásad zdravej výživy, mala by brať ohľad na ďalšie diétne odporúčania, ktoré musí pacient dodržiavať, vychádzať zo stravovacích návykov pacienta a pri tom zabezpečiť pravidelný príjem vitamínu K bez výkyvov v jeho príjme (Kessler, Kohout, 2007).

Riziká spájané s nesprávnou výživou

Ak pacient odporúčanú výživu nedodržuje, je ohrozený vznikom nasledujúcich komplikácií (Kessler, 2007) :

- znížená obranyschopnosť a zvýšený výskyt infekčných komplikácií následkom nízkeho príjmu vitamínu C,
- vznik zápchy následkom nedostatku vlákniny,
- arytmie ako následok nedostatku draslíka

- deficit vitamínov, minerálov a vlákniny následkom nízkeho príjmu ovocia a zeleniny.

Vitamín K

Názov vitamínu K pochádza z nemeckého die Koagulation, ktorý bol objavený Henrikem Damem v roku 1920, ktorý spoločne s Edwardom Adalbertom Doisyom získal Nobelovu cenu za výskum v oblasti vitamínu K (Kessler, 2007, s.31). Na základe vyššie uvedených poznatkov môžeme povedať, že dôležitú úlohu zohráva edukačná činnosť sestry. V rámci edukácie je veľmi dôležitý zber pacientovej anamnézy, venovať dostatok času jeho doterajším stravovacím návykom, poučeniu o interakcii vitamínu K a warfarínu. Dôkladne posúdiť jeho výživu, vysvetliť odporúčané denné množstvo vitamínu K v potrave, venovať pozornosť potravinovým doplnkom a pomôcť navrhnúť individuálny jedálny lístok. Značnú pozornosť musíme venovať pacientom – vegetariánom a pacientom na redukčnej diéte. *„Edukácia je proces sústavného ovplyvňovania správania a konania jedinca s cieľom navodiť zmeny v jeho vedomostiach, postojoch, návykoch a zručnostiach“* (Juřeniková, 2010, s. 9). Všeobecne je potrebné vyvarovať sa v priebehu antikoagulačnej liečby všetkým náhlym zmenám v jedálničku i jednorazovým stravovacím výkyvom. Pri užívaní perorálnych antikoagulancií odporúčame pacientovi dodržiavať také diétne zásady, ktoré minimalizujú riziko kolísania účinku liečby. A tak jednak zabezpečujú dostatočné trvanie času, v ktorom sa pacient nachádza v terapeutickom rozpätí lieku a zároveň zásadne redukujú možnosť komplikácií základného ochorenia. Správne zostavená diéta by mala vychádzať zo zásad správnej výživy, mala by zohľadniť prípadné ďalšie diétne odporúčania, prihliadať na stravovacie návyky pacienta a zabezpečiť pravidelný prísun vitamínu K bez výraznejších výkyvov v jeho príjme. Platí pravidlo: **Všetko, ale s mierou!** (Kohout, 2007)

Potraviny s vysokým obsahom vitamínu K je možné zaradiť do jedálnička pravidelne, ale v primeranom množstve

- Listová zelenina: kapusta, kyslá kapusta, šalát, zelená paprika, brokolica, špenát, nezrelé paradajky, petržlenová vňať, pažitka, pór, avokádo
- Bylinkové čaje
- Červená repa
- Olivy a olivový olej

Potraviny so stredným obsahom vitamínu K treba zaraďovať do stravy pravidelne v množstve podľa zvyklostí.

- Červené papriky a rajčiny
- Uhorky, cibuľa, strukoviny, karfiol, kaleráb
- Kiwi, nezrelé ovocie
- Ostatné rastlinné oleje (Matýšková, 2010)

Nutnou súčasťou antikoagulačnej liečby je pravidelné sledovanie protrombínového času. V ambulantnej praxi je veľkou pomocou prenosný prístroj CoaguChek, na ktorom je možné vyšetriť hodnotu INR z kvapky krvi (vpichom do prsta) priamo na ambulancii, a to s okamžitým výsledkom. Táto metóda je vhodná nielen pre pacientov so zlým stavom periférnych žíl, ale je prínosom pre všetkých pacientov hlavne z dôvodu úspory času, ako aj pre možnosť okamžite korigovať dávku lieku, a tak aktívne a pružne predchádzať možnému predávkovaniu a poddávkovaniu AK liečby so všetkými sprievodnými rizikami ohrozujúcimi zdravie a život pacienta.

Záver

Kohout (2007) vo svojej publikácii hovorí: „*Správne vytvorená diéta by teda mala vychádzať zo zásad zdravej výživy, mala by zohľadniť možné ďalšie diétne odporúčania, ktoré pacient dodržiava (napr. nízkocholesterolová, diabetická...), vychádzať zo stravovacích návykov pacienta a pri tom zabezpečiť pravidelný príjem vitamínu K bez výkyvov v jeho príjme.*“

Odporúčania pre pacienta

- Užívať ordinovanú dávku lieku.
- Informovať každého ošetrojúceho lekára o užívaní antikoagulačnej liečbe.
- Pred každým chirurgickým zákrokom, extrakciou zuba, injekčnou liečbou sa treba poradiť s lekárom, ktorý liečbu naordinoval!
- O každom krvácaní, výskyte hematómov alebo iných nežiaducich účinkoch informovať lekára!
- Dodržiavať diétne odporúčanie.
- Dodržiavať termíny kontrolných vyšetrení.

Literatúra

Kessler, P. (2000) *Léčba orálními antikoagulancii*, 2. vyd. Praha: Orion Pharma, 2000, 64 s. ISBN 80-238-6017-8.

Kohout, P., Kessler, P., Růžičková, L. (2007) *Dieta při antikoagulační léčbě*, 1. vyd. Praha: Forsapi, 2007, 59 s. ISBN 978-80-903820-1-5

Matýšková, M. (2010) *Warfarin, potrava a potravinové doplňky*. In *Vaskulární medicína*, 2010, roč. II, č. 3, 127 – 129. ISSN 1338-0206

Jones M., McEwan P., *Heart* 2005; 91:472–477. doi: 10.1136/hrt.2004.042465.

Palareti G., *Thrombosis and Haemostasis* 2009; 102: 268- 278

Fihn, S.D., et al.: Risk factors of complications of chronic anticoagulation. *Ann. of Intern. Med* 1993, 118, pp. 511-520

Kontaktná adresa:

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
TU v Trnave, FZaSP, katedra ošetrovatel'stva
Univerzitné námestie 1
Trnava
Slovenská republika
Email: silvia.putekova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA PACIENTOV PO TOTÁLNEJ LARYNGEKTÓMII PRE KARCINÓM HRTANU

Jana Boroňová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzity v Trnave

Súhrn:

Nádorové ochorenie hrtana patrí medzi najzávažnejšie onkologické problémy v oblasti otorinolaryngológie. Tvorí 3% všetkých rakovinových nádorov. Na Slovensku ročne ochorie asi 300 pacientov. V liečbe karcinómu hrtana je veľakrát jediným možným radikálnym terapeutickým postupom totálna laryngektómia. Tento operačný výkon je pre pacienta veľmi náročný jednak po fyzickej, ale aj psychickej stránke, nakoľko mení jeho aktívny život. Operácia vedie k strate hlasu a reči, k zmene prirodzeného spôsobu dýchania, k odstráneniu respiračnej a ochrannej funkcie nosa, k poruche prehĺtania a k psycho-sociálno-ekonomickým problémom. Ide vždy o veľmi závažný zásah do života, ktorý vo svojom dôsledku skôr či neskôr spôsobuje trvalú invaliditu. Príspevok sa zaoberá vnímaním a prežívaním kvality života tracheostomovaných pacientov po totálnej laryngektómii.

Kľúčové slová:

rakovina hrtana, totálna laryngektómia, tracheostómia, kvalita života

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER TOTAL LARYNGECTOMY AFTER CARCINOMA OF LARYNX

Abstract

Tumor of larynx belongs to the most serious oncological problems in the area of otorhinolaryngology. It is 3 % of all cancer tumors. Every year about 300 people get this illness in Slovakia. Total laryngectomy is often the only possible radical therapeutic procedure in the therapy of carcinoma of larynx. This operation is both mentally and physically extremely difficult for a patient, as it changes his / her active life. The operation causes the loss of voice and ability to speak, changes natural way of breathing, abolishes respiratory, protective and olfactory nose functions; disrupts swallowing and it generates psycho-social-economic problems. It is always a very serious intervention to the patient's life and sooner or later it leads to the permanent

disability. The contribution is focused on perception and quality of life patients after total laryngectomy.

Key words:

cancer of larynx, total laryngectomy, tracheostomy, quality of life

Úvod

Karcinóm hrtana je najčastejším onkologickým ochorením v oblasti horných dýchacích a hltacích orgánov. Vzhľadom k možným následkom liečby, ako je strata hlasu, patrí táto anatomická oblasť medzi ostro sledované. (Barta, 2009).

Totálna laryngektómia je veľakrát jediným možným radikálnym terapeutickým postupom v liečbe pacientov s nádormi hrtana, hypofaryngu a faryngolaryngeálnej rakoviny. Indikáciou je: tumor zasahujúci do vnútrajšku hrtana (pokročilé štádium T3, T4), alebo ďalších oblastí a nie je dostatočná parciálna laryngektómia, zlyhanie ožarovania, opakovaný výskyt nádoru po predošlej chirurgickej liečbe, resp. ako záchranná operácia po neúspešnej liečbe s chemorádioterapiou (Šebová-Šedenková, 2006). Pri totálnej laryngektómii je hrtan odstránený úplne a definitívne sú oddelené dýchacie a hltacie cesty. (Černý, 1995).

Už v predoperačnom období je nutné pripraviť pacienta a jeho rodinu na vzniknutú situáciu. (Škvrňáková, 2009).

Kvalita života je pojem, ktorý bol v minulosti spájaný najmä s ekonomickými a sociálnymi ukazovateľmi. Až v ostatných troch desaťročiach sa pojem začal skúmať vzťahom k človeku, predovšetkým k hodnoteniu jeho individuálneho života a k jeho zdraviu.

Diagnóza onkologického ochorenia prináša človeku nutnosť vyrovnáť sa s novou informáciou a najmä s negatívnymi zmenami, ktoré nastávajú v jeho živote. Tie zasahujú jeho prežívanie, emócie, jeho vnútorný i vonkajší svet.

Jednou z možností, ako sa pacient s ochorením môže vyrovnáť, je psycho-sociálna podpora. Jej cieľom je skvalitnenie jeho životných potrieb prostredníctvom pomoci

psychológa, klinického psychológa, psychiatra či liečebného pedagóga. Snahou je dosiahnuť pozitívnu zmenu v psycho-sociálnom prežívaní pacienta, rozvíjať jeho osobnosť, zručnosť, tvorivosť, aktivizovať praktickú činnosť, zlepšiť jeho celkový psychický stav a primerane ho integrovať do zdravej populácie (Tomagová - Bóriková, 2008).

Tracheostomovaný pacient sa musí vyrovnávať s celým radom problémov. Tieto sa netýkajú len jeho subjektívneho prežívania, či bolesti, ale aj jeho spoločenskej interakcie vo vzťahu k iným ľuďom, či okoliu vôbec. Po operácii trpí zvýšenou sekréciou hlienu a často pri vykašliavaní dochádza k znečisťovaniu okolia aj do veľkej vzdialenosti, čo býva spoločensky ťažko prijateľné. K tomu sa pridávajú hltacie ťažkosti pri stolovaní, končiac kašľom, obavy z dusenía a problémová komunikácia. Všetky tieto situácie vedú k stresu, k stavom úzkosti a depresie a práve na zvládnutie takéhoto stavu je prospešné individuálne poradenstvo u psychológa. Súčasťou rehabilitácie je aj nácvik správneho dýchania, ktorý navodzuje pocit vnútornej rovnováhy a môže tak pozitívne ovplyvniť ďalšie funkcie tela i ducha. Psychológ sa zaujíma o potreby pacienta a snaží sa mu pomôcť zvládnuť negatívne myšlienky, pocity, zážitky (Križanová, 2011).

Dôležitú úlohu v živote tracheostomovaného pacienta, najmä pred operáciou – totálnou laryngektómiou a následnou tracheostómiou ako i v začiatkoch po operácii, zohráva sestra. Keďže sa pacient po prepustení z nemocnice bude musieť sám (resp. s pomocou príbuzných) starať o tracheostomickú kanylu, prípadne ošetrovanie tracheostomickej rany, je povinnosťou sestry oboznámiť ho s tým, aké tracheostomické kanyly existujú a z akých častí sa skladajú, ako byť sebestačný pri výmene kanyly, ako zvládnuť základné princípy hygieny a dezinfekcie a ako sa starať o peristomálnu kožu. Ďalej sestra musí informovať pacienta, ako má používať kompenzačné pomôcky, ako sa má starať o dutinu ústnu, vysvetliť mu princípy stravovania, a taktiež kedy má v prípade problémov vyhľadať odbornú pomoc. Edukácia pacienta sestrou je mimoriadne dôležitá. Ak pacient vďaka edukácii získa sebestačnosť a zručnosť v oblasti starostlivosti o seba, zvýši si tým sebavedomie a sebaúctu a nebude trpieť pocitom menejcennosti, či odkázanosti na iných. Slovná inštrukcia musí byť doplnená vhodným nenásilným nácvikom, ktorý bude u každého pacienta individuálne intenzívne podľa jeho schopností adaptovať sa na novú situáciu, a tým mu pomôžeme zbaviť sa úzkosti a strachu (Szakálová, 2014).

V rámci kvalitativného šetrenia boli realizovaný rozhovor s dvoma pacientmi po totálnej laryngektómii pre karcinóm hrtana. Jeho cieľom bolo zistiť, ako sa dokázali vyrovnat' s touto skutočnosťou, ako vnímajú kvalitu svojho života a ako vnímajú sami seba.

V prvom prípade sa jedná o 73-ročnú ženu, pani A., vdovu, so základným vzdelaním, rok po totálnej laryngektómii, toho času na invalidnom dôchodku.

Pani A. pred rokom zistili zhubný nádor. Veľmi ťažko sa s tým vyrovnávala. Spočiatku vykašliavala krv, neskôr si nahmatala hrčku na krku. Nato vyhľadala odbornú pomoc. Absolvovala chemoterapiu aj rádioterapiu, cítila sa unavená a slabá, nezvládala prácu v domácnosti.

Ochorenie po psychickej stránke veľmi ťažko zvládala, najmä vtedy, keď jej vypadali všetky vlasy. Mala však veľkú podporu rodiny, ktorá jej, okrem iného, odporučila, aby vyhľadala pomoc psychológa. To odmietla a dodnes tvrdí, že jej po psychickej stránke veľmi pomohli vlastné deti. Čo sa týka vzťahov, najdôležitejšími sú pre ňu rodinné vzťahy, pričom najväčšou oporou sú dcéra a syn. Vďaka nim dokázala zahnať tie najhoršie myšlienky. Uvedomuje si, že aj pre nich, hlavne v začiatkoch liečby ochorenia, to bolo veľmi ťažké. Nevedeli sa zmieriť s tým, že ich matka príde o možnosť „normálnej“ verbálnej komunikácie.

Horšie to bolo v kontakte s cudzími ľuďmi, keď napr. počas hospitalizácie na onkológii jej nerozumela spolubývajúca pacientka, ktorá nemala trpezlivosť komunikovať prostredníctvom odčítania z pier či pomocou písania.

V bežnom živote pani A. potrebuje pomoc v domácnosti. Na dve hodiny denne k nej chodí opatrovatel'ka, tá jej aj nakúpi aj pomôže s varením, v ostatnom čase jej pomáhajú deti, ktoré k nej často chodia. Sama dokáže pomaly vykonávať drobné domáce práce. Aj starostlivosť o tracheostomickú kanylu zvláda sama, pri jej výmene nepotrebuje pomoc, dokáže si ju sama čistiť, vymieňať aj ošetrovať – tak, ako sa to naučila počas pobytu v nemocnici. Pozná niektoré vhodné aj nevhodné potraviny, súvisiace s jej stavom a samostatne sa stravuje cez PEG.

Pani A. žije sama v družstevnom byte a vždy sa veľmi teší na návštevy, hlavne svojich vnúchat.

Čo sa týka subjektívneho vnímania vlastnej kvality života, pani A. konštatuje, že sa pomaly zmierila so svojím ochorením a takisto jeho dôsledkami a teda – ako sama tvrdí – môže povedať, že je spokojná. Táto spokojnosť je podklade vzťahov a lásky so svojou rodinou. Uznáva, že po operácii sa dlho nevedela zmieriť s tým, že má „dieru v krku“, že sa inak bude musieť stravovať a že sa jej celkovo zmení život. Veľký strach mala aj z neschopnosti komunikovať. V súčasnosti ju trápí kašľanie a občasné ťažkosti s prehltaním.

V druhom prípade sa jedná o 65-ročného muža, pána B., ktorý je po totálnej laryngektómii dva roky. Má učňovské vzdelanie, je rozvedený, toho času invalidný dôchodca.

Diagnóza karcinómu hrtanu veľmi postihla telesný stav pána B., cíti sa slabý. Tvrdí, že za niektoré veci si môže sám – mal zlé návyky, zlú životosprávu, holdoval alkoholu a veľa fajčil. Uznáva, že kým si všetko uvedomil, bolo neskoro. Nevie sa vyjadriť k tomu, či jeho ochorenie ovplyvňuje rodinu, nakoľko býva sám v dvojizbovom byte, je rozvedený a deti žijú v zahraničí. Tie ho navštevujú veľmi málo.

Po diagnostikovaní ochorenia, keď dostal niekoľko chemoterapií, liečbu znášal bez problémov. Postupne mal však suchú pokožku, bolo mu zle a jedol veľmi málo. Momentálne bolesť nepocítiťuje a priznáva, že najťažšie pre neho bolo zvyknúť si, že už nikdy nebude môcť fajčiť. Triasli sa mu ruky, bol nervózny, kým si zvykal na celkom „nový“ život. Prekážala mu diera v krku i to, že cez ňu musel dýchať. Najviac ho však trápilo to, že nebude môcť hovoriť, komunikovať ako predtým. Stáva sa mu, že sa ho ľudia pýtajú, či mu nevadí, že vyzerá úplne inak. To mu však prekáža najmenej, najväčší problém je to, že nemôže hovoriť.

So svojím súčasným spôsobom života sa pán B. nevie vyrovnáť a so svojou zákernou chorobou už vôbec nie. Keďže býva sám, často myslí na smrť. Stráca nádej a nechce sa mu bojovať proti vlastnej chorobe. Lekár mu odporučil návštevy u psychológa. Tie spočiatku odmietal, no potom sa poradil so svojimi deťmi a tie ho – ako tvrdí – na sedenia u psychológa doslova (v dobrom slova zmysle) dokopali. Dnes im za to veľmi vďačí, pretože si uvedomuje, že rady psychológa mu pomohli aspoň inak pozeráť na

život. Aj keď so všetkými situáciami sa nevie vyrovať a ťažko prežíva svoju samotu. Má problémy aj so spánkom, pretože sa bojí, že sa bude dusiť.

Čo sa týka vzťahov pána B. – zostal mu len jeden dobrý kamarát. V rámci pre neho bežných činností, mu pomáha opatrovatel'ka. Tá mu nakúpi, pomôže s upratovaním, s výmenou kanyly a občas mu aj navarí.

Keď je sám, rád číta knihy, lúšti krížovky. Niekedy sa však nevie tešiť z ničoho, ani z činností, ktoré mu inak robia radosť. Svoj byt považuje za útočisko, v ktorom sa skryje pred svetom, cíti sa v ňom dobre a uvoľnene.

Totálna laryngektómia veľmi ovplyvnila kvalitu jeho života. Za najväčšie negatívum považuje stratu možnosti verbálnej komunikácie. Vďačný je za svojho kamaráta i za deti, ale celkovo nie je spokojný so svojím životom. Stráni sa spoločnosti, preto do nej málo chodí. Ak aj ide von, všima si, že ľudia na neho zvláštne pozerajú a ak cestuje verejným dopravným prostreidkom a zakašle, vníma tie pohľady ešte horšie.

Spočiatku mal pán B. kovovú kanylu, ktorá bola pre neho nepríjemná. Neskôr dostal plastovú, no sám si ju nedokáže vynemieť. V súčasnosti využíva elektrolarynx a lekár mu odporučil možnosť zavedenia hlasovej protézy, na ktorú sa práve chystá.

Záver

Každý človek, ako jedničná osobnosť, vníma a prežíva kvalitu svojho života inak. Na týchto dvoch prípadoch možno vidieť, že rovnaká lekárska diagnóza rôzne ovplyvňuje kvalitu života a prežívanie postihnutých. Vo veľkej miere je to závislé na vzťahoch s najbližšími. Pacienti majú často negatívne zážitky v sociálnych situáciách. Títo ľudia majú problémy psychickej oblasti, niektorí sa so svojím ochorením vôbec nedokážu vyrovať. Každý sa však snaží nájsť si nejaké aktivity, ktoré by ho uspokojovali. V bežných denných činnostiach však potrebujú pomoc inej osoby. Najväčším problémom je pre nich komunikácia.

A čo by mohlo pomôcť tracheostomovaným pacientom? Mohlo by to byť združenie tracheostomovaných pacientov; edukovanie pacientov už po diagnostikovaní nádoru hrtana, ako i psychologická pomoc a pomoc pri uspokojovaní spirituálnych potrieb. Dobré by im padla aj väčšia informovanosť širšej verejnosti o danom ochorení, jeho

prejavoch a následkoch, napr. prostredníctvom osvetu. Empatia okolia a zmierňovanie sociálnej izolácie by mohlo takto postihnutým ľuďom pomôcť viac sa začleniť do sociálnych aktivít a zvýšiť kvalitu vlastného života.

„*Stómia – malé, ale vplyvné slovo, vyvolávajúce reakcie, ktoré odstraňuje všetky rasové, kultúrne, náboženské a rodové bariéry. Začína sa ním dramatická osobná zmena. Toto slovo mení človeka na pacienta, ktorý sa dozvedá, že životodarná, ale telo meniaci operácia je nevyhnutná. Dozvedá sa, že sa zmení veľa osobných a základných fyzických funkcií. Vieme predpokladať, ako človek túto informáciu prijme? Ako pochopí význam pre svoj ďalší život?*“ (Turnbull, 1996)

Literatúra:

1. BARTA, T. 2009 a. Súčasná možnosti diagnostiky a liečby epidermoidného karcinómu hrtana a hypofaryngu. In *Onkológia*. ISSN 1336-8176, 2009, roč.4, č. 4, s. 208-212.
2. BOTÍKOVÁ, A. a kol. 2009. *Manuál pre mentorky v ošetrovatelstve*. Trnava: SAV, Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. 178 s. ISBN 978-80-8082-253-8.
3. ČERNÝ, J. a kol. 1995. *Špeciálna chirurgia. Chirurgia krku a hlavy*. Dérerová zbierka. 4. zväzok. Martin : Osveta, 1995, 492 s. ISBN 80-217-0471-3.
4. *Edukačný proces ako súčasť ošetrovateľskej starostlivosti u tracheostomovaného pacienta* : diplomová práca. JURÁCSIKOVÁ, I., vedúci práce: Jana Boroňová 2012. Trnava : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2012. 120 s.
5. KRIŽANOVÁ, A. 2011. Psychosociálna pomoc pre onkologických pacientov. In *Bedeker zdravia*. ISSN 1337-2734, 2011, roč. 7, č. 1, s. 28-29.
6. KUČEROVÁ, J. 2006. Reeducace hlasu u pacientů po totální laryngektomii. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, roč. 5, č. 7-8, s. 35-36.
7. Kvalita života u pacientov po totálnej laryngektómii: diplomová práca. SZAKÁLOVÁ, M., vedúci práce: Jana Boroňová 2014. Trnava : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2014. 92 s.
8. POKORNÁ, A. 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
9. *Komunikační bariéry s tracheostomiou* : diplomová práce. POLÍVKOVÁ, E. 2008. České Budějovice : Zdravotní sociální fakulta, 2008. 124 s.
10. SLAVÍČEK, A. 2004. Rehabilitace po totální laryngektomii. In *Sanquis* [online]. 2004, roč. 6, č. 32, s. 40 [cit. 2014-07-06]. Dostupné na internete: <<http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art536>>. ISSN 1212-6535.
11. ŠEBOVÁ - ŠEDENKOVÁ, I. 2006. Možnosti rehabilitácie hlasu po laryngektómii (Historický prehľad a súčasné trendy). In *Choroby hlavy a krku*. ISSN 1210-0447, 2006, roč. 15, č.1, s. 44-49.
12. ŠKVRŇÁKOVÁ, J. 2009. *Úloha ošetrovateľskej péče pri zvládání psychických a sociálných obtíží nemocných po tracheostomii a po totální laryngektomii*: disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 133 s.
13. TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. a kol. 2008. *Potreby v ošetrovatelstve*. Martin Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Kontakt na autora:

Doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava
E-mail: jana.boronova@truni.sk

HODNOTIACE NÁSTROJE PROBLÉMOVÉHO SPRÁVANIA U PACIENTOV S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Jana Martinková

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

Súhrn

Problémové správanie je neoddeliteľnou súčasťou života človeka s Alzheimerovou chorobou. Prejavy problémového správania sú často dôvodom vyhľadania odbornej pomoci a hospitalizácie, ktoré vedú k prechodu na štruktúrované životné prostredie a inštitucionalizovanú starostlivosť. Základom úspešného manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti je identifikovanie problémového správania, sledovanie intervencií a nežiaducich účinkov s cieľom maximalizovať psychický a fyzický potenciál pacienta. Alzheimerova choroba je sprevádzaná širokou škálou problémového správania. V inštitucionalizovanej starostlivosti je najpraktickejší spôsob ako hodnotiť (merať) problémové správanie, začať podávať podrobný opis spozorovaného problematického správania, alebo identifikácia príčiny problému.

Kľúčové slová:

Problémové správanie; Alzheimerova choroba; Posudzovacie škály; Pacient.

Problémové správanie je neoddeliteľnou súčasťou života človeka s Alzheimerovou chorobou. Pokles emočnej kontroly, motivácie, zmena v sociálnom správaní sa prejavuje emočnou labilitou, podráždenosťou, apatiou a nevhodným sociálnym správaním. Doterajšie štúdie naznačujú, že poznanie a správanie sú nezávislé rozmery (Spalletta, Baldinetti, Buccione, Fadda, Perri, Scalmana, Serra, Caltagirone, 2004), avšak vzájomne sa ovplyvňujú. Problémové správanie je spojené s rýchlym úbytkom kognitívnych funkcií, pri ktorom sa zhoršujú aktivity denného života (Hersch, Falzgraf, 2007). Prejavy problémového správania sú často dôvodom vyhľadania odbornej pomoci a hospitalizácie. Vedú k prechodu na štruktúrované životné prostredie a inštitucionalizovanú starostlivosť. Tieto prejavy sú hlavnou príčinou nižšej kvality života pacientov s Alzheimerovou chorobou (Dorey, Beauchet, Thomas, Rouch, Krolak-Salmon, Gaucher et al., 2008). Výskumné štúdie vykazujú prevalenciu výskytu problémového správania v rozmedzí od 50% do 100% (Neil, Bowie, 2008). Výskyt

neuropsychiatrických porúch je takmer 100% (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton, Steffens, Breitner, 2000).

Donnelly (2005) uvádza, že behaviorálne a psychologické príznaky Alzheimerovej choroby môžu patriť medzi najnáročnejšie problémy, s ktorými sa stretáva sestra počas ošetrovateľskej starostlivosti. Základom úspešného manažmentu starostlivosti je identifikovanie problémového správania, sledovanie intervencií a nežiaducich účinkov s cieľom maximalizovať psychický a fyzický potenciál pacienta, a tým minimalizovať stres a pracovnú záťaž u zdravotníckych pracovníkov. Alzheimerova choroba je sprevádzaná širokou škálou problémového správania. Poruchy správania môžeme definovať ako správanie alebo duševný syndróm spojený so subjektívnou tiesňou, funkčným postihnutím alebo poruchou interakcie s vonkajším prostredím (Lyketsos, Steinberg, Tschanz et al., 2000).

Existujú tri hlavné psychosociálne teoretické modely, ktoré boli použité na vysvetlenie problémového (nevhodného) správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou:

- model - neuspokojené potreby,
- model - behaviorálny (správanie),
- model - environmentálnej zraniteľnosti (Hall, 1994).

Neuspokojené potreby sú zaradené ako prvý model, z ktorého vychádza možná príčina vzniku problémového správania u pacientov s Alzheimerovou chorobou. Tieto príčiny sú často nedefinované ani ošetrojúcim personálom, a tým nemôžu byť uspokojené. U väčšiny pacientov umiestnených v zdravotníckom zariadení, u ktorých sa prejavia prejavy nevhodného správania trpia zmyslovými depriváciami, nudou a osamelosťou. Preto je dôležité pacientom poskytovať zmyslové stimulácie, aktivity a sociálne kontakty s cieľom zabrániť tomu, aby vznikali neuspokojené potreby a pomôcť týmto osobám naplniť svoje vlastné potreby. Medzi ďalšie problémy v uspokojovaní potrieb patrí obmedzená pohyblivosť v rámci zdravotníckeho zariadenia, spánkový režim, starostlivosť o vyprázdňovanie pacienta, podpora komunikácie, správne medikamentózne postupy.

Behaviorálny model sa zaoberá naučením správaním, ktoré je potrebné posilňovať a správaním, ktoré sa nevhodne vyvíja vplyvom Alzheimerovej choroby. Vplyvom

ochorenia sa mení správanie pacienta, prejavujú sa čoraz častejšie nevhodné prejavy správania.

Environmentálna zraniteľnosť vychádza z predpokladu, že proces ochorenia spôsobuje zvýšenú reakciu na životné prostredie. Pacienti postupne strácajú schopnosť vnímať okolité prostredie, čo pôsobí stresujúco. Tento stav vedie k napätiu, úzkosti, čo vyústí k prejavom problémového správania (Hall, 1994).

Hodnotiace nástroje problémového správania

V inštitucionalizovanej starostlivosti je najpraktickejší spôsob ako hodnotiť (merať) problémové správanie, začať podávať podrobný opis spozorovaného problematického správania, alebo identifikácia príčiny problému. Ako užitočné sa môže javiť aj zavedenie denníka na zapisovanie problémového správania (Neugroschi, 2002). Denník slúži na zaznamenávanie závažnosti prejavov problémového správania, dĺžky trvania, frekvenciu, a príčina vzniku problémového správania. Do denníka je možné zapisovať aj plánovanie, intervencie za účelom vyhodnotenie úspechu zvládania problémového správania.

Existuje mnoho formálnych nástrojov pre hodnotenie prejavov problémového správania, ktoré môžu byť použité zdravotníckymi pracovníkmi:

- Cohen - Mansfield Agitation Inventory - posudzovacia škála, obsahuje 29 položiek, ktoré sa hodnotia sedemstupňovou stupnicou, posudzuje sa výskyt prejavov problémového správania za posledných 14 dní (Cohen, Marx, Rosenthal, 1989).
- Scale Cornell pre depresie a demencie - je špeciálne určená škála pre posudzovanie depresie u pacientov s Alzheimerovou chorobou. Táto škála sa líši v spôsobe podania, než v analýze príznaku u depresie s demenciou v porovnaní s depresiou samotnou ((Purandara et al, 2001). Posúdenie trvá asi 20 minút, má 19 položiek.
- Geriatric Depression Scale - je jednoduchá škála na posúdenie výskytu depresií u geriatrických pacientov, obsahuje 30 položiek (Showdon, 1990).
- Neuropsychiatric Inventory - hodnotí širší rozsah psychopatológie (Cummings, Mega, Gray et al (1994), čo môže pomôcť rozlíšiť medzi rôznymi príčinami

demencie, hodnotí sa desať domén (bludy, halucinácie, úzkosť, nepokoj, agresivita, eufória, podráždenosť, labilita, apatia, a úchylné správanie).

- Behave – AD - posudzuje výskyt problémového správania, posúdenie trvá 20 minút, posudzovacia škála má stupnicu, je rozdelená do dvoch častí, prvá časť je zameraná na symptomatológiu, druhá časť si vyžaduje globálne hodnotenie jednotlivých príznakov na štvorbodovej stupnici. Zahrnuté domény sú paranoidné myšlienky a bludy, halucinácie, poruchy aktivity, agresivita, nálada, úzkosti a fobie (Reisberg Borenstein, Salob, 1987).

Na posúdenie problémov v geriatrických pacientov v oblasti psychických a fyzických problémov je množstvo posudzovacích škál a hodnotení. Burns, Beevor, Lelliott, et al (1999) uvádzajú prehľad všetkých škál a hodnotení, ktorých je 162. Všetky posudzovacie škály sú k dispozícii lekárom a sestram, ktorí pracujú s geriatrickými pacientmi. Tento široký výber predstavuje neľahkú výzvu pre lekárov a sestry v rozhodovaní o tom, ktorá škála je najvhodnejšie pre dané konkrétne použitie. Rozhodnutie, ktorú posudzovaciu škálu si lekár alebo sestry zvolia musí prejsť vždy analýzou účelu. Tento krok je jednoduchý, ale je často ignorovaný, čo vedie k nesprávnemu výberu vhodnej posudzovacej škály. Ideálna posudzovacia škála neexistuje (Burns, Lawrol, Craig, 2002).

Použitá literatúra

BURNS, A., BEEVOR, A., LELLIOTT, P. et al. (1999). *Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). Glossary for HoNOS 65+ score sheet.* The British Journal of Psychiatry, ISSN: 1472-1465. 1999. Vol. 174. Pages 435 -438.

BURNS, A., LAWROL, B., CRAIG, S. (2002). *Rating scales in old age psychiatry.* The British Journal of Psychiatry, ISSN: 1472 – 1465. 2002. Vol. 180. Pages 161 – 167.

COHEN, M., J., MARX, M., ROSENTHAL, A. (1989) *A description of agitation in a nursing home.* Journal of Gerontology, ISSN 0022-1422. 1989. Vol. 44. Pages M77 - M84.

CUMMINGS, J. L., MEGA, M., GRAY, K., et al (1994) *The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia.* Neurology, ISSN: 1432-1459 (electronic version) Vol. 44, Pages 308 -314.

DONNELLY, M., L. (2005). *Behavioral and psychological disturbances in Alzheimer disease: Assessment and treatment.* BCMJ, ISSN: 1916-2405 Vol. 47, No. 9, 2005, page 487-493.

DOREY, J.,M., BEAUCHET, O., THOMAS ANTERION, C., ROUCH, I., KROLAK-SALMON, P., GAUCHER, J., et al. (2008). Behavioral and psychological symptoms of dementia and bipolar spectrum disorders: review of the evidence of a relationship and

- treatment implications. [online] *CNS Spectr.* 2008. Vol. 13. No.9. Pages 796–803. PMID: 18849899 [cit. 2013-01-17]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18849899>.
- HALL, G., R. (1994). *Caring for people with Alzheimer's disease using the conceptual model of progressively lowered stress threshold in the clinical setting.* *Nurs Clin North Am.* ISSN. 0029-6465. 1994. Vol. 29. Pages 129–141.
- HERSCH, E.,C., FALZGRAF, S. (2007). *Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia.* [online] *Clin Interv Aging.* 2007. Vol.2. No.4. Pages 611–621. PMID 18225462 [cit. 2013-02-17]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18225462>.
- LYKETSOS, C.,G., STEINBERG, M., TSCHANZ, J.,T., NORTON., M.,C., STEFFENS., D.,C., BREITNER., J.,C. (2000). *Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging.* [online] *Am J Psychiatry.* 2000. Vol.157. No.5. Pages 708–714. PMID10784462 [cit. 2013-02-20]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10784462>.
- NEIL., W., BOWIE., P. (2008) *Carer burden in dementia--assessing the impact of behavioural and psychological symptoms via self-report questionnaire.* [online] *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008. Vol.23. No.1. Pages 60–64. PMID17603824 [cit. 2013-02-21]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17603824>.
- NEUGROSCHI, J. (2002). *How to manage behavior disturbances in the older patient with dementia.* [online] *Geriatrics* 2002. Vol. 57. No 4. Pages 33-37. PMID 11974389 [cit. 2013-02-21]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11974389>.
- PURANDARE, N., BURNS, A., CRAIG, S., et al (2001) *Depressive symptoms in patients with Alzheimer's disease.* *International Journal of Geriatric Psychiatry,* ISSN 1099-1166. 2001. Vol.16. Pages 960 -964.
- REISBERG, B., BORENSTEIN, J., SALOB, S. P., et al (1987) *Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment.* *Journal of Clinical Psychiatry.* ISSN 1555-2101.1987. Vol. 48 (suppl. 5). Pages 9 -15.
- SHOWDON, J. (1990). *Validity of the Geriatric Depression Scale.* *Journal of the American Geriatric Society.* ISSN 1532-5415. Vol. 38. Pages 722-723.
- SPALLETTA, G., BALDINETTI, F., BUCCIONE I., FADDA, L., PERRI R., SCALMANA, S, SERRA, L., CALTAGIRONE, C. *Cognition and behaviour are independent and heterogeneous dimensions in Alzheimer's disease.* [online] *J Neurol.* 2004. Vol. 251. No.6 Pages 688–95. PMID 15311344 [cit. 2013-02-15]. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15311344>.

Kontaktná adresa

PhDr. Jana Martinková, PhD.
Katedra ošetrovatel'stva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
jana.martinkova@truni.sk

HODNOCENÍ RIZIKA PÁDU U SENIORŮ V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Hana Plachá, Simona Žitková

UJEP, Fakulta zdravotnických studií, Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Souhrn:

Hodnocení rizika pádu u seniorů v domácím prostředí spadá do oblasti prevence a ošetrovatelské péče v primární péči. Východiskem výzkumného šetření bylo vyhodnotit nejčastější rizika pádu u seniorů v domácím prostředí. Dalšími úkoly pro výzkumníky bylo zjistit nejčastější příčinu pádů u seniorů v domácím prostředí a zjistit informovanost seniorů o rizicích pádu v domácím prostředí. Byla zvolena kvantitativní metoda formou dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní. Otázky byly zvoleny na základě rešerší již provedených průzkumů zabývajících se touto problematikou. Dále také na základě úkolů a stanovených hypotéz. Zkoumaným souborem bylo 60 seniorů, kteří utrpěli úraz následkem pádu v domácím prostředí v období 2013- 2014. Výběr vzorku seniorů byl náhodný, tudíž i poměr rozdělení pohlaví je náhodný. Respondenti museli splňovat pouze věk 65 let a více. Dotazník byl předložen k vyplnění těm seniorům, kteří byli ošetřeni po pádu v domácím prostředí. Teoretická část popisuje vymezení stáří a změny ve stáří, příčiny, rizika a důsledky pádů. V praktické části, na základě vyhodnocení a interpretací výsledků, byly popsány nejčastější vnější a vnitřní rizika pádu u seniorů v domácím prostředí a vypracováno doporučení pro praxi. Praktickým výstupem pro odbornou praxi tohoto výzkumného šetření bylo vytvoření edukačního materiálu pro seniory, který upozorňuje na nejčastější rizika pádu v domácím prostředí.

Klíčová slova:

Stáří; Senior; Prevence pádu; Riziko pádu; Domácí prostředí

Summary:

Assessment of fall risk in elderly at home environment falls into the area of prevention and nursing care in primary care. The starting point of the research was to assess the most common risk of falls in elderly at home environment. Another challenge for the researchers was to identify the most common cause of falls among older people at home and find out information about the risks of seniors fall at home. A quantitative method through a questionnaire survey was chosen. The questionnaire was anonymous. Questions were selected on the basis of research already conducted research. The

research sample consisted of 60 elderly people who have suffered injuries due to falls in the home environment in the period 2013 - 2014. Seniors Sampling was random, hence the sex ratio distribution is random. Respondents had to meet only the age of 65 years and more. The questionnaire was submitted to fill those seniors who were treated after a fall at home. The theoretical part describes the definition of old age and changes in old age, causes, risks and consequences of falls. In the practical part, based on the evaluation and interpretation of the results, described the most common external and internal risk of falls in older people at home and making recommendations for practice. The practical outcome for the professional practice of this research was to create educational material for the elderly, which alerts the most common risk of falls in the home environment.

Key words:

Old age; Senior; Fallprevention; Fall risk; The home environment

Úvod

Náš výzkum je zaměřený na rizikové faktory neúmyslných zranění u osob starších 65 let následkem pádu v domácím prostředí. Důraz byl kladen zejména na vyhodnocení nejčastějších rizik, která jsou pro seniory nástrahou v jejich domácím prostředí a mají často fatální následky na jejich zdraví. Teoretická východiska obsahují přesné vymezení, kdy lze označovat osoby za seniory a jaké jsou důsledky stárnutí organismu. Podrobněji popisujeme příčiny, následky a prevenci pádu. Toto téma jsme si zvolily, abychom upozornily na nutnost prevence pádů u seniorů v domácím prostředí, která vychází z předpokladu identifikovatelné etiologie z nejvíce pravděpodobné příčiny. Pády jsou komplexem jevů, chápeme je jako multifaktorové, vyskytující se např. v souvislosti s akutním onemocněním, chronickou nemocí, rizikovým prostředím nebo vedlejšími účinky léků a navíc jen některé rizikové faktory jsou ovlivnitelné. Například nemoci ovlivňující kognitivní funkce, jako Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, poškození zraku nebo projevy svalové slabosti, to vše zvyšuje riziko pádů, a u takto postižených pacientů lze pády očekávat. Na rozdíl od jiných věkových skupin, mají pády u seniorů často velmi závažné následky, včetně fatálních. Nejedná se jen o zranění, jako jsou fraktury krčku femuru, ale i o následné psychické dopady, např. strach z pádu. Dochází i k sociálním a funkčním poruchám, které následně ovlivňují soběstačnost seniora a tím i kvalitu života. Toto nás vedlo k tomu, abychom se blíže zabývaly touto

problematikou a proto se domníváme, že zajistit bezpečné domácí prostředí, je základní podmínkou pro prevenci pádu, ale i eliminace poškození zdraví u seniorů. Ve zdravotnických zařízeních se pády sledují, evidují a vyhodnocují jako indikátor kvality poskytované péče. Oproti tomu pády v domácím prostředí nejsou obvykle evidovány. Ani jejich sledování se příliš mnoho autorů v České republice dosud nezabývalo. V ČR jsou k dispozici výsledky krátkodobého sledování pádů „Senioři v domácí péči“ se 152 klienty domácí ošetrovatelské péče a 278 klienty se zavedenou pečovatelskou službou se zaměřením na výskyt rizikových faktorů a rizikových symptomů pádů Klána, Topinková (2003). V zahraničí např. Deandrea (2010) se zabývala rizikovými faktory pádu v domovech seniorů. Kwan (2011) zkoumala rizikové faktory pádu u čínské populace seniorů. Oproti tomu Sjösten provedl v roce 2007 randomizovanou kontrolovanou studii provedenou na finské populaci seniorů, jejímž cílem bylo vyhodnotit zavedený multifaktoriální program prevence pádu u seniorů v domácím prostředí. Skalska (2013) se zabývala vztahem mezi poruchami zraku a pádem u seniorů. Také Grundstorm, Guse a Layde (2012) popsali rizikové faktory pádu u seniorů ve věku 85 let a více.

Cíle práce

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo určit **nejčastější rizika pádu u seniorů** v domácím prostředí. V souvislosti s hlavním cílem byly stanoveny úkoly práce, kde jsme si stanovily zjistit **nejčastější příčiny pádu** u seniorů v domácím prostředí a zjistit **informovanost seniorů o rizicích pádu** v domácím prostředí. Pro splnění cíle a úkolů byly stanoveny tyto hypotézy. HA - Předpokládám, že u více jak 50% seniorů bylo příčinou pádu uklouznutí. H0- Předpokládám, že u více jak 50% seniorů bylo příčinou pádu uklouznutí. H1- Předpokládám, že u méně jak 50% seniorů bylo příčinou pádu uklouznutí. HB - Předpokládám, že více než 50% seniorů nebylo informováno o rizicích pádu v domácím prostředí. H0- Předpokládám, že více než 50% seniorů nebylo informováno o rizicích pádu v domácím prostředí. H1- Předpokládám, že více než 50% bylo informováno o rizicích pádu v domácím prostředí. HC -Domnívám se, že příčina pádu závisí na místě pádu. H0- Domnívám se, že příčina pádu závisí na místě pádu. H1- Domnívám se, že příčina pádu nezávisí na místě pádu.

Metodika

Pro výzkum jsme použily kvantitativní metodu pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní, volba otázek byla vybrána na základě rešerší již provedených výzkumů zabývajících se touto problematikou. Obsahoval celkem 17 otázek, z toho 14 uzavřených, 2 polootevřené a 1 otázku otevřenou. Na začátku našeho výzkumu byla provedena nejdříve pilotní studie, tzv. předvýzkum, kdy jsme pěti respondentům, kteří utrpěli pád v domácím prostředí, předložily připravený dotazník. Po následném vyhodnocení byla nutná korektura některých otázek. Především z předvýzkumu vyplynulo, že je třeba se zaměřit na možnosti odpovědí v uzavřených otázkách. Dále bylo nutno některé otázky přeformulovat, vzhledem k tomu, že byly položeny příliš odborně a bylo nutné si uvědomit, že bude pracováno s laickou veřejností, se seniory, a proto bylo třeba postavit otázky srozumitelnější formou, ale obsah otázek se nezměnil. Dotazník se zaměřuje na okolnosti pádu, domácí prostředí, kde se pád odehrál, hodnocením zdravotního stavu seniora a informovanosti o rizicích pádu v domácím prostředí. Po sběru dotazníků, byla provedena kontrola a následné zpracování. Dotazníky byly vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Office Excel 2007. Pro větší přehlednost jsou výsledky zpracované v tabulkách a grafech. Tabulky obsahují přehled absolutních a relativních četností v procentech. Hodnoty v procentech jsou zaokrouhleny na celá čísla. V každé tabulce je také znázorněn celkový počet odpovědí od respondentů a znázorněn znakem suma (Σ). Vzhledem k volbě výběru kvantitativní metody výzkumu, bylo nutné statisticky analyzovat stanovené hypotézy. Hypotézy byly potvrzeny či vyvráceny pomocí Chí test dobré shody, kdy jsou porovnávány skutečné četnosti s očekávanými četnostmi. Hladina významnosti (p) byla stanovena na 0,05 neboli 5% a programu Microsoft Office Excel 2007.

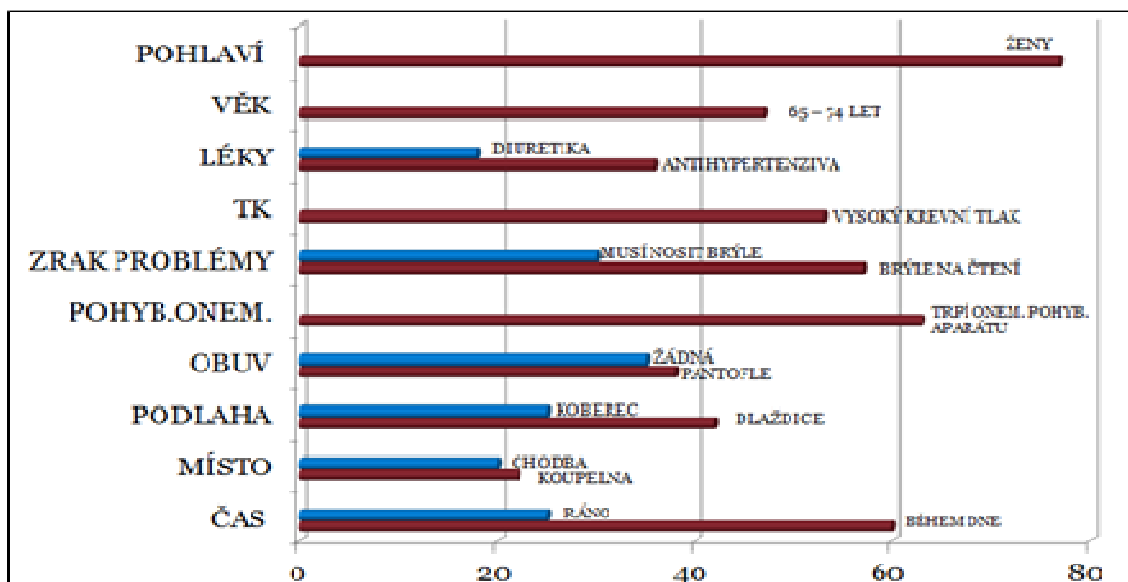
Soubor

Zkoumaným souborem bylo 60 seniorů, kteří utrpěli úraz následkem pádu v domácím prostředí v období během roku 2013. Výběr vzorku seniorů byl náhodný, tudíž i poměr rozdělení pohlaví je náhodný. Respondenti museli splňovat věk 65 let a více, kdy jsou dle Světové zdravotnické organizace považováni již za seniory. Dotazník byl předložen seniorům, kteří podstoupili vyšetření po pádu na Radiologické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Návratnost byla 100%.

Výsledky

Nejčastější rizika pádu u seniorů v domácím prostředí jsme si v rámci vyhodnocení hlavního cíle rozdělily na exogenní a endogenní. Z endogenních je to pohlaví, věk, onemocnění pohybového aparátu, problémy se zrakem nebo vysoký krevní tlak. Jako nejrizikovější skupinu lze z našich výsledků označit mladší skupinu seniorů ve věku 65-74 let, ženského pohlaví. Mezi exogenní faktory patří podlahová krytina, jako je dlažba a koberec, nevhodná obuv, především pantofle, nebo chůze naboso, užívání některých skupin léků, např. antihypertenziva a diuretika. Jako rizikové místo pádu lze označit koupelnu a chodbu. Pád ovlivňuje i denní doba, vzhledem k tomu, že pády v domácím prostředí se nejčastěji odehrály během dne.

Graf 1 Nejčastější rizika pádu u seniorů v domácím prostředí

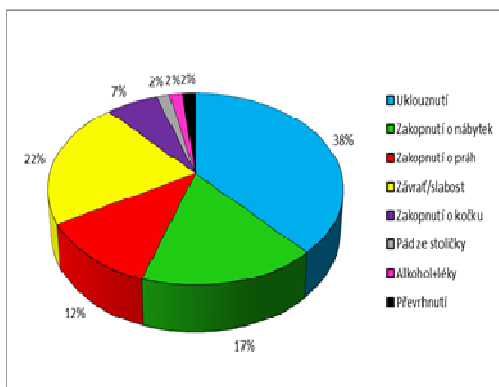


Úkol 1. Stanovit nejčastější příčiny pádu u seniorů v domácím prostředí.

Tab. 1 Příčina pádu

Příčina pádu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Uklouznutí	23	0,38	38%
Zakopnutí o nábytek	10	0,17	17%
Zakopnutí o práh	7	0,12	12%
Závrať/slabost	13	0,22	22%
Jiné:			
Zakopnutí o kočku	4	0,07	7%
Pád ze stoličky	1	0,02	2%
Alkohol+léky	1	0,02	2%
Převrhnutí	1	0,02	2%
Σ	60	1,00	100%

Graf. 1 Příčina pádu



U 38 % respondentů bylo příčinou pádu uklouznutí. Z důvodu závratí nebo slabosti upadlo 22 % seniorů. O nábytek zakoplo 17 % seniorů a 12% uvedlo zakopnutí o práh. Zbylí respondenti volili v této polootevřené otázce možnost: „jiné“. 7 % respondentů udalo, že příčinou pádu bylo zakopnutí o kočku. 2% respondentů uvedlo jako příčinu pád ze stoličky. Dále 2 % seniorů uvedla jako příčinu alkohol v kombinaci s léky. U posledního respondenta bylo příčinou pádu převrnutí.

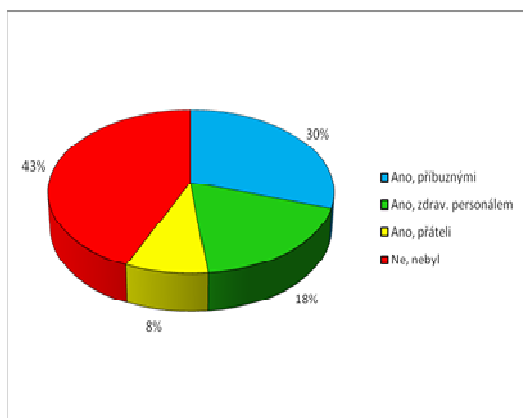
Úkol 2.

Zjistit informovanost seniorů o rizicích pádu v domácím prostředí

Tab. 2 Informovanost seniorů

Byl jste někdy poučen o rizicích pádu v domácím prostředí?	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost v %
Ano, příbuznými	18	0,30	30%
Ano, zdravot. personálem	11	0,18	18%
Ano, přáteli	5	0,08	8%
Ne, nebyl	26	0,43	43%
Σ	60	1,00	100%

Graf 2 Informovanost seniorů



Z dotazovaného vzorku seniorů odpovědělo 43%, že nebyli poučeni o rizicích pádu, 30 % byla poučena příbuznými. Pouze 18 % seniorů bylo poučeno zdravotnickým personálem a zbytek (8 %) přáteli. Informovaní senioři byli v 97% poučeni rozhovorem. Dále jsme se zajímaly, zda mají možnost přístupu k informacím o rizicích pádu v domácím prostředí, kdy nám 67% seniorů odpovědělo, že nemají možnost/ přístupu k informacím.

Hypotézy

H_A- Předpokládám, že u více jak 50% seniorů bylo příčinou pádu uklouznutí.

Tato hypotéza byla analyzována pomocí Chí test dobré shody, kdy jsou porovnávány skutečné četnosti s očekávanými četnostmi. Hladina významnosti (p) byla stanovena na 0,05 neboli 5%. Jelikož $p \leq 0,07$ nelze se tedy domnívat, že proměnné v kontingenční tabulce jsou statisticky významné. Tato hypotéza se tedy **nepotvrdila**.

H_B - Předpokládám, že více než 50% seniorů nebylo informováno o rizicích pádu v domácím prostředí.

Tato hypotéza byla také analyzována za pomoci Chí testu dobré shody. Hladina významnosti byla stanovena na 0,05 neboli 5%. Jelikož p hodnota byla přibližně 0,30, tato hypotéza **nepotvrdila**.

H_C -Domnívám se, že příčina pádu závisí na místě pádu.

Tato hypotéza byla potvrzována za pomoci Chí testu nezávislosti. Pro stanovení p hodnoty bylo zapotřebí sestavit kontingenční tabulku. Následně sestavit tabulku aktuálních a očekávaných četností. Poté byla použita funkce =CHITEST (aktuální; očekávané). Hladina významnosti (p) byla stanovena na 0,05. Jelikož $p \leq 0,064$. Tato hypotéza se také **nepotvrdila**

Diskuze

Pád je obecně brán jako multifaktoriální. Tudíž neexistuje pouze jediný faktor nebo jediná příčina pádu. Většina pádů je ovlivněna více příčinami. Proto jsme se v našem výzkumu zabývaly více faktory a riziky pádu a tímto směrem by měla směřovat i prevence a hodnocení rizik. Jedním z faktorů, o který jsme se také zajímaly, byl čas pádu. Ankyol (2007) ve svém výzkumu popisuje, že žádný specifický čas není spojen s rizikem pádu. Oproti tomu Kwan (2011) uvádí, jako nejčastější dobu pádu během dne. V našem výzkumu se toto tvrzení potvrdilo. Nejčastěji senioři utrpěli pád ráno a v průběhu dne. Lze tedy konstatovat, že jedním z rizikových faktorů, je i doba, kdy se pád odehrál.

Akyol (2007) uvádí jako rizikový faktor časté noční močení u seniorů, kdy je příčinou pádu rychlá chůze na WC v noci. V našem výzkumu byla noc uvedena jako nejméně častá příčina pádu. Identifikace nejrizikovějšího místa pádu je důležitá právě pro prevenci a případnou úpravu domova. Především pro seniory je důležité, na která místa ve svém přirozeném prostředí se mají v budoucnu zaměřit z důvodu zvýšení bezpečnosti. Kwan (2011) udává jako nejrizikovější místa pro pád obývací pokoj, jídelnu a ložnici. V našem případě byla nejrizikovějším místem koupelna, kde hrozí nejčastěji riziko uklouznutí a druhým místem chodba a také kuchyň. S výše uvedeným autorem se shodujeme pouze u rizikových míst, jako jsou obývací pokoj, ložnice a schodiště. Ankyol (2007) ve svém výzkumu také uvádí vnitřní a vnější příčiny. Za nejčastější vnější příčiny předpokládá vysoké prahy, kabely v cestě, nevhodně umístěné koberce a kluzký povrch. V našem případě bylo nejčastější příčinou pádu uklouznutí. Deandrea (2010) uvádí jako významný rizikový faktor závrať. Tu uvádí v našem výzkumu senioři jako druhou nejčastější příčinu pádu. Pozornost by měla být věnována také riziku zakopnutí o špatně umístěný nábytek či práh. A to vše lze řešit následnou úpravou domova seniorů. Kuriózní příčinou pádu bylo zakopnutí o kočku. Z toho vyplývá, že volně pobíhající zvířata v domácnosti jsou také rizikovým faktorem. Ve výzkumu se objevily v nižším zastoupení i příčiny jako převrnutí židle, pád ze stoličky či užití alkoholu v kombinaci s léky. Dalším, neméně důležitým rizikovým faktorem, je uklouznutí. To souvisí s volbou podlahové krytiny a s místností, kde se pád odehrál. Nejrizikovější vyšla dlažba, koberec a lino. Neméně důležitá je i volba obuvi, která hraje při pádu také významnou roli. Záměrně jsme se tedy dotazovaly respondentů, jakou měli na sobě obuv v době pádu. Z šetření vyplynulo, že nejrizikovější obuví pro seniory jsou pantofle. Vysoké riziko pádu hrozí také, pokud senior chodí bos, pouze v ponožkách. Jen malé procento respondentů používalo pevnou obuv. Rizikovými faktory pádu jsou zajisté i vnitřní příčiny pádu. Z výzkumu vyplývá jako vnitřní rizikový faktor onemocnění pohybového aparátu. Klán a Topinková (2003) provedli výzkum zaměřující se na pády a jejich rizikové faktory ve stáří. V jejich výzkumu se také potvrdilo onemocnění pohybového aparátu, především osteoporóza a osteoartróza, jako významný rizikový faktor pro pád. I onemocnění smyslového aparátu, hlavně zraku (glaukom, katarakta) vyšla jako riziková. Skalska (2013) uvádí, že zrakové problémy nemají vliv na pády. Oproti tomu Sjðsten (2007) tvrdí, že špatné vidění má na pád vliv. Většina v našem zkoumaném vzorku lidí měla problémy se zrakem. Tudiž můžeme označit zhoršený zrak za rizikový faktor pádu. Dalším vnitřním rizikovým faktorem pádu je

hypertenze a sní spojená farmakoterapie. Tím trpěla více než polovina respondentů. Woolcott (2009) stanovil svým výzkumem 9 nejrizikovějších léků ovlivňujících pád. Mezi ně spadají antihypertenziva, diuretika, hypnotika, benzodiazepiny, nesteroidní antirevmatika, sedativa, antidepressiva a β blokátory. Nejčastěji zmíněným lékem v našem výzkumu byla antihypertenziva a diuretika. Důležitá zastoupení měla i hypnotika a antidiabetika. Je známo, že kombinací více léků se riziko pádu u seniorů zvyšuje. Tato informace by měla být významná nejen pro seniory, ale především pro lékaře předepisující trvalou medikaci seniorům. Sjösten (2007) ve své studii zaměřené na multifaktoriální prevenci pádu u starších lidí v domácím obydlí zkoumané na finské populaci prokázal, že celková znalost prevence pádu v primární péči je nedostatečná. Chromcova (2011) ve svém zkoumaném vzorku seniorů na Olomoucku potvrdila nízkou informovanost seniorů o rizicích pádu. Vzorek seniorů, který jsme zkoumaly, byl převážně informován o rizicích pádu. I přesto se u respondentů pád odehrál. Zajímaly jsme se tedy i o způsob, jakým byli senioři informováni. Valná většina 97% byla informována o rizicích rozhovorem. Důležité je, zda přesto, že byli informováni, mají přístup k informacím o rizicích pádu. 67 % dotazovaných respondentů nemá přístup k informacím. Celkově z výsledků vyplývá, přestože senioři byli o rizicích pádu informováni, že pouhý rozhovor, ve kterém jsou seniorům zdůrazněny rizika pádu, nestačí. Aby měli senioři možnost pravidelného přístupu k informacím, musí je dostávat opakovaně a bylo by vhodné dávat jim i edukační materiály v tištěné podobě, do kterých mohou kdykoliv zpětně nahlédnout a informace si obnovit. Aby naše edukace seniorů byla efektivní, musíme oslovit především rizikovou skupinu. Pro stanovení rizikové skupiny byly sestaveny demografické otázky v testu a vyhodnocení ukázalo, že vyšší četnost pádu byla u žen, věková skupina mezi 65 - 74 lety. Na druhém místě věkové rozmezí 75 – 84 let. Malé zastoupení měli senioři ve věku 85 let a více. Pravděpodobně proto, že mladší senioři, resp. seniorky, provádějí v domácím prostředí více domácích činností a aktivit oproti mužům ve vyšším věku. Na rozdíl od našich výsledků uvádí Šlégrová (2009) ve svém výzkumu, jako nejrizikovější věkovou skupinu 75 - 89 let.

Závěr

Z výsledků našeho výzkumu lze stanovit nejčastější endogenní a exogenní příčiny pádu u seniorů v domácím prostředí. Je nutné ve zvýšené míře edukovat seniory v oblasti prevence pádu v domácím prostředí a dále také zvýšit informovanost laické veřejnosti o vhodné úpravě domácího prostředí seniorů s ohledem na vnější i vnitřní příčiny pádu, které se musí hodnotit individuálně u každého seniora. Zdravotníci ve všech oblastech

zdravotní péče by se měli zaměřit především na prevenci, hodnocení rizikového prostředí a rizikových skupin seniorů a opakovaně edukovat o možných rizicích pádu, vč. rodinných příslušníků. Volba vhodného edukačního materiálu i metody edukace je samozřejmostí pro efektivní výsledek. Výstupem našeho výzkumu je vypracovaný edukační leták obsahující informace, jak předejít pádům v domácím prostředí. Naše výsledky výzkumu mohou být dalším možným zdrojem informací, jak pro laickou, tak pro odbornou veřejnost.

Literatura

1. AKYOL, A. D. *Falls in the elderly: what can be done?*. International nursing review, 2007, Vol. 54, No. 2, p. 191-196. ISSN 1466-765
2. CHROMCOVÁ, J. *Prevence pádů seniorů v domácím prostředí na Olomoucku: Diplomová práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2011, Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
3. DEANDREA, S. et al. *Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiology, 2010, Vol. 21, No. 5, p. 658-668. ISSN 1044-3983
4. GRUNDSTROM, Anna C., GUSE, Clare E., LAYDE, Peter M. *Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older*. Archives of gerontology and geriatrics, 2012, Vol. 54, No. 3, p. 421-428. ISSN 0167-4943
5. KLÁN, J. a TOPINKOVÁ, E., 2003. *Pády a jejich rizikové faktory ve stáří*. Česká geriatrická revue. 2003, roč. 1, č. 2, s. 38-43. ISSN 1214-0732
6. SJÖSTEN, N. M., et al. *A multifactorial fall prevention programme in home-dwelling elderly people: a randomized-controlled trial*. Public health, 2007, Vol. 121. No. 4, p. 308-318. ISSN 0033-3506
7. SKALSKA, Anna, et al. *The prevalence of falls and their relation to visual and hearing impairments among a nation-wide cohort of older Poles*. Experimental gerontology, 2013, Vol. 48, No. 2, p. 140-146. ISSN 0531-5565
8. ŠLÉGROVÁ, Šárka, *Prevence pádu seniorů v domácím prostředí: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2009, Vedoucí práce: PhDr. Marie Macková, Ph.D. RSW
9. WOOLCOTT, John C., et al. *Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons*. Archives of Internal Medicine, 2009, Vol. 169, No. 21, p. 1952-1960. ISSN 0003-9926

Kontaktní adresa

PhDr. Hana Plachá
UJEP, FZS, Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence
Velká Hradební 13
400 01 Ústí nad Labem
Email: hana.placha@ujep.cz

PRÁCE SESTRY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ A KAZUISTIKY

Kateřina Austová, Martina Bradnová

Ambulance soukromého praktického lékaře pro dospělé, Praha 4

Souhrn:

Autoři příspěvku ukazují na práci zdravotní sestry v ambulanci praktického lékaře. Primární péče je komplexní zdravotně sociální péče poskytovaná zdravotníky na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotním systémem. Souvisí s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Autoři se zaměřují především na preventivní primární péči, péči o seniory a komplexní rodinnou péči. Dále poskytují náhled do zajímavých kazuistik z ambulantní péče.

Klíčová slova :

Primární péče, Preventivní péče, Komplexní rodinná péče

NURSING CAREM IN GENERAL PRACTICIONER FOR ADULTS AND CASUISTRY

Summary :

The authors discuss main activities of a nurse in the general practitioner office. Primary care is a komplex health and social medici care provided by medical staff members in the first contact of a patient with the healthcare system. It is related to general health promotion, preventive care, investigation, outpatient treatment, rehabilitation and treatment. The authors focus mainly on the primary preventive care, elderly care and komplex family care. In addition They present insights into few interesting cases of outpatients care.

Key words :

Primary care, Preventive care, Komplex family care

Úvod :

Primární péče je oblast základního kontaktu pacientů se zdravotnickými službami. Tomu napomáhá role PL vytvořená na základě znalostí osob, rodinných vztahů a prostředí, ve kterém se pacient nachází, individualizovaný přístup ke každému pacientovi.

Vlastní text :

Práce sestry v ambulanci praktického lékaře spočívá především v administrativní činnosti (vedení dokumentace a pracovních neschopností), edukaci pacientů, očkování, aplikace injekcí, odběrech krve, vyšetřeních (glykémie, INR, CRP, stolice na okultní krvácení, orientační vyšetření moči, orientační vyšetření zraku, EKG), zajištění chodu ordinace, asistenci lékaři při vyšetření a převazech menších poranění.

Každý občan starší 18 let má nárok na plně hrazenou preventivní prohlídku 1x za 2 roky. Obsahem prohlídky je klinické vyšetření lékařem, doplnění anamnézy, změření TK, vyšetření krve a moče, hmotnost, kontrola stavu imunizace (očkování tetanus), onkologické šetření, vyhledávání rizikových skupin pacientů a kontrola absolvovaných prevencí u odborných lékařů (u žen gynekologie, mamografie, u mužů ve vyšším věku urologie). U pacientů starších 50 let vyšetření stolice na okultní krvácení nebo kolonoskopické vyšetření. Velký důraz se klade na prevenci a vyhledávání civilizačních onemocnění – ICHS, hypertenze, DM, obezita, porucha lipidového metabolismu. Další úlohou v ambulanci PL je eliminace rizikových faktorů (kouření, alkohol, drogy, obezita) a podpora zdravého životního stylu. Preventivní péče je jednou ze základních složek činnosti v ordinaci praktického lékaře.

Specifickou skupinou v ordinaci praktického lékaře jsou pacienti v seniorském věku. U těchto občanů se sestra i lékař se zaměřují na určité specifické aspekty zdravotního, psychického a sociálního stavu seniora. Je to především stav soběstačnosti (schopnost zvládnutí činností běžného denního života), psychický stav pacienta (deprese, demence), ev. výskyt kognitivních poruch, stav kůže, výskyt bolesti, stav výživy a hydratace, poruchy spánku, stav mobility, senzorické funkce (zrak, sluch), inkontinence a sociální situace.

Nejčastějšími onemocněními v ordinaci praktického lékaře jsou akutní infekční onemocnění, onemocnění pohybového aparátu, onemocnění srdce a cév, hypertenze, diabetes mellitus 2. typu, nádorová onemocnění a onemocnění GIT.

Nejčastějšími akutními stavy v ordinaci ohrožující život pacienta jsou akutní infarkt myokardu, akutní srdeční selhání, embolie, alergické reakce, astma bronchiale, náhlé příhody břišní, úrazy atd.

Jako první kazuistiku uvádíme 43 letou pacientku, odeslanou na ortopedické oddělení pro bolesti v oblasti levého ramenního kloubu s omezenou hybností. Zde aplikována injekce ventrálně i dorzálně ke III. žeburu. Druhý den přivezena rodinou pro progredující dušnost a celkovou alteraci stavu. Při vyšetření poslechově nedýchající plíce vlevo s podezřením na pneumotorax zajištěna žilní linka a odeslána RZ k hospitalizaci, kde potvrzena dg. iatrogenního pneumotoraxu.

Jako druhá kazuistika je uvedena 80 letá pacientka přicházející pro nespecifické bolesti na hrudi trvající cca 10 dní. Bolest intermitentně, 2x užila nesteroidní antirevmatikum, po té úleva. Dušnost, teplota, nauzea, zvracení pacientka neguje. 5 let nenavštívila lékaře, k vyšetření přivedena manželem, který u nás registrován. Na EKG výskyt akutního infarktu myokardu přední stěny. Zajištěn žilní přístup a ve stabilizovaném stavu odeslána RZP k hospitalizaci na koronární jednotku.

Jako třetí kazuistiku uvádíme 76 letou pacientku. Přichází s otokem obličeje a jazyka, který vyplňoval celou dutinu ústní. Zajištěn žilní přístup, infúzní terapie fyziologického roztoku, intravenózní aplikace antihistaminika a kortikoidu. Odeslána RZP na spádové interní oddělení pro susp. Quinkeho edém po ACE inhibitorech.

Čtvrtá kazuistika je 46 letá pacientka. Ve věku 36 let ji byl diagnostikován karcinom děložního čípku. Byla provedena hysterektomie a komplexní onkologická léčba. Pak 9 let ve sledování, v remisi, bez jakékoliv recidivy onemocnění. Po 9 letech přichází pro lymfedém levé dolní končetiny (LDK). Akutně vyloučena tromboflebitida LDK. Zahájeno kompletní onkologické šetření, kde v první fázi nebyly nalezeny známky recidivy onemocnění. Laboratorní i ostatní pomocná vyšetření s negativním nálezem (onkogynekologie, sonografie, flebologie, chirurgie, kompletní interní nález bez patologie). Pro progresi lymfedému a bolesti v zádech odeslána na neurologické vyšetření, zde při CT vyšetření zjištěna recidiva packetu uzlin v malé pánvi a uzlin v oblasti krku. I přes veškerou onkologickou léčbu pacientka končí infaustně.

Jako poslední kazuistiku uvádíme 80 letého pacienta. Pacient asi 14 dní vyšetřován pro bolesti v oblasti bederní krajiny, subfebrilie, pocení, 2x udával zimnici a třesavku. v anamnéze 2004 hospitalizován pro febrilie nejasného zdroje, přetrvávajícími laboratorními známkami zánětlivé aktivity na infekčním oddělení. Nyní v laboratorním

vyšetření vysoké hodnoty zánětlivých markerů. Ostatní vyšetření (sonografie břicha, RTG plic, stolice na okultní krvácení, ECHO) s negativním nálezem. Pacient v péči urologie pro chronickou prostatitidu v anamnéze. Odeslán ke konzultaci, zde opět negativní nález. Pacient opakovaně poučen o zánětlivém stavu onemocnění a při vyčerpání všech ambulantních možností, doporučována diagnostická hospitalizace, ale tu pacient odmítá. Následující den pro progresi obtíží v noci odvezen RZ na chirurgické oddělení se závěrem divertikulitis acuta colli sigmoidei perforata, pneumoperitoneum abscesu set infiltratus regii.

Nutno říci, že primární péče a její kvalita je především tvořena osobou praktického lékaře, jeho přístupem k nemocnému, zkušenostmi, znalostmi, sebevzděláváním. Do tohoto segmentu v dnešní době vstupuje i významnou měrou zdravotní sestra. Dobrá sestra je tou nejlepší vizitkou kvalitního praktického lékaře.

Závěr :

Závěrem bych ráda citovala slova Prof.J.Pirka :

„Hluboce si vážím praktických lékařů, protože jsou to oni, kdo dělají nejsložitější medicínu. Lidé k nim totiž přicházejí s obtížemi od Šumavy k Tatrám a oni musejí rozpoznat, co je co, a rozhodnout, co dokáží vyléčit sami a koho předají specialistům, což jsou okamžiky, které jsou mnohdy pro uzdravení klíčové.

Literatura:

JAROŠOVÁ, D. (2007) *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, 1.vyd. Praha, Grada, 2007, 99 s., ISBN 8024721503

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. (2009) *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1.vyd. Praha, Portál, 2009, 296 s., ISBN 9788073675929

KOŠKA, O. (2013) *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*, 1.vyd. Praha, Grada, 2013, 120 s., ISBN 9788024747223

ŠTOREK, J., HERLE, P. (2013) *Urgentní medicína pro všeobecné praktické lékaře*, 1.vyd. Praha, Raabe, 2013, 152 s., ISBN 9788087553961

Kontaktní adresa:

Kateřina Austová
Ordinace praktického lékaře pro dospělé
Božkovská 4
104 00 Praha 4
Email : katkaaustova@centrum.cz

HOJENIE RANY S VYUŽITÍM PODTLAKOVEJ TERAPIE - KAZUISTIKA

Monika Strádalová, Andrea Botíková

Interná doktorandka Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave a Fakultná nemocnica Trnava - Chirurgická klinika
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn:

Rany predstavujú závažný problém, zásah do života chorého, jeho rodiny a okolia. Využitie lokálneho podtlaku v súčasnosti mení komplexné prístupy v liečbe rán. Naša práca poskytuje pohľad na moderné trendy a postupy pri ošetrovaní rán s využitím podtlakovej terapie a vlhkého hojenia rán. Na pohotovostnej ambulancii bola ošetrená 60-ročná pacientka, približne týždeň trvajúcimi ťažkosťami s palcom na pravej hornej končatine. Pacientka udávala, že mala malú ranku na palci, ktorá sa infikovala. Na pohotovostnej ambulancii bola pacientka ošetrená, kde za aseptických podmienok bola realizovaná incízia v oblasti apexu palca, lokálne aplikovali sterilné betadinové krytie. Pre progresiu nálezu bola pacientka prijatá na chirurgickú kliniku s bolesťami ruky, s povrchovou flebitídou a výrazným edémom ruky a predlaktia. Po adekvátnej predoperačnej príprave bola u pacientky realizovaná nekrektómia odumretých tkanív, incízie a kontrainticízie na palci pravej ruky a bol zavedený drén do oblasti distálneho článku palca. U pacientky bol v pravidelných intervaloch realizovaný preväz rany a podľa kultivačných výsledkov sa pacientke podávala adekvátna antibiotická liečba. O niekoľko dní u pacientky dochádza k regresii nálezu, opuch ustúpil a u pacientky bola lekárom indikovaná podtlaková terapia. Táto metóda spočíva v aplikácii podtlaku v rane, u ktorých je očakávaný nárast granulačného tkaniva. Podtlaková terapia rán predstavuje efektívnu metódu liečby ranných dehiscencií a trofických kožných defektov. Touto kazuistikou sme chceli poukázať na problematiku ošetrovania rán a priblížiť na konkrétnom prípade nami zvolený postup pri ošetrovaní, kde sledujeme vývoj rany, ktorý je charakteristický postupným zlepšovaním stavu s využitím moderných liečebných metód.

Kľúčové slová:

chronická rana, moderné spôsoby ošetrovania rán, podtlaková terapia, vlhké hojenie, kazuistika

Summary:

Wounds are a serious problem, they intervene in the life of the patient, his family and surroundings. The use of a local vacuum is now changing comprehensive approaches in the treatment of wounds. Our work provides insight into modern trends and practices in the treatment of wounds using vacuum therapy and moist wound healing. In an emergency room a 60 - year old patient was treated because of about a week lasting difficulties with the thumb on the right upper extremity. The patient stated that she had a small laceration on her thumb, which was infected. The patient was treated in an emergency ambulance where by aseptic technique there was practiced incision in the apex of an inch, locally applied betadine sterile cover. Due to the progression of the finding the patient was admitted to the surgical clinic with a sore hand, surface phlebitis and strong edema on hands and forearms. After an adequate preoperative preparation, necrectomy of the dead tissue, incision and contraincision on the thumb of the right hand were realized and the drain was implemented in the distal phalanx. The patient was periodically made a wound tie and under cultivation results, the patient was administered adequate antibiotic treatment. After a few days the patient is experiencing regression of the finding, the swelling subsided and the patient's physician indicated a vacuum therapy. This method involves the application of vacuum in the wound, for which there is expected growth of the granulation tissue. Vacuum wound therapy is an effective method of treating early dehiscence and trophic skin defects. By this case study, we wanted to highlight the issue of the treatment of wounds and bring about the case of a chosen procedure for the treatment, in which we follow the development of the wound, which is characterized by a gradual improvement of the status using modern methods of treatment.

Key words:

chronic wound, modern methods of treating wounds, vacuum therapy, moist healing, case study

Úvod

Vlhká a podtlaková metóda ošetrovania rán je v súčasnosti veľmi diskutovanou témou (Botíková, Ryska, 2012). Posledné roky v Slovenskej republike sledujeme pokrok v oblasti ošetrovania rán. Nové možnosti liečby rán predstavujú výrazný posun v

rýchlosti hojení rán, zlepšují manažment ošetrovania a prevázov rán. Prispievajú k väčšiemu komfortu pacienta (Budoš, Starošťiková, 2010).

Tradičné postupy ošetrovania rán sú nahrádzané modernými metódami. Stále viac sa presadzuje tzv. vlhké hojenie rán a moderné dynamické hojenie rán pôsobením podtlaku (Krenyitzká, 2007). Medzi najmenej traumatizujúce metódy pri ošetrovaní pacientov s indikovanými akútnymi i chronickými ranami patrí V. A. C. Therapy (Vacuum Assistend Closure) - podtlaková terapia. Základným princípom terapie rany je kontrolovaný podtlak pôsobením subatmosferického tlaku v tkanive, ktorá vytvorí spodinu rany. Zatiaľ čo je epidermis vystavená dlhodobému pôsobeniu podtlaku preukazuje známky poškodenia, granulačné a spojivové tkanivo reagujú na podtlak miestnou hyperémiou, redukciou tekutiny v interstíciu, kontrakciou okrajov rany a časom aj k zníženiu rannej sekrécie. K udržaniu podtlaku je dôležité ranu hermeticky uzatvoriť, čím dôjde k objaveniu uzatvoreného drenážneho systému, ktorý nielen odsáva sekret z rany, ale zároveň zabraňuje ďalšej vonkajšej kontaminácii a približuje okraje rany k sebe (Stryja, 2011). Systém sa skladá z podtlakovej jednotky VivanoTec a krycích súprav Vivanomed a ich komponentov (Hartman, 2013) využívaných na chirurgickej klinike vo FN Trnava.

Anamnéza

Osobná anamnéza: Pacientka v detstve prekonala bežné detské ochorenia, doteraz údajne zdravá. Lieky žiadne neužíva.

Operácie: V roku 1999 pacientka prekonala gynekologickú operáciu pre nádor na vaječníku, pričom jej bol odstránený postihnutý vaječník a bola vykonaná kompletná hysterektómia.

V roku 2000 prekonala operáciu prsníka pre benígny tumor. Iné ochorenia neudávala.

Rodinná anamnéza: Otec jej zomrel v roku 1986 na infarkt myokardu vo veku 66 rokov a matka jej zomrela v roku 1994 na nádorové gynekologické ochorenie vo veku 72 rokov. Súrodencov nemá. Manžel jej zomrel pred dvoma rokmi, mal cievnu príhodu.

Gynekologická anamnéza: Aborty – 1, UPT – 0, pôrody 0, menopauza v 45 r.

Alergická anamnéza: Alergiu na lieky, potraviny a iné chemické látky neudáva.

Abúzy: fajčenie 10 denne, alkohol neguje.

Sociálna anamnéza: Pacientka je vdova, dôchodkyňa, býva sama v rodinnom dome.

Lekárska dg.: Panaritium policis l. dx. s flegmónou pravej ruky.

Katamnéza

1. deň hospitalizácie pacienta na chirurgickej klinike vo FN Trnava (27.12.2013)

Pacientku sme prijali na chirurgickú kliniku a poučili sme ju o organizácii chodu oddelenia. Pacientka pri príchode na kliniku podpísala informovaný súhlas o liečebnom postupe, o prijatí k hospitalizácii a vyhlásenie o úschove vecí a cenností. Na žiadosť lekára sme odobrali krv na hematologické, biochemické, serologické vyšetrenie a odobrali sme kultiváciu z rany.

Terajšie ochorenie: 60-ročná pacientka (narodená v r. 1953) prijatá s cca týždeň trvajúcimi ťažkosťami s palcom na pravej hornej končatine. Pacientka udávala, že mala malú ranku na palci, ktorá sa infikovala. 25.12.2013 bola pacientka vyšetrená na pohotovostnej ambulancii, kde za aseptických podmienok bola realizovaná incízia v oblasti apexu palca, lokálne aplikovali sterilné betadinové krytie. Pacientka užívala Augmentin.

Pacientka bola 27.12.2013 bola prijatá na chirurgickú kliniku pre progresiu nálezu, bolesti ruky, s výrazným edémom ruky a predlaktia a povrchovou flebitídou.

Objektívne pri prijatí: pri vedomí, orientovaná, neschvátená, spolupracuje, reč artikulovaná, poloha aktívna, habitus normostenický, koža dobrého turgoru, nespotená, bez ikteru, bez cyanózy, eupnoe.

Hlava: orientačne neurologicky nález bez lateralizácie, skléry biele, izokória, sliznice hydratované.

Krk: súmerný, štítna žľaza nezväčšená, LU nehmatné.

Hrudník: dýchanie vezikulárne, Cor- akcia pravidelná, ozvy ohraničené.

Brucho: mäkké, priehmatné, bez hmatnej rezistencie.

DK: lýtka voľné, palpačne nebolestivé, bez edémov.

HK: vpravo výrazný edém ruky a predlaktia s povrchovou flebitídou, na palci sú prítomné bulby, pod bulbami prítomné edematózne tkanivo miestami až s pregangrénou, v oblasti apexu distálnej falangy z incízie vyteklo malé množstvo hnisu.

Pri prijatí vitálne funkcie: TK: 130/85, P: 62/ min, TT: 36, 9°C.

Váha: 64 kg. Výška: 158 cm.

Vyšetrenia: hematologické, biochemické, serologické, kultivačné vyšetrenie, interné predoperačné vyšetrenie, anesteziologické predoperačné vyšetrenie.

Terapia: Ciphin 2 x 200 mg i.v., Augmentin 3 x 1, 2 gr i.v.

Záver: Pacientka prijatá na oddelenie za účelom stanovenia a realizácie liečby.

V deň príjmu 27.12.2013 na kliniku sme pacientku poučili o operačnom výkone, NPO režime, odobrali sme podľa ordinácie ošetrujúceho lekára ordinované odbery, natočili sme EKG. U pacientky bolo zrealizované interné a anesteziologické predoperačné vyšetrenie pred plánovanou revíziou palca PHK a následne pacientka bola ošetrovaná na operačnej sále. Na palci bola zrealizovaná incízia, kontraintincízia, evakuácia a drenáž (viď. príloha 1 a príloha 2). Pacientke bola odobraná vzorka z rany na aerobné kultivačné vyšetrenie. Po príchode pacientky na oddelenie z operačnej sály sme u pacientky sledovali vitálne funkcie, podávali ordinovanú infúziu a analgetickú terapiu, sledovali presakovanie operačnej rany. U pacientky bola indikovaná podľa ošetrujúceho lekára zmena antibiotickej liečby Gentamycín 1 x 240 mg i.v. a Klomicín 3 x 600 mg i.v. Počas nočnej služby sme pacientku sledovali, žiadne zmeny sme nepozorovali.

2. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (28.12.2013)

Za aseptických podmienok bol u pacientky vykonaný preväz rany. Uvoľnené priestory boli ošetrované vypláchnutím rany Prontosanom a betadinovým krytím. Pacientka mala racionálnu diétu. V pravidelných intervaloch sme jej podávali ordinovanú antibiotickú liečbu. Pacientka udávala mierne bolesti ruky.

3. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (29.12.2013)

U pacientky bol lekárom na operačnej sále vykonaný preväz rany s výmenou drénov. Vzhľadom na edém dorza ruky realizovali incíziu a kontraintincíziu pozdĺžne s uvoľnením čirej nepáchnucej tekutiny. Lekár vykonal preplach uvoľnených priestorov, drenáž a lokálne ranu ošetril inadinovým a betadinovým krytím, ktoré sme denne, za dodržania zásad asepsy vymieňali. Hornú končatinu sme polohovali na dlahe.

4. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (30.12.2013)

Na operačnej sále lekárom vykonaný preväz rany, odobraná aerobná kultivácia z rany a následne vykonaná u pacientky revízia a nekrektómia odumretých tkanív. Incízie a kontraintincízie na palci pravej ruky prepláchnuté H₂O₂. Zavedený žliabkový drén do oblasti distálneho článku palca. Plochy po nekrektómii prekryté Inadinom a ruka prekrytá betadinovými obkladmi. Do celkovej terapie pacientky bola infektológom, na základe nelepšenia zdravotného stavu a výsledkom aeróbnej kultivácie palca

s výsledkom *Staphylococcus aureus* upravená antibiotická liečba. Bola pridaná širokospektrálna intravenózna antibiotická terapia Vankomicínom 4 x 500 mg i.v., Avelox 400 mg i.v. (3 – 4 dni, potom 1 x denne 1 tbl per os) a Metronidazol 3 x 500 mg i.v.

8. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (03.01.2014)

3.1.2013 na operačnej sále bol realizovaný ďalší preväz rany - dochádza k výraznému zlepšeniu rany, opuch ustúpil (viď. príloha 3). Počas celej doby terapie bola pacientka afebrilná. Rana ošetrovaná denne inadinovým krytím.

15. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (10.01.2014)

U pacientky bola indikovaná podtlaková terapia VivanoTec (viď príloha 4). Na základe výsledku kultivácií bola pacientke lekárom upravená antibiotická liečba Amoksiklav 3 x 1,2 gr i.v. a Metronidazol 3 x 500 mg per os.

20. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (15.01.2014)

15.01.2014 bola u pacientky extrakcia V.A.C. systému, odobrali sme nové vzorky z rany na kultivačné vyšetrenie a lokálne sme na ranu použili Mepilet pre zabezpečenie vlhkého prostredia v rane. Pacientka bola odoslaná na konzultáciu na Plastickú kliniku v Bratislave. Po návrate z Bratislavy bol pacientke opätovne na operačnej sále naložený V.A.C. systém. Ukončenie antibiotickej liečby na základe výsledku kultivácií, kde pôdy ostali sterilné.

29. deň hospitalizácie pacientky na chirurgickej klinike (24.01.2014)

U pacientky sme ukončili terapiu V.A.C. systémom. Na ranu sme aplikovali Mepilet a pacientka bola prepustená do ambulantnej starostlivosti. V prílohe 7 z dňa 05.03.2014 je vidieť zhojenie rany palca.

Analýza a interpretácia

V kazuistike sledujeme priebeh liečby 60-ročnej pacientky s diagnózou Panaritium policis I. dx. s flegmónou pravej ruky. Pacientka bola prijatá na chirurgickú kliniku po vyšetrení lekárom. V priebehu hospitalizácie na oddelení sme pacientke odobrali krv na hematologické, biochemické vyšetrenie a odoberali sme aerobnú kultiváciu pri preväzoch rany. Na základe výsledku kultivačných vyšetrení bola u pacientky upravená antibiotická liečba. Pacientka bola počas celej doby liečby afebrilná s nízkym CRP.

V tejto kazuistike sledujeme vývoj rany, ktorý je charakteristický postupným zlepšovaním stavu s využitím moderných liečebných metód. Touto prácou sme chceli poukázať na problematiku ošetrovania rán a priblížiť na konkrétnom prípade nami zvolený postup pri ošetrovaní.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť bola pacientke zabezpečená sestrou z Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá k pacientke chodievala každý 2 deň previazať ranu. Pacientka tiež chodila na pravidelné kontroly na Klinikum plastickej chirurgie do Bratislavy. Pacientka sa zapájala do spolupráce počas doby ošetrovania, racionálne uvažovala o ďalšom liečebnom postupe a dodržiavala nami poskytnuté rady. Mala záujem o svoje zdravie. Liečba pomocou negatívneho podtlaku sa stáva súčasťou terapie chronických rán. U masívne infikovaných chronických rán s prítomnosťou veľkého množstva nekrotických tkanív, samotná aplikácia podtlaku nedokáže odstrániť nekrotické tkanivá a oveľa výhodnejšie je aktívny chirurgický prístup k úprave rany. Následná aplikácia negatívneho podtlaku po príprave rany a odstránení nekrotických častí poskytuje rane priaznivé prostredie pre proces hojenia sa a následného zhojenia rany. Zodpovedný prístup k problematike hojenia rán, pomohol pacientke znížiť riziko infekcie a urýchliť návrat do aktivít bežného života.

Záver

Zásah každého ochorenia, ktoré je sprevádzané somatickými zmenami a negatívnymi emóciami dokáže zásadne ovplyvniť život človeka. Potreba starostlivosti o rany a chronické rany si vyžaduje nové postupy. Ošetrovanie akútnych alebo chronických rán zohľadňuje predovšetkým kvalitu ošetrovania, bezpečnosť a správnu voľbu vhodného spôsobu ošetrovania poskytovanej starostlivosti. Cieľom kazuistiky bolo poukázať na problematiku chronických rán pomocou využitia podtlakovej terapie a vlhkej terapie. Dôkladná edukácia pacienta musí byť zameraná nielen na starostlivosť o ranu, ale aj na dodržiavanie liečebného režimu.

Literatúra:

BUDOŠ, M. - STAROŠTIKOVÁ, A. 2010. Moderní metody při léčbě traumatu u dětí. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2010, roč. 5, č. 7-8, s. 77 - 78.

BOTÍKOVÁ, A., RYSKA, M. Moderné ošetrovanie chronických rán, Praha 2012. ISBN 978- 80- 87775- 01-1.

NEPHEW, S. 2012. Wound Assessment. In smith&nephew. [online]. 2012. [cit.2014-02-07]. Dostupné na internete:

<http://www.smith-nephew.com/new-zealand/healthcare2/treatmentoptions/wound-assessment/>.

KRENYITZKÁ, Z. 2007. V.A.C.® Therapy™, neinvazívny a dynamický systém, ktorý urýchľuje hojenie rán, sa etabluje na slovenskom trhu. In Lady. [online]. 2007. [cit.2014-03-07]. Dostupné na internete:

<http://www.lady.sk/index.php?kategoria=99&id=4608&PHPSESSID=53664a7fob9239841>.

STRYJA, J.et al. Repetitorium hojení ran 2. 1. vyd. Semily. 2011. ISBN 978- 80- 86256-79-5.

ŠIMEK, M., BÉM, R. a kol. Podtlaková léčba ran. 1. vyd. Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-352-7.

Hartman- Systém podtlakovej terapie Vivano, 2013 Klinické smernice- Návod, Hartman –Rico spol. s.r.o.

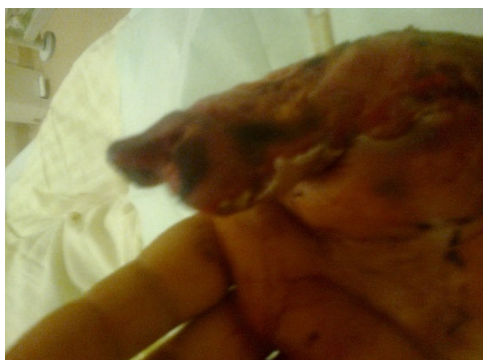
Kontaktná adresa:

Mgr. Monika Strádalová
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava
Email: monika.stradalova@gmail.com

Prílohy (vlastná fotodokumentácia)

Zoznam príloh

- Príloha 1 (Rana palca PHK s vnútornej strany)
- Príloha 2 (Rana PHK z vonkajšej strany ruky)
- Príloha 3 (Zlepšenie stavu rany PHK)
- Príloha 4 (Rana palca pred aplikáciou podtlakovej terapie)
- Príloha 5 (Aplikácia podtlakovej terapie)
- Príloha 6 (Ukončenie podtlakovej terapie)
- Príloha 7 (Zhojenie rany)



Príloha 1 (Rana palca PHK s vnútornej strany)



Priloha 2 (Rana PHK z vonkajšej strany ruky)



Priloha 3 (Zlepšenie stavu rany PHK)



Priloha 4 (Rana palca pred aplikáciou podtlakovej terapie)



Priloha 5 (Aplikácia podtlakovej terapie)



Príloha 6 (Ukončenie podtlakovej terapie)



Príloha 7 (Zhojenie rany)

VIEME POLOHOVAŤ TERMINÁLNE CHORÝCH PACIENTOV/KLIENTOV?

^{1,2} Eva Hrenáková, ^{1,3} Miroslav Kala, ¹ Peter Snopek

¹ Ústav zdravotnických vied FHS Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

² KARIP IKEM

³ Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

Súhrn:

V príspevku sa zaoberáme chorými, ktorí pociťujú neuropatickú bolesť, teda najčastejšie terminálne chorými. Poukazujeme a chceme poukázať na to, že mnohí autori navrhujú komplexné a často zložité postupy liečby a pritom sa zabúda na prepracovanie základných postupov zameraných na bežnú manipuláciu s chorými. Aj pri výučbe študentov stredných zdravotníckych škôl, vyšších odborných škôl, ale aj vysokých škôl sa zabúda na špecifiká polohovania a manipulácie s pacientmi/klientmi v akútnych štádiách ochorenia a v terminálnych štádiách ochorenia. Práve na toto by sme chceli upozorniť a zoznámiť Vás s našimi zámermi.

Kľúčové slová:

Terminálne chorý, neuropatická bolesť, polohovanie, postupy

WE KNOW LOCATION TERMINALLY ILL PATIENT / CLIENT?

Summary:

In this paper we deal with the sick who suffer from neuropathic pain, therefore most often terminally ill. We point and we want to point out that many authors have proposed a comprehensive and often complex treatment protocols and yet forgets to recast the basic patterns to normal handling sick. Even when teaching students high schools, colleges, universities as well as to forget the specifics of positioning and handling of patients / clients in the acute stage of the disease and end stage disease. It is on this, we would like to highlight and introduce you to our intentions.

Keywords:

Terminally ill, neuropathic pain, positioning, procedures

Úvod

Každý z nás, kto držal v ruke knihu s tematikou ošetrovateľských postupov, rehabilitácie, paliatívnej starostlivosti a medicíny a zvládania bolesti si určite všimol, že ani jeden autor sa nevenuje špecifikám polohovania terminálne chorých pacientov/klientov. Bohužiaľ mnoho zdravotníckych pracovníkov využíva aj pri manipulácií a polohovaní takýchto ľudí bežne naučené postupy, ktoré sa dajú použiť pri bežných pacientoch, ale nie pri tých, ktorý majú výrazne bolesti, prípadne trpia neuropatickou bolesťou.

Vlastný text

O bolesti sa toho vie a hovorí pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti veľmi veľa. Len málo autorov sa zaoberá neuropatickou bolesťou. Napríklad Hakl (2013, s. 18-19) uvádza, že neuropatická bolesť začína na nervových vláknach a ďalej je vedená ako nociceptívna bolesť. Taktiež uvádza, že je spôsobená dysfunkciou somatosenzorického nervového systému a podľa lokalizácie ju delíme na centrálnu a periférnu, ďalšie delenie rozlišuje neuropatickú bolesť stimulovanú a spontánnu. Medzi stimulované bolesti patria **alodynie** (bolesť vyvolaná podnetom, ktorý ju za normálnych okolností nevyvoláva) a **hyperalgézie** (zníženie prahu pre bolesť v postihnutej oblasti). Spontánne bolestivé stavy podľa priebehu delíme na kontinuálne, intermitentné a paroxyzmálne. Neuropatická bolesť je vždy ohraničená príslušnou inervačnou oblasťou a býva spojená so senzitívnym deficitom, hyperpatiou a alodýniou. Pacienti ju najčastejšie charakterizujú ako ostrú, páľčivú, vystreľujúcu alebo bodavú. Časté je nočné zhoršenie. (Hakl, 2013, s. 190) Ďalší autori popisujú, že „ak je bolesť dôsledkom poškodenia nervového systému, napríklad niektorého periférneho nervu, ganglia dorzálneho koreňa alebo dorzálneho koreňa, prípadne centrálnej nervovej sústavy, nazýva sa neuropatická bolesť.“ (Woolf a Mannion, 2001 in Payneová, Seymourová a Ingletonová, 2007, s. 290)

Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kolektív (2004, s. 35) popisujú, že „približne tretina onkologických pacientov trpí neuropatickou bolesťou, vo veľkej väčšine zmiešanú s bolesťou nociceptívnou. Neuropatické bolesti môžu mať charakter trvalej, páľivej, vrtavej bolesti, alebo náhle vystreľujúce, bleskové a bodavé bolesti neuralgiformné. Bolesti bývajú hodnotené ako silné, neznesiteľné.“ Zároveň popisujú, že pri vyšetrení zistujeme v postihnutej oblasti hypestéziu, pri ľahkej, nebolestivej stimulácií kože

môžeme vyvolať silné dysestázie a alodynne, ktoré trvajú dlhšie ako vyvolávajúci podnet. Bývajú prítomné výpadky hybnosti rôzneho rozsahu, sú zmenené reflexy. V menej častých prípadoch zisťujeme súčasné postihnutie sympatikovej inervácie – pálenie, poškodenú trofiku kože, edémy a zmeny teploty na príslušných končatinách. Ku zhoršeniu bolesti sprostredkovaných sympatikom dochádza pri pohyboch a miestnom tlaku. Sú prítomné súčasne edémy, ktoré sa podieľajú na rozvoji bolesti. Ako príklady autori uvádzajú poradiačné neuropatické bolesti končatín, brachiálna plexopatia, lumbosakrálna plexopatia.

Autori pri liečbe bolesti všeobecne popisujú využitie paliatívnej onkologickej liečby, kde môžeme radiť paliatívnu CHT, RT, paliatívnu chirurgickú a hormonálnu liečbu. Ďalej je to využitie symptomatickej analgetickej liečby, psychoterapeutický prístup, invazívne metódy pri liečbe bolesti (blokády, intraspínálna aplikácia opioidov, blokády pomocou miestnych anestetík, neurolytické blokády). (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kolektív, 2004, s. 38 – 60)

My sa budeme v našom príspevku zaoberať len rehabilitáciou, teda bližšie polohovaním. Vorlíček a kolektív (2004, s. 331 – 332) sa zaoberajú aj rehabilitáciou v paliatívnej medicíne. Označujú ju v terminálnom štádiu ochorenia za komplexnú a multidisciplinárnu, zameranú na zlepšenie a udržanie kvality života až do okamžiku smrti. Ucelenú rehabilitáciu v paliatívnej medicíne rozdeľujú do oblasti liečebnej RHB, sociálnej RHB, pedagogickej RHB, pracovnej RHB. Výber prostriedkov a metód podlieha závažnosti ochorenia, odhadu účinnosti RHB a prognóze správania sa chorého. Cieľmi rehabilitačných postupov sú napr.:

- „Posilnenie nezávislosti a sebavedomia chorého
- Zníženie sociálnej izolácie a úzkosti
- Limitovanie hypokinetického syndrómu ako poškodenia následkom dlhodobého pobytu na lôžku
- Zníženie závislosti na kompenzačných pomôckach a tak zvýšenie aktivity v dennom živote
- Prevencia fraktúr podmienených MTS s využitím ortopedických ortéz a pomôcok
- Tlmenie bolesti

- Zmenšenie edémov, lymfedému, účinné ovplyvnenie ďalších patologických symptómov
- Zlepšenie, udržanie, obnovenie mobility
- Umožnenie opustiť lôžko
- Zlepšenie kvality života.“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kolektív, 2004, s. 331-332).

-
Sláma, Kabelka, Vorlíček a kolektív uviedli veľmi zaujímavé všeobecné pravidlá starostlivosti o umierajúceho pacienta, kde jedným z pravidiel je ukončiť rutinné diagnostické a terapeutické postupy, ako je aj pravidelné polohovanie imobilných, rutinná hygienická starostlivosť... Zároveň pripomínajú, že musíme pravidelne hodnotiť potrebu podávania liekov a nastaviť mechanizmus pravidelného hodnotenia miery pacientovho diskomfortu. A samozrejme nezabúdať, popri využívaní mnohých hodnotiacich a posudzovacích škálach, na citlivú komunikáciu s chorým a dôkladné sledovanie pacientovej polohy, výrazu tváre, zvukov. (2011, s. 305-306)

Všetkým, ktorí sa zaoberáme ošetrovateľskou starostlivosťou, uspokojovaním potrieb pacientov, ošetrovateľským procesom, prešli cez ruky mnohé materiály, učebnice Ošetrovateľských techník alebo postupov. Všetci sme sa učili, ako polohovať pacientov jednotným spôsobom a nikto pri tom nepomyslel na terminálne chorých, na pacientov trpiacich neuropatickou bolesťou a všeobecne na akokoľvek trpiacich pacientov.

V knihe Ošetrovateľské techniky od kolektívu autorov Trnavskej univerzity je pekne rozobratá kapitola o mobilite a imobilite. Autori sa zaoberajú aj polohou pacienta, popisujú, že slabí pacienti majú oslabený svalový tonus a nie sú schopní sa sami polohovať a rozdeľujú polohy podľa aktivity svalstva a podľa účelu. Ako prevenciu komplikácií pri imobilizačnom syndróme popisujú, že je potrebné vykonávať niekoľko činností, a to polohovanie celého tela pacienta, polohovanie končatín, terapeutické polohovanie pacientov s hemiparézou, pasívne cvičenie na rozsah pohybu, základné kondičné a dychové cvičenie, včasná vertikalizácia pacienta, nácvik aktivít denného života a psychická aktivizácia pacienta. Ďalej popisujú, že treba využiť zostatkový potenciál pacienta a zmeny jeho polohy vykonávame pasívne len vtedy, keď to sám nezvládne. A robíme to v pravidelných intervaloch a často polohu kontrolujeme a prípadne upravujeme. Podľa autorov Trnavskej univerzity sa „usilujeme dosiahnuť

pohodlnú funkčnú polohu pacienta, ktorá je najbližšia k fyziologickému postaveniu častí tela. Je potrebné dodržať zásady minimálnej kĺbovej a svalovej námahy s maximálnym pohodlím. Pri zmenách polôh pacienta udržiavame pasívnu a aktívnu pohyblivosť kĺbov, optimálne rozloženie svalového napätia. Pohyb vykonávame pomaly, pacientovi nechávame dostatok času na uvedomenie si a vnímanie pohybu. Je neprípustné vykonávať rýchle a bolesť vyvolávajúce pohyby. Priebeh pohybových aktivít pacienta má určité zásady, ktoré je potrebné dodržiavať:

- Zásada presného časového zaradenia pohybov jednotlivých častí tela do celkového pohybového prejavu,
- Zásada presného manuálneho kontaktu na jednotlivých častiach tela pacienta počas polohovania,
- Zásada správneho výberu spôsobu manipulácie (tlaku, ťahu, vibrácií),
- Zásada správneho smeru vedenia pohybu,
- Zásada opakovania pohybových činností niekoľkokrát za deň pod vedením ošetrovateľského tímu.“ (Kolektív autorov Trnavskej univerzity, 2011, s. 92-93)

A taktiež popisujú, že je potrebné podkladať jednotlivé časti tela, ktoré by sa mohli a mali o seba opierať, napr. vloženie vankúša/podložky medzi nohy pacienta. Popisujú taktiež pekne polohovanie končatín, správne bandážovanie DK a využitie kompresívnej terapie. Jednotlivé polohy, ktoré môžeme využiť u pacientov sú v knihe veľmi pekne opísané, ale nikde nie je uvedený postup, ako pacientov do týchto polôh dostať.

Aj doktor Jirkovský a kolektív v učebnici Ošetrovateľské postupy a intervence (2012, s. 65 - 81) popisuje vyšetrovacie a liečebné polohy. Stretávame sa v tejto učebnici uvedenými druhmi polohovania, a to preventívne, korekčné a antalgické. Nachádzame tu zmienku o využití polohovacej/križnej podložky pri polohovaní pacientov. Polohy sú v učebnici pekne popísané, aj s obrazovou prílohou, ale absentuje tam presný postup, ako pacienta chytiť, koľko ľudí by malo byť polohovania zúčastnených a ako s ním manipulovať, čo je dôležité práve u pacientov s neuropatickou bolesťou.

Aj v knihe Kapitoly z ošetrovateľské péče I. od Mikšovej, Froňkovej, Hernovej a Zajíčkovej (2006) sú popísané pekne polohy, ale nikde nie podrobný postup, ako do konkrétnych polôh dostať pacienta, dokonca takého, ktorý trpí bolesťou.

Čo je prekvapujúce, už Blumenthal-Barby a kolektív v roku 1988 uvádzal v knihe *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich* (s. 110 - 116), že opatrujúce osoby musia byť stále ochotné zisťovať, akú starostlivosť umierajúci v danej chvíli potrebuje, či mu napríklad ošetrovateľské úkony prinášajú úľavu alebo mu viac pomôže ľudský kontakt. Ďalej píše, že ak chceme poskytnúť optimálnu starostlivosť, musia sestry a lekári ponúknuť celú paletu svojho umenia. V knihe sa ďalej uvádza, že umierajúceho postupne opúšťajú telesné sily a umierajúci sa musí podrobiť diktátu svojho tela. Postupne je pre neho každý pohyb ruky priťažký, hlavne popoludní a večer. Aj týmto faktom je potrebné prispôbiť ošetrovateľské úkony.

„Problémy polohovania pri dlhšom trvaní terminálnej fázy sú osobitne závažné. Sotva možno zabrániť vzniku preležanín a keďže pacientovi ubúda obranných síl, často nemožno zabrániť plošným dekubitálnym vredom. Už aj najmenší záhyb na plachte môže umierajúceho spôsobovať utrpenie a sestra by mala brať pranie pacienta vážne, aj keď mu práve znova ustlala. Často stačí len malá zmena polohy, aby sa ťažkosti na nejaký čas zmiernili. Častá zmena polohy prináša pacientovi nielen úľavu, ale dáva mu aj pocit istoty, pocit, že sa o neho ktosi stará a že sme to s ním nevzdali.“ (Blumenthal-Barby a kol., 1988, s. 112)

A čo nás zaujalo v spomínanej knihe, že autor odporúča dôkladne prerokovať použitie a dávkovanie analgetík a nie automatické dávkovanie alebo dokonca predávkovanie. Na vlastnej koži sme zažili situácie, kedy si chorí priali znížiť dávky analgetík a tlmiacich liečiv a chceli vnímať, čo sa deje okolo nich, chceli vnímať svoju rodinu a blízkych, odmietali prijať fakt, že umierajú. Autor sa, myslíme, celkom oprávnene nevie zbaviť podozrenia, že ošetrovateľský personál sa tým možno nevedome stará tak trochu aj o svoj pokoj, aby sa vyhol neprijemnostiam vyplývajúcim zo situácie. (Blumenthal-Barby, 1988, s. 115)

Možno si niekto povie, že veľmi stará literatúra, ale budeme oponovať, pretože si myslíme, že v mnohých veciach nadmieru aktuálna a reálna, hlavne autor pomenúva veci pravými menami a kladie dôraz na ľudskosť a na ľudské poskytovanie starostlivosti umierajúcim pacientom. Aj v tejto modernej dobe by si túto knihu mal prečítať snáď každý, kto pracuje s vážne chorými a umierajúcimi, respektíve by sme ju odporúčali ako povinnú literatúru na miestach, kde sa vyučuje medicína, ošetrovateľstvo, pôrodná

asistencia... A na druhej strane musíme, aj keď neradi, priznať, že aj napriek množstvu preštudovanej odbornej literatúry a napriek dlhodobému vyhľadávaniu, sme nenašli ani nič konkrétnejšie, čo by napomohlo nášmu zámeru.

Aj Hakl vo svojej knihe *Léčba bolesti* (2013) do detailov popisuje rehabilitačné a iné techniky, ktoré napomáhajú liečbe bolesti, ale nikde v knihe sme nenašli ani slovo o spôsobe manipulácie a polohovaní pacientov trpiacich bolesťou.

Hudáková vo svojej knihe *Polohovanie pacientov pomocou pohybu* (2011) využíva a popisuje prvky kinestetiky, popisuje jednotlivé polohy, ale popisuje už konkrétnu polohu, nie priebeh polohovania. Viac-menej zameriava svoju knihu na prevenciu dekubitov a na využitie vlastného tela a sily zdravotníckeho personálu s aktívnym zapojením pacienta. Popisuje taktiež použitie polohovacích pomôcok podľa vzoru Esther Klein-Tarolli, ktoré by sa dalo z nášho pohľadu porovnať s konceptom bazálnej stimulácie. Hudáková taktiež popisuje intervencie sestry pri polohovaní, ale bez zamerania na terminálne chorého pacienta s neuropatickou bolesťou. Ale je to jedna z mála kníh, na ktorú sa dá nadviazať v našom snažení.

Záver

Viedli sme veľa rozhovorov o tom, ako správne manipulovať s človekom, ktorý trpí bolesťou už vtedy, keď sa ho dotkneme. A je to naozaj zložitý. V podstate bez využitia polohovacích pomôcok to nie je možné, a tým nemyslíme využitie tzv. polohovačky, plachty, prostěradla, prípadne vlastnej sily zdravotníckych pracovníkov s aktivovaním nepriaznivej strižnej sily, ťahania po nerovných povrchoch a neodborným spôsobom s nadmernou záťažou ramenných kĺbov pacienta/klienta. Všeobecne sme zistili, že sa polohovaním zaoberáme vo veľkej miere len v súvislosti s prevenciou a liečbou dekubitov. A aj to si myslíme, že sa nerobí úplne správne a ohľaduplne k trpiacemu pacientovi/klientovi. Zahájili sme prieskum českého trhu, oslovili sme firmy, ktoré sa zaoberajú vývinom polohovacích pomôcok, lôžok pre pacientov/klientov, matracmi. Chceme popísať, v čom sa robia najčastejšie chyby pri polohovaní a poskytnúť návody s konkrétnymi pomôckami, ako polohovanie prakticky previesť, aby žiadny pacient zbytočne netrpel... A zároveň, aby sa široká odborná verejnosť zoznámila aj s novými pomôckami na českom trhu. Možno už o rok Vás budeme môcť zoznámiť s našimi zisteniami a spolu sa naučíme správne polohovať aj trpiacich pacientov.

Zoznam literatúry:

- BLUMENTHAL-BARBY, K. (1988) *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*, 1. vyd. Martin: Osveta. 1988. 231 s. 70-002-89.
- HAKL, M. a kol. (2013) *Léčba bolesti*, 2. vyd. Praha: Mladá fronta a. s., 2013. 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5
- HUDÁKOVÁ, Z. (2011) *Polohovanie pacientov pomocou pohybu*, 1. vyd. Ružomberok: Verbum, 2011. 83 s. ISBN 978-80-8084-657-2.
- JIRKOVSKÝ, D. a kol. (2012) *Ošetrovateľské postupy a intervence*, 1. vyd. Praha: ©Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.
- KOLEKTÍV AUTOROV (2011) *Ošetrovateľské techniky*, 1. vyd. Trnava: ©Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, 2011. 387 s. ISBN 978-80-8082-456-3.
- MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R. a ZAJÍČKOVÁ, M. (2006) *Kapitoly z ošetrovateľské péče*, Aktualizované a doplnené vydanie, v tejto podobe prvé. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1442-6
- PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. a INGLETONOVÁ, Ch. (2007) : *Principy a praxe paliativní péče*, 1. vyd. Brno: ©Společnost pro odbornou literaturu, o. s., 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. (2011) *Paliativní medicína pro praxi*, 2. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
- VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. (2004) *Paliativní medicína*, 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontaktná adresa:

PhDr. Eva Hrenáková
Ústav zdravotníckych vied
Fakulta humanitných štúdií
Univerzita Tomáša Baťu v Zlíne
Mostní 5139
760 01 Zlín

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI O PROBLEMATICE DAROVÁNÍ KOSTNÍ DŘENĚ

Hana Buriánková

1. lékařská fakulta, Univerzity Karlovy v Praze

Souhrn

Primárním cílem této práce bylo poukázat na problematiku týkající se darování kostní dřeně. Práce je zaměřená na míru informovanosti občanů a na jejich významné obavy související s darováním kostní dřeně. Tyto obavy jsou totiž zřejmě i hlavní příčinou, která lidem brání do registru dárců kostní dřeně vstoupit. Teoretická část přináší ucelený přehled poznatků o dané problematice. Významná část je věnována jednotlivým druhům odběru krvevorných buněk a péči o dárce. Empirická část práce je zpracována jako kvantitativní výzkum, technikou elektronického dotazníku byly osloveny stovky respondentů. Do výzkumného šetření se jich přesně během 10 dnů přihlásilo 576, použitelných dotazníků bylo 496. Z výsledků provedeného výzkumu vyplývá nevyhnutelná potřeba kvalitně informovat veřejnost o možnostech odběru krvevorných buněk, zejména o způsobu jejich odběru. 79,51 % respondentů nevědělo, že je možné darovat krvevorné buňky ze žilní krve, přičemž 50,26 % dotazovaných má obavy ze samotného odběru kostní dřeně. Respondenti, kteří se účastnili průzkumu, prokazují o danou problematiku zájem. 85,48 % dotazovaných by uvítalo osvětu v dané problematice a dohromady 82,66 % respondentů se domnívá, že by informovanost formou krátkých přednášek na středních školách, učilištích mohla navýšit počet dárců kostní dřeně v českých registrech. O výsledky práce projevil zájem Český národní registr dárců dřeně.

Klíčová slova

Kostní dřeň; Kmenové buňky; Krvetvorné buňky; Dárcovství; Transplantace; Registr; Informovanost

PUBLIC AWARENESS OF THE BONE MARROW DONATION ISSUE

Abstract

The primary aim of this diploma thesis was to draw attention to the issue of bone marrow donation. The thesis focuses on the level of public awareness and people's significant doubts regarding bone marrow donation, as these doubts and apprehensions might be the main reason restraining them from entering the bone marrow donor register. The theoretical part provides a comprehensive summary of findings in this area. Substantial part addresses particular types of the hematopoietic cells taking process and the following donor treatment. The empirical part of this diploma thesis constitutes of a quantitative research, in which hundreds of respondents have been reached through an electronic questionnaire. Within exactly 10 days, 576 of them filed for the survey, 496 of them were valid and processed. The outcome of the research reflects strong need for raising factual public awareness in the area of hematopoietic cells donation, especially in respect to current donation methods. 79,51 % of respondents had no knowledge of peripheral blood stem cell (PBSC) donation method. 50,26 % of them admitted fear of the bone marrow donation procedure itself. Respondents taking part in the research showed great interest in the topic. 85,48 % of them would appreciate further education and 82,66 % assumes that edification in the form of short lectures on high and vocational schools might contribute to raising numbers of registered bone marrow donors in the Czech Republic. Czech National Register of Bone Marrow Donors showed great concern about the outcomes of this diploma thesis.

Keywords

bone marrow, stem cells, hematopoietic cells, donation, transplantation, register, awareness

Úvod

V rámci magisterského studia na 1. LF Univerzity Karlovy jsme měli přednášku týkající se onemocnění krvetvorby a transplantace kostní dřeně. Z výkladu MUDr. Davida Pohlreicha pro mě vyplynulo mnoho nových faktů. Zejména skutečnost, že je v dnešní době možné provádět odběr krvetvorných buněk z periferní krve. Přestože jsme byli všichni zdravotníci, tato informace byla pro většinu z nás nová. Z tohoto důvodu jsem zapřemýšlela nad tím, do jaké míry je tato informace známá i pro laickou veřejnost, když i my máme v této oblasti značný informační deficit. Domnívala jsem se, že je veřejnost

v souvislosti s odběrem krvevorných buněk mezi sebou vzájemně mystifikována, a proto řada lidí do registru ani nevstoupí.

Na základě této domněnky, vlastních zkušeností a nastudovaných informací jsem se o toto téma začala hlouběji zajímat. Zjistila jsem, že v posledních třech letech zájem o danou problematiku narůstá. Probíhají jak cílené náборы dárců kostní dřevě (mladí muži do 35 let), tak různé mediální kampaně, které jsou celonárodní. Poslední takovou snahou byla reklama s názvem „Zapište se lidem do života“. Přestože zájem a ochota lidí darovat kostní dřevě narůstá, myslím si, že by tento nárůst mohl být mnohem vyšší, kdyby lidé znali určitá fakta související se samotným odběrem kostní dřevě, a která nejsou nijak mediálně interpretována.

Dle dostupných rešerší byla napsána bakalářská práce týkající se Motivace dárců kostní dřevě (Kozáková, 2013), ale žádná studie zabývající se možností demotivace potenciálních dárců doposud realizována nebyla.

Hlavním cílem této práce proto bylo poukázat na problematiku týkající se darování kostní dřevě a pokusit se zjistit důvody, proč občané, kteří jsou informováni o možnosti darovat krvevorné buňky, nejsou/nebyli zapsáni v registru dárců kostní dřevě.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat informovanost respondentů o dárcovství krvevorných buněk.
2. Zmapovat nejvhodnější způsob informovanosti o dané problematice.

Metoda tvorby dat

Výzkumné šetření probíhalo v termínu od 19.3. – 29.3. 2014 prostřednictvím sociální sítě za pomoci nestandardizovaného anonymního elektronického dotazníku sestaveného a distribuovaného na webových stránkách <http://www.mojeanketa.cz/pruzkum/226187743/1/>.

Dotazník tvořilo 19 otázek, které jsem strukturovala do dvou částí. Označila jsem je písmeny A a B. Část A obsahovala 12 uzavřených otázek a byla určena všem respondentům. Část B obsahovala dalších 7 otázek a nevyplňovali ji všichni dotazovaní, ale pouze ti, kteří věděli o možnosti darovat kostní dřevě, ale nejsou a nikdy nebyli zapsáni v registru dárců kostní dřevě. Otázky v této sekci B byly rovněž uzavřené.

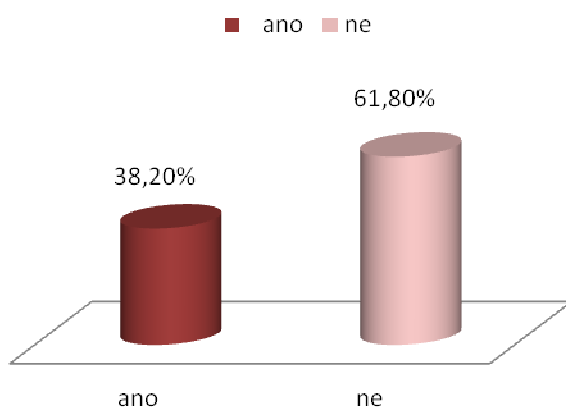
Dotazník jsem distribuovala jak mezi laickou veřejnost, tak mezi zdravotníky v nerovnoměrném poměru. Vyplňovaly ho ženy i muži starší 18 let. Průzkumu se zúčastnili studenti, zaměstnaní i nezaměstnaní lidé a lidé v důchodovém věku. Dotazníkové šetření nebylo nikterak omezeno zdravotním stavem respondentů. V průběhu dotazníkového šetření jsem členila respondenty do tří skupin. První nejpočetnější skupinou byla laická veřejnost, druhou méně početnou, ale stále hojnou skupinou, byli zdravotníci a poslední, nejmenší skupinu, tvořili registrovaní dárci kostní dřeně.

Dotazník vyplnilo celkem 576 respondentů. 496 respondentů vyplnilo dotazník správně a 80 respondentů muselo být z výzkumného šetření vyřazeno. Ve všech 80 případech byl důvod stejný, a to neúplné nebo chybné vyplnění dotazníku. V následujících kapitolách budeme tedy pracovat se vzorkem 496 respondentů (100 %).

Výsledky

Zde za pomoci sloupcových grafů, uvádím pouze nejzajímavější a zároveň klíčové výsledky práce. Významným výsledkem, který zde nemohl být pro svou obsáhlou graficky zobrazen, je diagram znázorňující důvody respondentů, které brání lidem vstoupit do registru dárců dřeně. Je však podrobně popsán v diskuzi.

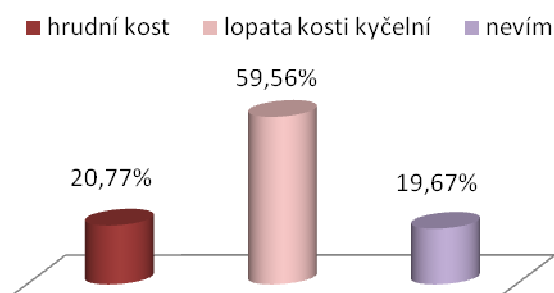
Obr. 1 Povědomí o webové stránce registru dárců KD



Z celkového počtu 411 (100 %) respondentů, kterým byla otázka adresována, jich 157 (38,20 %) vědělo, že Národní registr dárců dřeně má svou internetovou stránku, která je veřejnosti běžně přístupná a obsahuje téměř všechny informace související s darováním kostní dřeně. Naopak 254 (61,80 %) respondentů o existenci těchto webových stránek

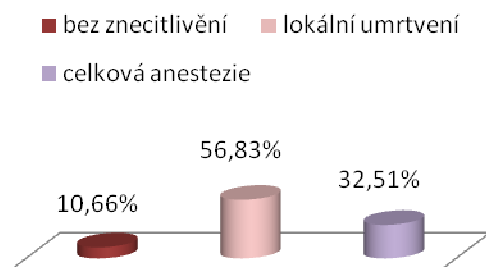
nemělo povědomí. V současné moderní době považují výsledná údaje za značně neuspokojivé.

Obr. 2 Místo odběru kostní dřeně



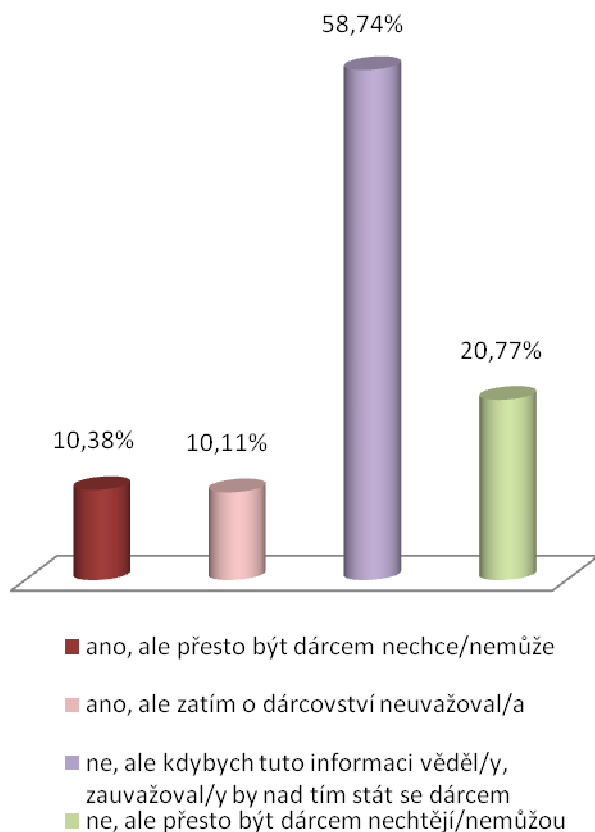
Z celkového počtu 366 (100 %) respondentů odpovídajících na uvedenou otázku jich 218 (59,56 %) ví, že je odběr kostní dřeně prováděn z lopaty kosti kyčelní. Dalších 76 (20,77 %) dotazovaných se domnívá, že se odběr kostní dřeně realizuje z hrudní kosti a zbývajících 72 (19,67 %) respondentů nemá ponětí, odkud je odběr prováděn, a proto zvolili možnost „nevím“.

Obr. 3 Způsob odběru kostní dřeně



Převážná většina respondentů, tj. 208 (56,83 %), se domnívala, že je dárčům kostní dřeně odebírána pouze v lokálním znecitlivění. 39 (10,66 %) respondentů bylo přesvědčeno, že je dárčům odběr kostní dřeně prováděn dokonce bez znecitlivění. Správnou odpověď, že je kostní dřeň dárčům odebírána v celkové anestezii, uvedlo 119 (32,51 %) respondentů. Výsledky získaných dat opět vedou k zamyšlení se nad mírou informovanosti respondentů o dané problematice.

Obr. 4 Informovanost o odběru krvevorných buněk ze žíly



Z celkového počtu 366 (100 %) respondentů jich 215 (58,74 %) vůbec nevědělo o možnosti darovat krvevorné buňky ze žilní krve. Ovšem za předpokladu znalosti této možnosti by uvažovali nad tím stát se dárce. 78 (20,77 %) dotazovaných nevědělo o možnosti darovat krvevorné buňky, přesto být dárce nechtějí / nemohou. Dalších 38 (10,38 %) respondentů prokázalo znalost možnosti darovat krvevorné buňky ze žilní krve, stát se dárce ale nechtějí, a 37 (10,11 %) dotazovaných rovněž znalo možnost darovat kostní dřeň, ale nad dárcovstvím zatím neuvažovalo.

Obr. 6: Osvěta dané problematiky

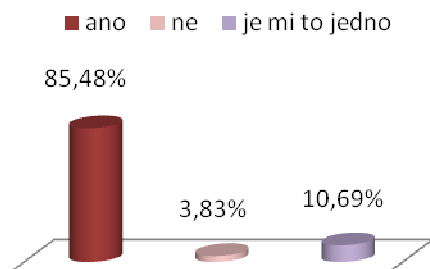


Diagram 6 graficky znázorňuje, že z celkového počtu 496 (100,00 %) respondentů 424 (85,48 %) uvítalo osvětu v oblasti dané problematiky. Dalších 19 (3,83 %) dotazovaných o osvětu neprojevovalo zájem a 53 (10,69 %) respondentů k uvedené otázce zaujalo neutrální postoj.

Diskuze

V empirické části jsme pracovali celkem ze 496 dotazníků z celkového počtu 576 vyplněných. Použitelnost dotazníků činila 86,11 %. Na první část dotazníku (část A) odpovídali všichni respondenti, na druhou část dotazníku (část B) odpovídali pouze ti respondenti, kteří v části A uvedli, že byli informováni o možnosti darovat kostní dřeň. Převážnou část respondentů (více než 80 %) tvořili lidé ve věku od 18 do 35 let, kteří dosáhli středoškolského, vyššího odborného nebo vysokoškolského vzdělání. S tímto vzorkem jsem spokojená, protože můžeme říci, že převážnou skupinu respondentů tvořili mladí vzdělaní lidé, u kterých lze očekávat určitou míru informovanosti. Zároveň vzhledem k věku tvoří tato skupina respondentů potenciální dárce kostní dřevě.

Mezi respondenty odpovídalo 145 zdravotníků. Jak jsem zmínila již v úvodu práce i já, zdravotník s bakalářským vzděláním, jsem měla značné nedostatky v uvedené problematice. Předmětem práce není porovnávat informovanost zdravotníků a respondentů vykonávajících jiné povolání, přesto bych však informovanost zdravotníků vyzdvihla. Domnívám se totiž, že pokud zásadní informace o dané problematice nezná zdravotnický personál, je menší pravděpodobnost, že je budou znát lidé vykonávající jiné povolání. 254 (61,80 %) dotázaných nevědělo o existenci internetových stránek ani jednoho registru kostní dřevě, kde jsou dostupné veškeré informace týkající se problematiky spojené s darováním kostní dřevě. O internetových stránkách registrů nevědělo ani 10 (22,22 %) respondentů, kteří již jsou evidováni v registru dárců kostní dřevě, což považuji za významný výsledek.

Hlavním cílem práce bylo zaměřit pozornost zejména na důvody, které lidem brání do registru dárců kostní dřeně vstoupit. Respondenti se nejvíce obávali samotného odběru kostní dřeně, a to ve 184 (50,27 %) případech. Pooperačních komplikací se obává 69 (18,85 %) dotazovaných. Významné jsou i údaje, kdy se 34 (9,29 %) respondentů obává, aby v důsledku odběru sami neonemocněli nádorovým onemocněním a 31 (8,47 %) respondentů bylo od darování krvetočných buněk něčím / někým odrazeno. Překvapivě početnou skupinu tvořili respondenti, kteří nemohli darovat kostní dřeň z jiných důvodů (ať už zdravotních nebo ostatních pro které není možné kostní dřeň darovat). Bylo jich dohromady 104 (28,42 %). Otázkou zůstává, zda vzhledem k mladému věku (do 35 let) většiny dotazovaných (u kterých se předpokládá, že s největší pravděpodobností netrpí žádnou vážnou chorobou) a celkově nedostatečné informovanosti o dané problematice, respondenti skutečně znají důvody, které brání vstupu dárců do registru kostní dřeně. Zbylé početné zastoupení tvoří odpovědi, kdy lidé buď neměli důvod do registru dárců KD vstoupit 63 (17, 21 %), nebo ho neznali, protože nad dárcovstvím kostní dřeně doposud neuvažovali. Jiné důvody, které udalo 37 (10,11 %) respondentů, nám nejsou známy. Jedním z cílů bylo zmapovat informovanost respondentů o dárcovství krvetočných buněk. Předpokládala jsem, že se respondenti často obávají samotného odběru kostní dřeně, a proto jsem do dotazníku stanovila dvě otázky, vztahující se přímo k tomuto odběru.

Tázala jsem se 366 (100 %) respondentů, odkud si myslí, že je prováděn odběr kostní dřeně. 218 (59,56 %) respondentů odpovědělo z lopaty kosti kyčelní, tudíž správně. 76 (20,77 %) dotazovaných se domnívá, že je dřeň odebírána z hrudní kosti a 72 (19, 67 %) odpověď nezná. Pokud vezmeme vzorek respondentů pracujících ve zdravotnictví, tj. 145 (100 %), výsledky vypadají následovně: o odběru kostní dřeně z lopaty kosti kyčelní ví 83 (74,11 %) zdravotníků, 25 (22,32 %) se domnívá, že je odběr prováděn z hrudní kosti a pouze 4 (3,57 %) dotázaní zdravotníci odpověď neznali. Další otázka byla koncipována obdobným způsobem a hodnotila míru informovanosti o způsobu odběru kostní dřeně. Zde jsou výsledky přímo alarmující. 208 (56,83 %) respondentů se domnívá, že je kostní dřeň odebírána pouze v lokální anestezii, 39 (10,66 %) si dokonce myslí, že je dárcům odběr prováděn bez znecitlivění. Správnou odpověď, že kostní dřeň je odebírána v celkové anestezii znalo 119 (32,51 %) dotázaných. Výsledky odpovědí od zdravotníků byly následující. Většina zdravotníků, konkrétně 65 (58,04 %) se též domnívá, že je odběr kostní dřeně prováděn pouze v lokální anestezii. 7 (6,25 %) si

myslí, že se odběr provádí bez znecitlivění a 40 (35,71 %) zdravotníků ví, že je odběr prováděn v celkové anestezii. I zde je na místě položit si otázku, do jaké míry probíhá informovanost na zdravotnických školách a lékařských fakultách.

Vzhledem k poměrně vysokému počtu respondentů, kteří se domnívají, že je kostní dřeň odebírána v lokální anestezii, a poměrně významnému počtu respondentů, kteří si myslí, že se odběr kostní dřeně provádí z hrudní kosti, je k zamyšlení, zda respondenti nezaměňují odběr vzorku kostní dřeně (punkci) s dárcovským odběrem krvetvorných buněk.

Poslední položkou v dotazníku, která byla směřována k obavám ze samotného odběru kostní dřeně, je otázka, zda respondenti vědí, že je možné krvetvorné buňky získat prostřednictvím žilní krve a vyhnout se tak bolestivému odběru. Výsledky byly alarmující. 291 (79,51 %) všech respondentů o odběru krvetvorných buněk z periferní krve nemělo žádné informace. Pro názornost jsem opět vyhodnotila zvlášť pouze zdravotnický personál a mohu konstatovat, že dokonce mezi zdravotníky se našlo 78 (69,64 %) respondentů, kteří o odběru hemopoetických kmenových buněk nevěděli.

Významnou informací je, že kdyby respondenti znali způsob odběru krvetvorných buněk z periferní krve, až v 215 (58,74 %) případech by zauvažovali nad tím, stát se potenciálními dárci kostní dřeně.

V průběhu průzkumného šetření se mě přátelé, známí, kolegyně a kolegové (i z řad lékařů) dotazovali, zda je odběr krvetvorných buněk z periferní krve skutečně možný.

Tato informace je při vyplňování dotazníku velmi zaujala. Čtyři respondenti mi později sdělili, že díky této „nové“ informaci do registru dárců kostní dřeně vstoupili.

Dalšími cíli práce bylo zjistit, zda by respondenti uvítali osvětu o dané problematice a jaký zdroj informací preferují. Osvětu by uvítalo dohromady 424 (85,48 %) respondentů, 19 (3,83 %) o osvětu související s darováním kostní dřeně nestojí a 53 (10,69 %) respondentů se vyjádřilo, že je jim to jedno.

Když shrnu nejvýznamnější informace, které z průzkumu vzešly, mohu konstatovat, že přibližně každý 11. dotázaný respondent je zapsán v registru dárců kostní dřeně.

Přestože probíhají neustále různé náborové kampaně do registrů, domnívám se, že dárců krvetvorných buněk je u nás stále málo. Respondenti uváděli jako nejčastější důvod pro nevstoupení do registru dárců dřeně *strach ze samotného odběru kostní dřeně*, konkrétně ve 184 (50,27 %) případech. Vzhledem k tomu, že většina zbylých možností souvisejících se samotným odběrem byla v nabízených odpovědích zastoupena, domnívám se, že si lidé pod *strachem ze samotného odběru kostní dřeně* představovali i bolest. Navzdory snaze nabídnout respondentům veškeré možné odpovědi tato možnost zde chyběla. Do vytvořené události na sociální síti zmínila jedna respondentka svou zkušenost s odběrem vzorku kostní dřeně v dětství. Vzpomínala na obrovskou bolestivost v průběhu samotného odběru. Tuto informaci jsem ve svém okolí bohužel neregistrovala prvně. Kratochvíl popisuje odběr vzorku kostní dřeně u pacientů a říká: „Přípravná lokální anestezie je účinná jen zčásti a zavádění punkční jehly do kosti i nasávání kostní dřeně bývá značně bolestivé, přičemž bolest přetrvává i po skončení zákroku. U dětí vzniká neřídka panický strach před dalším zákrokem (Kratochvíl, 2009, str. 261).“ V dnešní době se punkce kostní dřeně provádí pacientům v lokální anestezii, ale převážně již z lopaty kosti kyčelní. Obnáší méně rizik a pro pacienty je méně nepříjemná, než punkce prováděná z hrudní kosti (sternální punkce) (Becker, 2005). Domnívám se, že se lidé mezi sebou dělí o zkušenosti, které zažívají. Když bude maminka popisovat křik svého nemocného dítěte, kterému byl punkcí odebrán vzorek kostní dřeně, nebo bude jakýkoli jiný pacient o tomto zákroku vyprávět, negativní informace se začne mezi lidmi rozšiřovat a lidé, protože nemají dostatek informací (jak vyplývá z provedeného průzkumného šetření), se budou dárcovskému odběru kostní dřeně vyhýbat zřejmě více, než by tomu bylo v případě, kdy by měli dostatek informací souvisejících s dárcovským odběrem. Z informací, které poskytuje Český národní registr dárců dřeně na svých internetových stránkách, je patrné, že odběr kostní dřeně není pro dárce nikterak příjemný, nikde (ani v jiných dostupných zdrojích) však není psáno, že by samotný odběr od dárce byl nějak výrazně bolestivý. Dle mého názoru tkví problém v informovanosti veřejnosti. Předpokládám, že lidé zaměňují samotný punkční odběr vzorku kostní dřeně s dárcovským odběrem krvetvorných buněk, na což si myslím poukazují i některé výsledky výzkumného šetření (místo a způsob odběru kostní dřeně). Jiné možnosti, které by si lidé mohli představit pod *strachem ze samotného odběru kostní dřeně*, mě nenapadly. Kdybych tento výzkum prováděla znovu, určitě bych do odpovědí zařadila bolest pramenící ze samotného odběru kostní dřeně a otázku nechala polootevřenou, aby měli respondenti možnost vlastního vyjádření.

Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit důvody, proč občané, kteří jsou informováni o možnosti darovat kostní krvetvorné buňky, nejsou / nebyli zapsáni v registru dárců kostní dřeně. Empirická část obsahovala výzkumné šetření, které probíhalo po sociální síti Facebook formou nestandardizovaného elektronického dotazníku. Dosáhla jsem naplnění své úvodní domněnky. Široká veřejnost ani zdravotničtí pracovníci nejsou informováni o možnosti darovat krvetvorné buňky ze žilní krve a často se samotného odběru kostní dřeně obávají. Neznají nejen druhy odběru krvetvorných buněk, ale ani způsoby, jakými jsou tyto buňky odebírány. Průzkumné šetření získalo nemalý počet respondentů 576 (použitelných dotazníků 496), přičemž z výsledků vyplývá, že lidé o danou problematiku prokazují zájem a informovanost v dané problematice by uvítali. Ráda bych proto vložila svou diskuzi a závěr této práce v podobě PDF na sociální síť. Darování krvetvorných buněk je dar člověka člověku. Od ostatních transplantací se liší hlavní věcí. Když darujete srdce či játra, zemřete. Když darujete ledvinu, jedna Vám bude chybět. Pokud ale daruje krvetvorné buňky, nezemřete a nebudou vám ani scházet. Vše je jen o tom chtít darovat jiným naději na život.

Použitá literatura

Český národní registr dárců dřeně. (n. d.). Retrieved 15. 3. 2014, from <http://www.kostnidren.cz>

Becker, H. D. (2005). *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada.

Kozáková, L. (2013). *Motivace dárců kostní dřeně* (Bachelor thesis, Masaryk University, Brno, Czech Republic). Retrieved 10.3. 2014 from http://is.muni.cz/th/381444/lf_b/

Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza - 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada.

Kontaktní adresa:

Mgr. Hana Buriánková
Zahradní 5187
43004 Chomutov

ECTS – CESTA EUROPEIZÁCIE A INTERNACIONALIZÁCIE VZDELÁVANIA V OŠETROVATELSTVE

Eubica Ilievová

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

Súhrn:

Trnavská univerzita v Trnave sa stala držiteľom dvoch významných značiek: ECTS label a DS label. Získané ocenenia patria k najprestížnejším statusovým oceneniam pre oblasť vysokoškolského vzdelávania v európskom priestore. Udelenie prestížnych značiek je dokladom, že Trnavská univerzita v Trnave spĺňa náročné kritériá Európskej únie v oblasti vysokoškolského vzdelávania a umožňuje posilnenie mobilit, čím zabezpečuje lepšie podmienky vlastnej internacionalizácie a europeizácie.

Kľúčová slova:

ECTS label; DS label; Vysokoškolské vzdelávanie; Kvalita vzdelávania; Študentské mobility

ECTS – A WAY OF EUROPEANISATION AND INTERNATIONALIZATION OF EDUCATION IN NURSING

Summary:

The University of Trnava has become a holder of two major awards: ECTS label and DS label. These awards belong to the most prestigious ones in the field of higher education in Europe. Being awarded these prestigious labels is a proof that The University of Trnava meets all the demanding criteria of the European Union in the field of higher education and enables enhanced mobilities, thus providing better conditions for their own internationalization and Europeanisation.

Key words:

ECTS label; DS label; Higher education; Quality of education, Students mobility

Úvod

Trnavská univerzita je prvou humanitne a spoločensky zameranou univerzitou na Slovensku, ktorá ocenenie ECTS label získala. Zároveň je treťou univerzitou na Slovensku ocenenou ECTS label.

Historická Trnavská univerzita (TU) je jedna z najstarších univerzít na Slovensku. Trnavská univerzita bola založená v roku 1635 kardinálom Petrom Pázmaňom. Mala 4 fakulty: filozofickú, teologickú, právnickú a lekársku. Univerzita sa stala známou aj vďaka hvezdárni, ktorú založil rektor František Borgia Kéri, univerzitnou knižnicou, tlačiarňou a záhradami. Historická Trnavská univerzita pôsobila v Trnave 142 rokov. V roku 1777 bola presídlená do Budína, do centra Uhorska. Slovenská národná rada obnovila k 25.3.1992 Trnavskú univerzitu zákonom č. 191/1992 a znovu otvorila k 1.7.1992.

Vlastní text

ECTS label je najprestížnejším ocenením pre oblasť vysokoškolského vzdelávania v európskom priestore, ktoré každý rok udeľuje Európska komisia, Generálne riaditeľstvo pre vzdelávanie a kultúru - The Education, Audiovisual and Culture Executive Agency. Získanie ECTS label Trnavskou univerzitou je prejavom kvality vysokej školy. Deklaruje správne používanie ECTS vo všetkých odboroch na bakalárskom a magisterskom stupni štúdia a správnu administráciu mobility v rámci programu ERASMUS. Je znakom toho, že vzdelávanie v študijných programoch na Trnavskej univerzite, všetky kredity, ktoré študenti získajú štúdiom, sú v súlade s európskym kreditovým systémom a sú tak uznávané aj v zahraničí. Ak je univerzita držiteľom tejto značky, je to signál kvality univerzity a vzdelávacieho systému pre domácich aj pre zahraničných študentov. Podmienkou žiadosti o získanie ECTS label (European Credit Transfer System - Európsky systém transferu kreditov) je vytvoriť a zverejniť na stránke univerzity tzv. ECTS informačný katalóg, ktorého štruktúru určuje Európska komisia. Na webovom sídle univerzity musí byť zabezpečená jeho dostupnosť v anglickom jazyku. Ocenenie je dokladom, že Trnavská univerzita v Trnave spĺňa náročné kritériá Európskej únie v oblasti vysokoškolského vzdelávania a prispieva k rozšíreniu mobility, a tým aj k internacionalizácii a europeizácii univerzity. Proces vytvorenia ECTS katalógu a získania ECTS label na základe podmienok Európskej

komisie bol náročný časovo, administratívne, technicky a predovšetkým personálne. Bolo potrebné, aby sa do procesu prípravy zapojili všetky súčasti univerzity. ECTS label je prestížnym potvrdením, že všetky študijné programy poskytované na Trnavskej univerzite, všetky skúšky a kredity, ktoré študenti získavajú, sú v súlade s európskym kreditovým systémom a sú tak uznávané aj v zahraničí. Domácim študentom ECTS label poskytuje garanciu, že, v prípade, že časť štúdia alebo záver štúdia absolvujú na zahraničnej univerzite, prijímajúca univerzita im uzná každú skúšku, ktorú absolvovali na Trnavskej univerzite. Zahraničným študentom, ktorí sa rozhodnú absolvovať časť štúdia na Trnavskej univerzite, poskytuje ECTS label garanciu, že po návrate na materskú univerzitu, im bude táto akceptovať štúdium na Trnavskej univerzite. Význam ECTS label pre Trnavskú univerzitu a jej súčastí spočíva v dopade na kvalitu vnútorného prostredia univerzity, v komplexnom spracovaní informácií o Trnavskej univerzite a jej súčastí v požadovanej jednotnej štruktúre v anglickom jazyku, v ucelenej ponuke štúdia pre zahraničných študentov na Trnavskej univerzite a jej fakultách, v detailnom spracovaní informačných listov v požadovanej štruktúre v anglickom jazyku a v príprave na komplexnú akreditáciu 2014.

Dôvodov, pre ktoré sa Trnavská univerzita rozhodla žiadať o získanie značky ECTS, bolo niekoľko. Všetky sa spoločne týkajú mobilizovania vnútorných rezerv univerzity s nastavením zrkadla pravidiel ECTS. Našími cieľmi sú najmä väčšia internacionalizácia a europeizácia vzdelávania na Trnavskej univerzite v Trnave, zlepšenie vnútornej univerzitnej flexibility v oblasti vzdelávania, systematické a koncepčné prehodnotenie ponuky predmetov v slovenskom a cudzom jazyku, zvýšenie kvality vzdelávacieho procesu a internacionalizácia informácií o ponúkaných študijných programoch, vytvorenie lepších podmienok pre študentskú mobilitu, dosiahnutie potrebnej operatívnej a efektívnej pri prenose kreditov a uznávaní štúdia, ako aj vybudovanie fungujúcich nástrojov sledovania spätnej väzby po absolvovaní zahraničnej mobility.

Práve vďaka získaniu tejto značky očakávame v budúcnosti nárast počtu zahraničných študentov na našej univerzite a taktiež zvýšenie počtu študentov, ktorí sa rozhodnú využiť možnosť štúdia v zahraničí.

Proces prípravy Trnavskej university na získanie značky ECTS sa začal rozhodnutím Kolégia rektora v januári 2012 ako súčasť koncepcie rozvoja univerzity na roky 2012 – 2015.

Príprava na získanie značky ECTS trvala v prostredí Trnavskej univerzity takmer dva roky a bola podnetom najmä pre prácu s „výsledkami vzdelávania“ a kreditovou záťažou predmetov v študijných programoch fakúlt Trnavskej univerzity. Na základe prvotnej analýzy plnenia podmienok na získanie ECTS label sme zistili, že podmienkou získania tejto značky, bude vylepšovanie viacerých vlastných procesov tak, aby sme dosiahli kompatibilitu s požiadavkami ECTS. Požadované informácie sme totiž nemali spracované v predpísanej štruktúre, v opisoch “profilu absolventa“ nám vo viacerých prípadoch chýbali spracované výsledky vzdelávania, kreditová záťaž predmetov nebola správne priradená, informačné listy v našom akademickom informačnom systéme boli vyplnené nedostatočne a výsledky vzdelávania neboli vždy zakomponované v informačných listoch predmetov. Absentovala tiež časť anglickej jazykovej verzie informácií o študijných programoch a možnostiach štúdia.

Význam implementácie pravidiel a požiadaviek pre získanie ECTS label pre Trnavskú univerzitu a jej súčasti spočíva najmä v pozitívnom dopade na kvalitu vnútorného vzdelávacieho prostredia, komplexnom spracovaní informácií o univerzite a jej súčastiach v požadovanej jednotnej štruktúre v anglickom jazyku, ucelenom prehľade o ponuke štúdia pre zahraničných študentov na Trnavskej univerzite a jej fakultách, detailnom spracovaní informačných listov v požadovanej štruktúre v anglickom jazyku a nepriamo aj v príprave na komplexnú akreditáciu, ktorá sa začala v tomto roku(2014). ECTS label je pre Trnavskú univerzitu nielen prostriedkom ako zvýšiť atraktivnosť vzdelávacieho prostredia pre incoming študentov, ale taktiež aj príležitosťou pre vytváranie zázemia pre našich študentov študujúcich na partnerských univerzitách v zahraničí.

Záver

Získanie a trvalá implementácia značky ECTS Trnavskou univerzitou je explicitne súčasťou viacerých našich plánovacích a koncepcných dokumentov. V Dlhodobom zámere univerzity na roky 2015 až 2020 je jedným z hlavných cieľov atraktivita štúdia na univerzite, a to aj v súvislosti s internacionalizáciou štúdia, dobrým financovaním aktivít v oblastiach vzdelávania, vedy a riadenia, zabezpečením kvality vzdelávania a budovaním identity univerzity. Aktivity spojené s ECTS label takto systematicky a cielene smerujú k procesu vytvorenia inštitúcie najvyššej kvality, preukázateľne porovnateľnej s renomovanými európskymi univerzitami. Trnavská univerzita taktiež

využívá systém a nástroje manažerstva kvality prostřednictvím vlastního vnútorného systému zabezpečovania kvality univerzity, vrátane európskeho modelu CAF a kritérií Akademickej rankingovej a ratingovej agentúry. Zamiera sa systémovo na dodržiavanie a vyhodnocovanie kritérií hodnotenia tvorivých zamestnancov na základe kvality a kvantity tvorivej vedeckej a publikačnej činnosti zamestnancov univerzity. Popri preferencii princípov dobrého vzdelávania i vedy a osobného prístupu k študentom, ako aj budovania ich príslušnosti k univerzite, táto cesta odstránila mnohé bariéry, nepresnosti, či netransparentnosť a zaviedla systém a pravidlá činnosti vo vzdelávaní, vede a riadení, umožňujúce spätnú väzbu, zmysluplné analýzy, vyhodnocovanie, efektívnu kontrolu a zlepšovanie stavu vo všetkých úlohách univerzity. Vďaka získaniu ECTS label by sme v budúcnosti uvítali bližší, najmä osobný kontakt so zástupcami Európskej komisie. Permanentná praktická komunikácia Komisie s univerzitami, ktoré sú držiteľmi ECTS label by určite napomohla reálnemu pohľadu na situáciu na Slovensku.

Kontaktní adresa

Doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská Univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
917 01 Trnava
Slovenská republika
Email: lubica.ilievova@truni.sk

UNIVERZITNÉ VZDELÁVANIE A PSYCHICKÁ PRIPRAVENOSŤ ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA NA POVOLANIE

Andrea Bratová

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

Súhrn:

Predmetom výskumu bola psychická pripravenosť na povolanie u denných študentov na štúdiu urgentnej zdravotnej starostlivosti. Cieľom bolo posúdiť psychickú pripravenosť na profesiu. Výskum bol vykonaný v dvoch slovenských vysokých škôl pre všetky stupne študentov na plný úväzok bakalárske forme v oblasti urgentnej zdravotnej starostlivosti. Získali sme výsledky pomocou dotazníkov, v ktorom sme skúmali rozdiely medzi žiakmi s ohľadom na celú vzorku výskumu, pohlavia a univerzity, rok štúdia a vzdelávania. Zistili sme, že v priebehu štúdie, existujú rozdiely vo vnímaní študenta stresu a záťaže. V celom výskumného vzorke najčastejšie používa stratégie uniknúť správanie. Zistili sme, že triedy sa líšia medzi sebou pri zvládaní stresu sa štatisticky významný rozdiel. Na základe našich zistení, odporúčame realizácie vzdelávacieho kurzu so zameraním na mentálnu prípravu a psychosociálne vzdelávania do vzdelávania zdravotníkov.

Kľúčové slová:

Zdravotnícky záchranár. Psychická pripravenosť. Vzdelávanie. Profesia. Záťaž. Stres.

Summary:

The subject research of was psychological preparedness of the full-time students in the study of emergency health care profession. The goal was to assess the mental training for profession. The research was conducted in two Slovak universities for all grades students of full-time bachelor's form in the field of Emergency health care. We obtained the results by use of questionnaires in which we investigated differences between students with regard to the whole research sample, gender and university, year of study and education. We found that during the study, there are differences in student's perceptions of stress and workload. In the entire research sample the most frequently used strategy is escape behavior. We noted that the classes differ among themselves in coping stress with a statistically significant difference. Based on our findings, we recommend implementation of the training course focused on mental preparation and Psychosocial training in to the education of paramedics.

Keywords:

Paramedic. Psychological preparation. Education. Profession. Load. Stress.

Úvod

Množstvo situácií môže profesionál zvládnuť, berie ich ako súčasť svojej profesie, môže však prísť jedna veľmi traumatická a záchranár môže prežívať niečo iné. Je predsudkom si myslieť, že profesionálneho záchranára nezasiahne žiadna situácia natoľko, aby ju niekedy nepotreboval s niekým prebrať, presvedčiť sa o správnosti svojho postupu, povedať dojmy, pocity strachu a úzkosti, rozobrať náročný zážitok zo všetkých strán. Vníma viac stresu a napätia, zobrazujú a vracajú sa mu najhoršie útržky miesta nešťastia, stále na to myslí. Následne sa môže stať, že profesionál bude mať obavu z podobnej situácie. Môže sa cítiť zodpovedný za veci, ktoré nemôže ovplyvniť, bude trpieť pocitmi viny z toho, že mohol urobiť viac. Môže mať myšlienky i na odchod zo zamestnania, pretože psychicky už nemôže ísť ďalej. Nehrajú tu rolu skúsenosti, dĺžka praxe, ani vzdelanie. Pre predchádzanie syndrómu vyhorenia a psychického vyčerpania profesionálov je potrebné, aby sa mali profesionáli možnosť na niekoho obrátiť bez pocitu vlastného zlyhania. Následne môžu brať i katastrofálnu udalosť ako súčasť svojho života a budú schopní ďalej fungovať, zachraňovať, neodídu z profesie, ktorú majú radi (Vlášková, Kolářová, 2009).

Cieľ

Hlavným cieľom výskumnej časti práce bolo zistiť psychickú pripravenosť na povolanie zdravotníckeho záchranára. Medzi čiastkové ciele sme zaradili: posúdiť a porovnať rozdiel v zvládaní záťaže a stresu študentov denného štúdia s humanitným zameraním v stredoškolskom vzdelaní alebo nehumanitným zameraním v stredoškolskom vzdelaní. Zistiť a porovnať zvládanie záťaže a stresu medzi dennými študentmi v jednotlivých ročníkoch štúdia. Zistiť výskyt stresu a záťaže u denných študentov počas štúdia. Súčasne zistiť postoje denných študentov Bc. štúdia v odbore Urgentná zdravotná starostlivosť k absolvovaniu PSV počas štúdia. Zistiť stratégie zvládania záťaže u denných študentov Bc. štúdia v odbore Urgentná zdravotná starostlivosť.

Metodika

Predmetom výskumu bola psychická pripravenosť študentov denného štúdia v študijnom odbore Urgentná zdravotná starostlivosť na povolanie. Hlavnými determinantami

výskumnej časti práce boli nasledovné fakty v podmienkach SR: v súčasnosti sú vedomosti zdravotníckeho personálu o psychologických reakciách a ich zvládání v mimoriadnych situáciách vysoko potrebné, ale zvyčajne nedostatočné (Vargová, 2007). V USA bola vytvorená štúdia na zistenie typov a úrovni vzdelávacích programov so zameraním na katastrofy. Poukazuje, že až 75 % respondentov sa domnievalo, že fakulty pre vzdelávanie v zdravotníckych profesiách nedostatočne pripravili študentov v oblasti riadenia katastrof (Weiner, Irwin, Trangenstein, Gordon, 2005). Genderovým rozdielom v preferencii zvládania stratégií zisťovali pomocou t-testu rozličné výskumy. Výskumu medzi bežnou populáciou sa venovala Janke, Erdmannová, (2003). Všetci dospeli k štatisticky významným rozdielom v používaní stratégie potreby sociálnej opory. V podmienkach Českej republiky sa výskumu venovala a venuje MUDr. Šeblová, PhD.. Rozsiahly výskum realizovala v oblasti záťaže, stresu a syndrómu vyhorenia pracovníkov ZZS, možnostiam včasnej diagnostiky, prevencie, terapie od roku 2003 do roku 2007. V podmienkach SR sa problematike vybraným zdrojom, prejavom a stratégiám zvládania stresu medzi operátormi ZZS venovala Gurňáková a Beňušková (2009). Výstižne uvádzajú autorky Gurňáková a Lukáčová (2010), že zdravotnícka profesia je záťažová a stresujúca. Najefektívnejší zdravotnícky pracovník je schopný s vedomosťami, schopnosťami a možnosťami zvládať stres konštruktívne. Dlhodobé pôsobenie zvýšenej psychickej záťaže pri nedostatočných možnostiach obnovy využívaných zdrojov zvládania stresu, vedie veľmi často ku nepriaznivým dôsledkom v oblasti kvality života zdravotníckych pracovníkov a zhoršeniu kvality pracovného výkonu. Podpore a rozvoju efektívnych stratégií zvládania záťaže a obnovy zdrojov pre jej zvládanie v zdravotníckej profesii by mala byť venovaná zvýšená pozornosť. V našich podmienkach v rámci praxe v zdravotníctve je príprava na zvýšenú profesijnú záťaž a manažment stresu nedostačujúca. Vzdelávanie je nasmerované hlavne na zvládanie pacienta a jeho ťažkostí. Dôraz sa kladie na odborné vedomosti a manuálne zručnosti, avšak menej na oblasť komunikácie (Gurňáková, Lukáčová, 2010). Momentálne pri formovaní vzdelávania je možnosť pristúpiť k jeho skvalitneniu. Prioritou je, aby brány univerzít opúšťali profesionálni absolventi, ktorí budú pripravení zvládať rozmanité situácie nielen po stránke vedomostnej, zručnostnej, ale budú vedieť manažovať svoje správanie, prežívanie, zvládanie. Zotrývajú v profesii, ktorú majú radi i napriek krízam, do ktorých ich zmietol príval pracovných povinností. Stav problematiky v SR nás motivoval k realizácii výskumu. Výskum prebiehal vo viacerých fázach. V roku 2008 sme si stanovili priority práce. Nadviazali sme spoluprácu s Českou

republikou s MUDr. Šeblovou, PhD.; a MUDr. et Bc. Hlaváčkovou, PhDr. Humpla, Rybu. Zo slovenských odborníkov sme spolupracovali s MUDr. Vargovou, PhD.; Mgr. Gurňákovou, PhD. V 2009 sme realizovali projekt, ktorý zastrešovala Univerzitná grantová agentúra na UKF v Nitre, na tematiku: Psychická pripravenosť zdravotníckeho záchranára na povolanie. V roku 2010 - 2011 po schválení žiadosti o výskum, sme začali s realizáciou na oboch univerzitách. V roku 2012 sme vyhodnocovali získané dáta. Vo výskume sme aplikovali štyri dotazníky. Dotazník pre študentov dennej formy Bc. štúdia v študijnom odbore Urgentná zdravotná starostlivosť vlastnej konštrukcie Otázky boli zamerané k voľbe študijného odboru, psychologickým predmetom, PSV výcviku, psychologickéj podpore, výcvikovým kurzom, stresu a záťaži, komunikácii. Dotazník CSI (Coping Strategy Indicator – Indikátor stratégií zvládania; J. H. Amirkhan, (1990), I. Sarmány-Schuller, (1992). Postavený vo výpoved'ovom formáte, tvorený tromi bazálnymi faktormi, obsahuje 33 tvrdení a pre každý faktor je 11 tvrdení. Pre odvodenie faktorov bola použitá faktorová analýza. Dotazník SVF 78 Stratégie zvládania stresu - sebaopisovací inventár SVF 78 „Stressverarbeitungsbogen“, Janke; Erdmannová, (2003). Verzia SVF 78 má 13 škál. Mapuje veľmi široký okruh stratégií zvládania, výsledky umožňujú analýzu stratégií smerujúcich ku redukcii stresu (pozitívne stratégie) alebo vedúcich k zosilneniu stresu (negatívnych stratégií). Dotazník CISM (Mitchell, Everly, Critical Incident Stress Management (CISM): Basic Group Crisis Intervention, 3rd Edition revised, 2003 ICISF, str. 43 – 44 – preklad Šeblová, (2004). Dotazník CISM zostavili Mitchell; Everly. Dotazník má 14 položiek, kde sa body prirátavajú alebo odrátavajú a vyhodnocujú. Pri výskumnej štatistike sme zistené výsledky podrobili porovnaniu rozdielov medzi študentmi vzhľadom na celú výskumnú vzorku, pohlavie, miesto univerzity, ročník štúdia a stredoškolské vzdelanie. Dotazník vlastnej konštrukcie, bol vyhodnotený t- testom. Koreláciu sme aplikovali pre každú dvojicu otázok v súbore všetkých respondentov. Všetky otázky sme vyhodnotili pomocou Pearsonovho Chí-kvadrátu, stupňov voľnosti a signifikácie. Dotazník CSI obsahuje tri stratégie zvládania záťaže a stresu, preto sme pri vyhodnocovaní výsledkov zisťovali základné deskriptívne charakteristiky prostredníctvom Mann-Whitneyho U-testu, Studentovho t-testu pre dva nezávislé výbery, Kruskal-Wallisovho testu. Pri dotazníku SVF 78 sme na dosiahnuté hodnoty v jednotlivých škálach aplikovali aritmetický i neparametrický priemer Mann-Whitneyho U-testom. Dotazník CISM, sme štatistiky riešili pomocou Studentovho t-testu, neparametrického Mann-Whitneyho U-

testu pre dva nezávislé výbery, Kruskal-Wallisovho testu a párové hodnoty sme porovnali Mann-Whitnuxho U- testom.

Súbor

Výskumnú vzorku tvorilo spolu 137 študentov dennej formy univerzitného bakalárskeho študijného odboru Urgentná zdravotná starostlivosť a to konkrétne z dvoch vysokých škôl. Počtom 90 to boli študenti z Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre (UKF) z Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Katedry klinických disciplín a urgentnej medicíny a 47 boli študenti zo Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU) v Bratislave so sídlom Fakulty zdravotníctva v Banskej Bystrici (tab.1). Na UKF v Nitre bolo rozdanych 98 dotazníkov (100 %) a návratnosť bola 90 dotazníkov (91,8 %). Na SZU v Banskej Bystrici bol rozdanych 60 (100 %) dotazníkov, návratnosť dotazníkov bola 47 (78,3 %). Základným kritériom výskumného súboru bola príslušnosť k študijnému odboru Urgentná zdravotná starostlivosť. Výskumnú vzorku tvorili denní študenti univerzitného štúdia v odbore Urgentná zdravotná starostlivosť v SR na dvoch univerzitách (UKF Nitra, SZU Banská Bystrica). Zaraďujúce kritériá pre respondentov: študenti univerzitného štúdia v odbore Urgentná zdravotná starostlivosť vo všetkých ročníkoch štúdia v Bc. stupni v dennej forme štúdia. Vylučovacie kritériá pre obe skupiny respondentov: nespolupracujúci respondenti.

Výsledky

Výsledky získaných dát obsahovali cenné údaje, v dotazníku vlastnej konštrukcie, mapuje oblasti motivácie k štúdiu, obľubu predmetov v odbore a najmä oblasť záťaže a stresu, psychologické podpory ako súčasť vzdelávania. Ako druhý merací nástroj sme využili dotazník Stratégií zvládania stresu SVF 78. V prvom rade sme sledovali, aké copingové stratégie využívajú študenti odboru Urgentná zdravotná starostlivosť. Najviac využívanou stratégiou je pozitívna sebainstrukcia, kontrola situácie a kontrola reakcií. Najmenej často sú využívané úniková tendencia, rezignácia a sebaobviňovanie. V dotazníku CSI na základe hodnôt aritmetického priemeru bolo možné zhodnotiť, že študenti v najvyššej miere využívajú stratégiu Únikového správania (AM = 22,30) a najmenej Inštrumentálnu stratégiu (AM = 17,56). V CISM sme zaznamenali pre celkový súbor sa hodnoty v rozpätí od 10 do 270. Priemerná hodnota sa rovná 71,0827 a štandardná odchýlka 35,2846.

Diskusia

V profesii zdravotníckeho záchranára majú obrovský význam informácie a zručnosti získané počas štúdia. Prvým výskumným predpokladom bola existencia vyššej informovanosti študentov o psychickej náročnosti povolania, a jej vplyvu na postoj k štúdiu. V rámci pripravenosti na psychicky náročnú profesiu sme sa zaujímali i o možnosti realizácie psychologických výcvikových kurzov, ktoré nie sú pre daný študijný odbor súčasťou univerzitného vzdelávania. Pre napredovanie v problematike bude do budúca potrebné pouvažovať nad zaradením i možnosti vzdelávania v predmetnej problematike. V oblasti starostlivosti duševného zdravia sú momentálne veľké zmeny, ktoré preferujú medzinárodné organizácie ako: WHO, NATO. Situácia sa mení vzhľadom na narastajúci tlak v jednotlivých profesiách. Young (2006) tvrdí, že študenti v záchranej zdravotnej službe zažívajú stres. Väčšine študentov spočiatku chýbajú obranné mechanizmy zvládania kritických momentov avšak prostredníctvom vzdelávania, môžu získať zručnosti zvládania účinkov stresu, a tým účinne bojovať s vplyvom stresu.

V súčasnosti povinnosti odborníkov v zdravotníctve tvoria veľkú záťaž, ktorá je spojená s pocitmi bezmocnosti, frustrácie, aj z nie vždy končiacim sa úspechom. Starostlivosť o seba a pocity pri zvládaní náplne záťaže je preto dôležitá. Reakcie sú ovplyvňované i vlastnými skúsenosťami (Juhásová, Belovičová, 2007). Potrebu a druh urgentnej starostlivosti možno len s ťažkosťou a určitosťou predpokladať, preto musí byť dostatok personálu a zdrojov na zabezpečenie pravdepodobných situácií. Vzdelanie musí byť rozsiahle, aby pripravilo špecialistov na zvládnutie širokého spektra situácií (Dobiáš, 2007). Druhým výskumným predpokladom bola existencia rozdielu v zvládaní stresu a záťaže medzi študentmi, ktorí absolvovali stredoškolské vzdelanie s humanitným alebo nehumanitným zameraním. Zisťovali sme porovnanie stratégií zvládania navrhnutých Amirkhanom, kde sme sa zamerali aj na posudzovanie vzhľadom na vzdelanie študentov. Pre porovnanie medzi humanitne vzdelanými a nehumanitne vzdelanými študentmi, na základe dosiahnutých hodnôt signifikancie, konštatujeme, že neexistuje štatisticky významný rozdiel vo využívaní Inštrumentálnej stratégie, stratégie Vyhľadávania sociálnej opory a stratégie Únikového správania. Stotožňujeme sa s názorom odborníkov, že výchova a výcvik profesionálov trvá roky, a preto je to v prospechu celej spoločnosti, aby kvalifikovaní pracovníci mohli svoje úlohy vykonávať čo najdlhšie. Psychologická starostlivosť o zamestnancov záchranných

služieb by mala byť ich nerozlučiteľnou zložkou (Šeblová, Kebza, Vignerová, Čepická, 2009). Ďalším predpokladom bola existencia rozdielu v psychickej pripravenosti u denných študentov v Bc. forme štúdia v odbore Urgentná zdravotná starostlivosť v jednotlivých ročníkoch štúdia. V bádani sme si zvolili pre sprehl'adnenie zistení dotazník CISM. Celkovo možno zhodnotiť, že 28,6 % študentov má prevahu negatívnych podvedomých zvládacích mechanizmov a ostatní majú adaptačné mechanizmy primerané. Rozdiel medzi jednotlivými ročníkmi v zvládaní stresu je štatisticky významný. Najlepšie zvládajú stres študenti 3. ročníka, potom 1. ročníka a nakoniec 2. ročníka. Dosiahnuté hodnoty v dotazníku CISM sme vypočítali zvlášť pre mužov a ženy. Konštatujeme, že medzi mužmi a ženami neexistuje štatisticky významný rozdiel v zvládaní stresu. Výstižné uvádza Šeblová (2004), že oboznámenie s rizikami profesie a vedomá práca k minimalizácii ich negatívneho pôsobenia môže pomôcť nielen niektorým pracovníkom, môže zabrániť i ich predčasnému odchodu z odboru a prispieť k vyššej úrovni poskytovanej starostlivosti. V štvrtom predpoklade nás zaujímalo to, že či väčšina študentov bude vedieť identifikovať záťaž a stres počas štúdia, vzhľadom k študijnému ročníku. že študenti považujú za najmenej stresujúcu prax. Vo všetkých ročníkoch štúdia sú študenti vedení na praxi v zdravotníckych zariadeniach pod odborným dohľadom pedagógov a mentorov. Z toho usudzujeme, že prax pôsobí na študentov menej stresujúco. Študenti majú pocit menšej zodpovednosti, keďže sú pod odborným dohľadom, preto môže pre nich prax pôsobiť oslobodzujúco a uvoľňujúco. Medzi študentmi existujú rozdiely medzi jednotlivými ročníkmi vo vnímaní stresujúcich a zaťažujúcich faktorov počas ich štúdia. Najvýznamnejší rozdiel bol pri hodnotení stresujúcich skúšok boli medzi študentmi 2. ročníka voči ostatným ročníkom. Študenti z UKF v najväčšom počte 54,4 % považujú za stresujúce a zaťažujúce faktory počas štúdia skúšky, potom určité predmety 18,9 %, prax 15,6 % a nakoniec 11,1 % uvádzalo odpoveď nič. Študenti na SZU majú podobný názor, tiež najviac odpovedí sa objavilo pri skúškach 44,7 %, potom určité predmety 23,4%, prax 19,1 % a nič nie je stresujúce a zaťažujúce u 12,8 %. Porovnanie vzhľadom na miesto univerzity, nebolo štatisticky významné, signifikancia bola nižšia ako 0,754. Štatisticky významné rozdiely boli prítomné iba na UKF, signifikancia bola 0,000. Preto konštatujeme, že medzi študentmi z UKF existujú rozdiely medzi jednotlivými ročníkmi vo vnímaní stresujúcich a zaťažujúcich faktorov počas ich štúdia. Súhlasíme s tvrdením odborníkov zo Slovenskej akadémie vied z Ústavu experimentálnej psychológie, že: v našich podmienkach v rámci praxe v zdravotníctve je príprava na zvýšenú profesijnú záťaž a

manažment stresu nedostačujúca (Gurňáková, Lukáčová, 2010). V poslednom predpoklade nás zaujímala existencia rozdielu v stratégiách zvládania stresu medzi študentmi vyšších a nižších ročníkov. V dotazníku CSI sme študentov taktiež porovnávali vzhľadom na ročník, ktorý študenti navštevujú. Z našich zistení konštatujeme, že medzi ročníkmi navzájom neexistujú štatisticky významné rozdiely vo využívaní stratégií. Z našich záveroch konštatujeme, že medzi dvojicami ročníkov neexistuje štatisticky významný rozdiel v miere využívania daných stratégií zvládania. Na základe hodnôt aritmetického priemeru sme mohli zhodnotiť, že študenti v najvyššej miere využívajú stratégiu únikového správania (AM = 22,30) a najmenej inštrumentálnu stratégiu (AM = 17,56). Pri porovnaní mužov sme neidentifikovali významné rozdiely. V našich zisteniach sme aplikovali i dotazník SVF 78. V prvom rade sme sledovali, aké copingové stratégie využívajú študenti. Konštatujeme, že najvyššie aritmetické priemery boli dosiahnuté v stratégiách: kontrola situácie, kontrola reakcií a pozitívna sebainstrukcia a najnižšie v únikovej tendencii, sebaobviňovaní a rezignácii. Konštatujeme, že štatisticky významné rozdiely sa objavili v prípade stratégie podhodnotenie (0,019) a v prípade stratégie kontrola situácie (0,030). Negatívne stratégie zvládania sme takisto komparovali v rámci jednotlivých ročníkov, zároveň konštatujeme, že neexistuje rozdiel v negatívnych stratégiách. Najviac využívanou stratégiou je pozitívna sebainstrukcia, kontrola situácie a kontrola reakcií. Najmenej často sú využívané úniková tendencia, rezignácia a sebaobviňovanie. Pozitívnejšie stratégie (AM = 14,29) sú vyberané častejšie ako negatívne (AM = 11,16), pričom rozdiel medzi nimi je štatisticky významný ($p = 0,000$). Konštatujeme, že v rámci pozitívnych stratégií je najvyužívanejšou stratégia kontroly, následne stratégia odklonu a nakoniec stratégia podhodnotenia a devalvácie viny. Štatistické porovnanie mužov a žien prostredníctvom T-testu pre dva nezávislé výbery vo všetkých 13-tich subškálach preukázalo štatisticky významný rozdiel len v subškále podhodnotenie ($p = 0,005$), pričom muži viac využívajú túto stratégiu ako ženy. Kirby (2011) uvádza, že účasť na potenciálne nebezpečných a traumatických udalostiach je typická pre zdravotníckych záchranárov. Pri skúmaní premenných, ktoré ovplyvňujú výsledky expozície, je problém s nedostatkom literatúry. Štúdie, ktoré boli realizované z ich výsledkov regresnej analýzy je zrejmé, že určité stratégie zvládania boli spájané s pozitívnymi a negatívnymi postraumatickými udalosťami. Prispieva to k chápaniu účinnosti stratégií zvládania záťaže v zdravotníckej profesii, pri traume; o následkoch a pre psychickú pohodu; taktiež vzdelávanie a podporné služby (Kirby, 2011). Kladné výsledky výskumu

poskytují významné podněty pre ďalšie smerovanie vzdelávania i výskumu v predmetnej problematike.

Záver

Prvotné myšlienky starostlivosti o psychosociálnu podporu patria pacientom. Pacient celkom presne nevie, čo sa s ním deje v stresovej situácii, preto očakáva od záchranára, že mu všetko starostlivo vysvetlí. Ako to môže záchranár urobiť, ak nie je prívetivý ani sám k sebe. Preto je dôležité, aby pochopil záchranár sám seba, svoje vlastné ja. Najskôr záchranári musia vedieť pomôcť sami sebe a potom sa môžu učiť pomáhať druhým, nielen zo stránky fyzickej, ale i zo strany psychickej (Buriánková, Ryba, 2009). Zdravotnícki záchranári sú denno-denne vystavovaní ľudskému utrpeniu, bolesti, násiliu i smrti. I keď sú si vedomí rizík vyplývajúcich už z ich práce, väčšina z nich ju vykonáva s plným nasadením a vysokou profesionalitou (Rapčíková, 2007). „*Lekár a záchranár chápaní zmeny budúcnosti má šancu stať sa nenahraditeľným, váženým, žiadaným a oceňovaným odborníkom*“ (Dobiáš, 2009, s. 230). V podmienkach SR sa problému zatiaľ nevenuje pozornosť, aká by bola potrebná. Pokrok v oblasti vzdelávania je jednou z požiadaviek profesionálneho rastu odboru. Psychicky vyrovnaný a vedomostne zdatný odborník môže v mimoriadnych udalostiach a momentoch plnohodnotne prežívať profesijný život. Ako uvádzajú autori Ilievová, Beko, Dobšovič, (2009), že lekárska veda v poslednom období čoraz viac zdôrazňuje priamu úmeru a navzájom sa prepája s psychickým a fyzickým zdravím. Hlaváčkovej a Jansu (2003), definujú, že moderná urgentná medicína musí podobne ako ostatné medicínske odbory rešpektovať holistický prístup k pacientovi a akceptovať populačný prístup pri zdravotnej starostlivosti pre komunitu. Koordinácia aktivít a možností v spolupráci s poskytovateľmi psycho-sociálnych služieb obetiam mimoriadnych udalostí je jednou z mnohých povinností krízového manažmentu záchranej zdravotnej služby, ktoré sú jednou z podmienok obsahu Listiny ľudských práv a slobôd.

Literatúra

1. AMIRKHAN, JAMES H., 1991. Criterion Validity od a Coping Measure. *Journal of Personality Assessment*, 62 (2), 241-261, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
2. BURIÁNKOVÁ, H. - RYBA, A. 2009. Systém „Psychosociální intervenční služby - PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12, č. 2, s. 35-37.

3. DOBIÁŠ, V. 2007. Manifest urgentnej medicíny v Európe. In: DOBIÁŠ, V. a kol. *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin : Osveta, 2007. s. 17-18. ISBN 978-80-8063-255-7.
4. DOBIÁŠ, V. 2009. Záchranári a budúcnosť: kto z koho? In: HANULA, M. – MURGAŠ, D. – CSOMOR, D. *Vybrané kapitoly z urgentnej medicíny*. Nitra : Inštitút zdravotníckeho vzdelávania, s.r.o., 2009. s. 226-231. ISBN 978-80-970205-8-3.
5. GURŇÁKOVÁ, J. - BEŇUŠKOVÁ, A. 2009. Vybrané zdroje, prejavy a stratégie zvládania stresu operátorov OSZZS. Poster prezentovaný na konferencii *Psychosociálne aspekty pri zásahu záchranných zložiek*, 14.10. 2009, Hradec Králové.
6. GURŇÁKOVÁ, J. - LUKÁČOVÁ, K. 2010. Stratégie zvládania záťaže u zdravotníckych profesionálov. Zborník príspevkov Stredoeurópskeho kongresu Urgentnej medicíny a medicíny katastrof, XIV. Kongres Záchrana 2010, 15. – 17. apríl 2010, Senec.
7. HLAVÁČKOVÁ, D., JANSA, P. 2003. Psychosociální pomoc a výzkum její potřebnosti v oblastech postižených záplavami. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2003, roč. 6, č. 3, s. 34-36.
8. ILIEVOVÁ, Ľ. - BEKO, L. - DOBŠOVIČ, Ľ. 2009. Humanistická psychológia v práci sestry. In: *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, roč. VIII., č.3-4, s. 46-47.
9. JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. 2003. Stratégie zvládania stresu –SVT 78. Praha : Testecentrum.
10. JUHÁSOVÁ, A. - BELOVIČOVÁ, Z. 2007. Klinická psychológia. In: VEREŠOVÁ, M. a kol. *Psychológia*. Martin : Osveta, 2007. s. 159- 166. ISBN 80-8063-239-1.
11. MITCHELL, J.T. - EVERLY, G.S., 2003. Critical Incident Stress Management (CISM). Basic Group Crisis Intervention 3rd Edition revised, In: International Critical Incident Stress Foundation (ICISF), Inc., Maryland : USA, 2003. s. 44 - 43 – preklad Šeblová J., 2004.
12. RAPČÍKOVÁ, T. 2007. Etický rozmer práce zdravotníckeho záchranára. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2007, roč. 10, č. 2, s. 26-30.
13. SARMÁNY SCHULLER, I. 1992. Indikátor stratégií zvládania. In: PROKOPČÁKOVÁ, A., RUISEL, I. (editori). *Praktická inteligencia II. Vybrané metodiky*. Ústav experimentálnej psychológie SAV, 1992. s. 44-51. ISBN 80-901396-3-9.
14. ŠEBLOVÁ, J. 2004. Critical Incident Stress Mangment. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2004, roč. 7, č. 1, s. 37-38.
15. ŠEBLOVÁ, J. 2004. Víme o sobě? Konference „Psychosociální pomoc v situacích mimořádných událostí.“ In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2004, roč. 7, č. 3, s. 28–30.
16. ŠEBLOVÁ, J. - KEBZA, V. – VIGNEROVÁ, J. - ČEPICKÁ, B. 2009. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12, č. 2, s. 23-24.

17. VARGOVÁ, A. 2007. Posttraumatická stresová porucha, syndróm profesionálneho vyhorenia, profesionálne riziko. In: DOBIÁŠ, V. a kol. Prednemocničná urgentná medicína. Martin : Osveta, 2007. s. 228-234. ISBN 978-80-8063-255-7.
18. VLÁŠKOVÁ, L. - KOLÁŘOVÁ, V. 2009. Psychologická metóda „debriefing“ a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye - Rejvíz 2009. In: *Urgentní medicína*. ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12, č. 2, s. 23-25.
19. YOUNG, R. 2006. EMS Stress and Paramedic Students. Mr. Robin Young – Professor. Paramedic Program at Humber Institute of Technology and Advanced Learning. [online]. 2006, [cit. 2012-04-04]. Dostupné na internete: <www.tema.ca/Acute_5.pd>.
20. WEINER .E. – IRWIN, M. – TRANGENSTEIN, P. – GORDON J. 2005. Emergency preparedness Curriculum in Nursing Schols in the United States. In: *Nursing Education Perspectives*. Nov/Dec 2005, vol. 26, issue 6, p. 334-339, 6 p.

Kontaktná adresa

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra ošetrovateľstva
Trnava
Email: andrea.bratova@truni.sk

VYUŽITÍ REFLEKTIVNÍ PRAXE VE VYSOKOŠKOLSKÉ VÝUCE OŠETŘOVATELSTVÍ: PŘÍLEŽITOSTI A ÚSKALÍ

Zdeňka Knechtová

Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství
studentka DSP Pedagogika na FF UK

Souhrn:

Cílem příspěvku informovat o přínosech a úskalích reflektivní praxe využívané v pregraduální přípravě studentů ošetřovatelství. První část je věnována úvodu do problematiky reflektivní praxe. V druhé části diskutovány pozitivní a negativní stránky reflektivní praxe v ošetřovatelském vzdělávání.

Klíčová slova:

reflektivní praxe, reflexe, ošetřovatelství, vzdělávání sester

APPLICATION OF REFLECTIVE PRACTICE IN HIGHER NURSING EDUCATION: OPPORTUNITIES AND CONSTRAINTS

Summary:

The paper deals with opportunities and constraints of reflective practice in higher nursing education. In the first part basic principles of reflective practice are defined and introduced. The second part of the paper acquaints with opportunities and constraints of reflective practice in nursing education.

Key words:

reflection, reflective practice, nursing, nursing education

Úvod:

Modernizace medicíny a ošetřovatelství vede k nutnosti neustále revidovat cíle a obsahy ošetřovatelského vzdělávání a s nimi související výukové postupy. Jedním z moderních výukových přístupů je reflektivní praxe, která je od 80. let 20. století v některých zemích implementována do ošetřovatelského kurikula (např. Austrálie, Velká Británie, Irsko), případně je využívána při výuce klinické praxe. V posledních letech se začíná reflektivní praxe etablovat také u nás. Cílem sdělení je informovat o příležitostech využití

reflexivní praxe ve vysokoškolské výuce ošetřovatelství a zároveň popsat související problémy a úskalí.

Vlastní text:

Jednoznačné vymezení pojmu reflexe a reflexivní praxe je vzhledem k množství existujících definic obtížné. Pro potřeby tohoto textu vycházíme z definice reflexe dle Korthagena a kol. (2011, s. 80): „Reflexe je mentální proces usilující o strukturování nebo restrukturování určité zkušenosti, problému, nebo existujících znalostí či vhlédů.“ Reflexe umožňuje sestřám v klinické praxi řešit jejich každodenní problematické situace prostřednictvím vědomých myšlenkových procesů. Reflexivní praxi pak chápeme jako institucionální nastavení učebního prostředí podporujícího záměrný proces zpětného ohlednutí a přemýšlení o klinické situaci, který vede k hlubšímu vhledu do této situace a následné změně v praxi (srov. Asselin, Schwartz-Barcott, Osterman, 2013, s. 905). Dle Slavíka (2004) by mělo vzdělávání v obecné rovině směřovat k přípravě „reflexivního praktika“, neboli pracovníka, který dokáže kriticky sledovat a zdůvodněně posuzovat svoji činnost vzhledem k záměrům, které v ní sleduje.

Gustafsson, Asp a Fagerberg (2007, s. 156) uvádí, že úspěšnost reflexivní praxe souvisí se schopností sebereflexe. Schopnost reflektovat je chápána jako naučitelná dovednost, která musí být vědomě rozvíjena v průběhu celého profesního života (Bulman, Schutz, 2012, s. 25). Implementace reflexivní praxe ve vysokoškolské výuce ošetřovatelství je metodicky náročnou záležitostí. V průběhu studia ošetřovatelství by měly být v rámci reflexivní praxe využívány reflexivní techniky vedoucí ke zpětnému hodnocení různých situací. Konkrétně se jedná o reflexivní studentské kontrakty, kritické analýzy situací, reflexivní eseje, studentské deníky, studentská portfolia, medailonky a psaní příběhů. Ke skupinové reflexi jsou pak využívány videonahrávky, kazuistiky, ohniskové skupiny aj. Vzhledem k uvedenému je nezbytné, aby vzdělavatelé studentů ošetřovatelství (akademičtí pracovníci i mentoři klinické praxe) disponovali reflexivními znalostmi a dovednostmi získanými studiem teoretických pramenů, příp. absolvováním prakticky zaměřených přípravných kurzů.

Obecně se předpokládá, že reflexivní praxe přispívá k nastolení podporujícího klinického prostředí, které vede ke zkvalitnění procesů vyučování a učení v ošetřovatelství (srov. např. English National Board for Nursing..., 2001). V následující

části textu shrnujeme pozitivní stránky, příležitosti a přínosy reflektivní praxe v sesterském vzdělávání. Vycházíme přitom ze syntézy převážně zahraničních pramenů.

Jedná se o:

- Rozvoj a podpora kritického myšlení a sebereflexe – sestry zpětně hodnotí svou práci a mohou zvažovat možná budoucí zlepšení a alternativní postupy řešení negativně vnímaných profesních situací (Gustafsson, Fagerberg, 2004, s. 278)
- Rozvoj profesní autonomie sester – v rámci profesní dráhy si sestry doplňují nové informace, sebevzdělávají se a následně reflektují praktické situace vyvstávající v každodenní klinické praxi.
- Příležitost hlouběji promýšlet a zdůvodňovat přístup, pojetí, hodnoty a individuální přístupy k praktikování ošetřovatelství.
- Utváření a rozvíjení explicitních nebo implicitních (tacitních) oborově specifických znalostí.
- Zlepšování a hodnocení kvality ošetřovatelské péče. Reflektivní praxe může být využívána jako nástroj systémového plánování, neboť usnadňuje postupné pronikání do podstaty vykonávání sesterské profese (Eriksson, 1997, s. 8–13).
- Využívání reflektivního psaní ve výuce ošetřovatelství podporuje rozvoj efektivní empatické interakce s pacienty (DasGupta, Charon, 2004, s. 35)
- Usnadnění propojení teoretických znalostí získaných v akademickém prostředí s praktickými postupy často rutinně prováděnými v klinickém prostředí (Hatlevik, 2011, s. 876).
- Rozvoj schopnosti hodnotit klinický stav pacientů a dělat následná rozhodnutí (Mantzoukas, Jasper 2004, s. 930).
- Rozvoj a podpora praxe založené na důkazech, od které se kvalita poskytované ošetřovatelské péče bezprostředně odvíjí. Reflexe je využívána jako nástroj pro získávání platných vědecky podložených důkazů pro praxi (Mantzoukas, 2008, s. 214).

V odborné literatuře se můžeme setkat také s kritikou reflektivní praxe ve výuce ošetřovatelství. Nejčastěji jsou kritizovány následující skutečnosti:

- Degradace reflexe klinické praxe na samotnou dovednost reflektovat, ovšem bez propojení teoretických znalostí získaných ve výuce s problémy řešenými v praxi.⁹
- Problémy spojené s hodnocením reflektivních dovedností, absence spolehlivého hodnotícího nástroje reflexe.
- Nedostatečné vzdělání a nízké zkušenosti vzdělavatelů sester v oblasti práce s reflektivními technikami a reflexí (Bulman, Shutz, 2012, s. 59–64).
- Neexistují jednoznačné důkazy potvrzující pozitivní vliv reflektivní praxe na propojování teoretického a praktického vědění.
- Není jasné, nakolik se schopnost reflektovat a reflektivní praxe promítají do reálné kvality ošetrovatelské péče.
- Ukazuje se, že schopnost sester reflektovat neznamena, že se reflektované skutečnosti projeví přímo v jejich jednání (srov. Gustafsson, Asp a Fagerberg, 2007, s. 155).
- Časová náročnost přípravy výukového prostředí podporujícího reflexi.
- Není věnována dostatečná pozornost tomu, jak jsou studenti připravováni na reflektivní učení a jak byli jejich vzdělavatelé připravováni na práci s reflektivním kurikulem (Bulman, Schutz, 2012, s. 9–11).
- Celý proces reflexe může být degradován na „vyprávění příběhů“, neboť sestry zaznamenávají své myšlenky a pocity, bez kritické analýzy proběhlých situací (Bulman a Schutz, 2012, s. 14).
- Nejasně stanovené cíle, kterých mají studenti dosáhnout ve vztahu k jejich hodnocení. Hodnocení je často zaměřeno jednostranně buď na proces reflexe, nebo na výsledky.

Závěr:

V předloženém textu jsme se pokusili o vymezení reflexe a reflektivní praxe a současně jsme představili potenciál a bariéry jejich implementace do ošetrovatelského vzdělávání v Česku. Za největší pozitiva jsou v souvislosti s reflektivní praxí považovány: rozvoj

⁹ Snahy o překonání tohoto problému jsou častým argumentem pro realizaci reformy systému vzdělávání sester. Tyto reformy vycházejí z požadavku většího provázání vzdělávacího obsahu teoretických předmětů s praktickou výukou. Váha teoretických a praktických znalostí je v odborné literatuře často diskutována. Zatímco např. Walker a Holmes (2008, s. 115) uvádějí, že kvalitu poskytované ošetrovatelské péče zvyšují zejména teoretické znalosti sester, jiní autoři upřednostňují spíše praktické znalosti (např. Barrett, 2007, s. 367).

kritického myšlení, sebereflexe a kolegiální podpora ze strany vzdělavatelů, mentorů klinické praxe i ostatních zdravotnických pracovníků. Přes deklarované přínosy implementace reflektivní praxe do vzdělávání sester jsme poukázali také na sporné oblasti reflektivní praxe, jako např. problémy s hodnocením reflexe, nedostatečný důraz na rozvíjení odborných znalostí a nízké zkušenosti vzdělavatelů sester v oblasti práce s reflektivními technikami.

Literatura:

1. ASSELIN, M., E.; SCHWARTZ BARCOTT, D.; OSTERMAN, P., A. (2013) Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: a qualitative study. In *Journal of Advanced Nursing*, 2013, roč. 69, č. 4, s. 905-914. ISSN 1365-2648
2. BARRETT, D. (2007) The clinical role of nurse lecturers: past, present, and future. In *Nurse Education Today*, 2007, roč. 27, č. 5, s. 367-374. ISSN 0260-6917
3. BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (2012) *Reflective Practice in Nursing*. 4. vyd. United Kingdom: Blackwell Publishing, 2012, 248 s. ISBN 13: 978-1-4051-7360-5.
4. DASGUPTA, S.; CHARON, R. (2004) Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. In *Academic Medicine*, 2004, roč. 79, č. 4, s. 351-356. ISSN 1040-2446
5. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting and Department of Health (2001). [cit. 2014-10-02]. Dostupné na internetu http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009511
6. ERIKSSON, K. (1996) Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. In *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1996, roč. 3, č. 1, s. 8-13. ISSN 1523-6064
7. GUSTAFSSON, CH.; ASP, M.; FAGERBERG, I. (2007) Reflective practice in nursing care: Embedded assumptions in qualitative studies. In *International Journal of Nursing Practice*, 2007, roč. 13, č. 3, s. 151-160. ISSN 1440-172x
8. KORTHAGEN, F.; KESSELS, J.; KOSTER, B. (2012). *Jak spojit praxi s teorií: Didaktika realistického vzdělávání učitelů*. 1. vyd. Brno: Paido, 2012, s. 293. ISBN 978-8073152215
9. MANTZOUKAS, S. (2008) A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. In *Journal of Clinical Nursing*, 2008, roč. 17, č. 2, s. 214-223. ISSN 1365-2702
10. MANTZOUKAS, S.; JASPER, M. A. (2004) Reflective practice and daily ward reality: a covert power game. In *Journal of Clinical Nursing*, 2004, roč. 13, č. 8, s. 925-933. ISSN 1365-2702
11. WALKER, K.; HOLMES, C. (2008) The 'order of things': Tracing a history of the present through a re-reading of the past in nursing education. In *Contemporary Nurse*, 2008, roč. 30, č. 2, s. 106-118. ISSN 1037-6178
12. HATLEVIK, I. K. R. (2012) The theory-practice relationship: Reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. In *Journal of Advanced Nursing*, 2012, roč. 68, č. 4, s. 868-877. ISSN 1365-2678

Kontaktní adresa:

Mgr. Zdeňka Knechtová
Lékařská fakulta Masarykovy univerzity
Katedra ošetřovatelství
Kamenice 5
625 00 Brno
Email: dobesova@med.muni.cz

MULTIMEDIÁLNÁ E-UČEBNICA AKO SÚČASŤ VZDELÁVANIA SESTIER

¹Jozefína Mesárošová, ²Edita Hlinková, ³Jana Cuperová

¹Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra

²Jeséniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského Bratislava

³Fakulta zdravotníctva, Prešovská univerzita v Prešove

Súhrn:

S nástupom počítačov a rozvojom ich využívania vo vzdelávaní sa stále viac stretávame s pojmom multimediálna učebná pomôcka. Tento typ učebných pomôcok obsahuje informácie vyjadrené formami, ktoré účinne pôsobia na zmysly učiaceho sa jedinca, súčasne na viac zmyslových receptorov v jednom okamžiku a tým sa stávajú vhodným doplnujúcim nástrojom učenia. Elektronická učebnica samostatne, ale aj ako súčasť e-learningového vzdelávania je takýmto moderným didaktickým prostriedkom, ktorý je schopný v pre- aj postgraduálnom vzdelávaní sestier zabezpečiť získavanie poznatkov, založený na princípe EBM (Evidence Based Medicine) aj EBN (Evidence Based Nursing).

Kľúčové slová:

multimediálne pomôcky; elektronická učebnica; e-learning; ošetrovateľské vzdelávanie

MULTIMEDIA ELECTRONIC TEXTBOOK AS PART OF EDUCATION OF NURSES

Summary:

With the onset of computers and the development of their use in education are increasingly faced with the term multimedia education tools. This type of education tools contain information expressed in forms that are effective for the senses to individual learners, simultaneously on more sensory receptors at one time and thus be a suitable complementary tool of learning. Electronic textbook separately, but as part of e-learning is such a modern teaching facilities, which is capable of pre-and postgraduate education of nurses to provide tuition based on the principle of EBM (Evidence Based Medicine) and EBN (Evidence Based Nursing).

Keywords:

multimedia tools; electronic textbook; e-learning; nursing education

Úvod

Moderné školstvo a veda sa dnes viac ako kedykoľvek predtým opiera o moderné technológie. Digitálna gramotnosť, rozvoj zručností a dostupnosť moderných technológií je jednou z priorit Digitálnej agendy Európskej únie. Tempo inovácií v oblasti IKT vytvára vysoký tlak na aktuálnosť používaných učebných textov, informácií a technológií. V záujme digitalizácie rezortu školstva v SR do roku 2020 si v oblasti vzdelávania uvedomujeme, ako uvádza „Konceptia informatizácie digitalizácie oblasti školstva do roku 2020“, že je potrebné rozvíjať 5 strategických oblastí, z ktorých jednou je aj tvorba digitálneho vzdelávacieho obsahu.

V oblasti vysokého školstva je základným cieľom podpora tvorby digitálneho vzdelávacieho obsahu (tzv. e-learning, elektronické učebnice), vrátane zadefinovania pravidiel dištančného vzdelávania. Vytvorenie databázy digitálnych vzdelávacích programov tak podporí zvyšovanie kvality vzdelávania na vysokých školách, vrátane celoživotného vzdelávania (Digipédia 2020, 2014). V rámci odboru Ošetrovatelstvo v podmienkach slovenského zdravotníckeho vysokého školstva nevynímajúc vzdelávanie v oblasti špecializačných a certifikačných vzdelávacích programov.

Vlastný text

1. Pohľad na potrebu tvorby e-učebnice v prostredí pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania v zdravotníctve

Súčasná doba priniesla potrebu informatizácie a s ňou implementáciu elektronického vzdelávania na vysokých školách na Slovensku, ktoré je súčasťou implementácie už spomínanej „Konceptie informatizácie a digitalizácie rezortu školstva s výhľadom do roku 2020“, predovšetkým prostredníctvom e-learnigového prístupu k výučbe. Ďalším, neoddeliteľným krokom tohto procesu je postupná digitalizácia vzdelávacieho obsahu, ktorej cieľom je umožniť prístup k poznatkom aj po ukončení prístupu do e-kurzov v rámci štúdia predmetu, resp. ukončení vysokoškolského štúdia.

V dobe informačných technológií, využívania internetu sa do popredia dostávajú elektronické učebnice. Sú prepojené so vzdelávacou oblasťou – študijným programom, s obsahovým a výkonovým štandardom jednotlivých predmetov a umožňujú

vzdelávajúcim sa rozvíjať kľúčové kompetencie, spôsobilosti a zručnosti, ktoré si majú študujúci osvojiť.

Cieľom je tiež dosiahnuť jednoduchý prístup k zdrojom a službám nezávisle na mieste a čase, t. j. aj s využitím mobilnej a bezdrôtovej komunikácie. Prepojenosť jednotlivých informačných systémov odstráni duplicitnosť procesov a zberu údajov a zjednoduší ich používanie z pohľadu interných či externých užívateľov.

Elektronické učebnice predstavujú učebnice spracované v elektronickej podobe, ktoré možno charakterizovať ako „ucelený súbor výučbových dát, slúžiacich k vyučovaniu.“

Ich skladba by mala vychádzať z koncipovania výkladovej časti a časti dynamickej. Výkladová časť sa v mnohých znakoch zhoduje s prípadnými printovými učebnými materiálmi (vysokoškolské učebnice, skriptá) a umožňuje efektívnu prácu s textom a obrazovým materiálom (obrázky, fotografie, ilustrácie). Pre interaktívnu výučbu je podstatná časť dynamická, ktorá má zahrňovať systém multimédií, ako sú videosekvencie, 2D a 3D animácie, zvukové nahrávky, odkazy na webové stránky, prepojenie so slovníkmi, prípadne ďalšími e-učebnicami (Interaktívni učebnice, 2014).

Nová generácia interaktívnych, resp. multimediálnych učebníc učiteľovi i študentom umožňuje zavesiť vlastné výučbové materiály (dokumenty, poznámky, audio, video, fotografie, webové odkazy apod.) priamo do obsahu učebnice, prípadne zvýrazňovať texty v e-učebnici pri vzdelávaní a práci s textom, vrátiť sa k učivu a pod. a priebežne s nimi pracovať.

V tomto kontexte sa koncipuje v myslení učiteľa trvalá udržateľnosť a prístupnosť elektronických materiálov pre ďalšie, resp. celoživotné vzdelávanie, akým v ošetrovateľskom vzdelávaní v našich podmienkach je špecializačné a certifikačné štúdium.

2. Projekt KEGA Multimediálna e- učebnica Ošetrovateľské postupy špeciálnej chirurgii

Predstavou autoriek multimediálnej e-učebnice, zastúpených z vysokoškolských vzdelávacích inštitúcií, podporujúcich pregraduálne, aj celoživotné vzdelávanie sestier v oblasti špecializačného vzdelávania je vytvorenie učebnice, podporujúcej implementáciu a doplnenie nových poznatkov v oblasti špeciálnej chirurgie a chirurgického ošetrovateľstva do vzdelávacieho procesu prostredníctvom moderných prístupov informačných a komunikačných technológií.

Predpoklad využitia učebnice je nielen v oblasti pregraduálneho, ale aj postgraduálneho vzdelávania, aj s možnosťou implementácie podpory princípov EBP (Evidence Based Practice) a EBN (Evidence Based Nursing) v dobe, keď z hľadiska práv pacienta a akceptácie jeho voľby nie vždy je možné poskytnúť zážitkové vzdelávanie v praktických podmienkach pri vybraných náročných diagnostických a terapeutických postupoch.

E-učebnica bude využívať prostredie portálu MEFANET Jeseniovej lekárskej fakulty UK a exportovaná do centrálnej brány projektu MEFANET, čím sa umožní sprístupnenie pre užívateľov z celého územia SR a blízkeho zahraničia. Predpokladá sa skúsenosť užívateľa (študenta, absolventa, odborníkov z praxe – sestier, či iných zdravotníckych pracovníkov) s prácou s prostriedkami IKT – tablet, počítač, čo predpokladáme, že patrí ku gramotnosti každého študenta, vysokoškolsky vzdelaného odborníka v zdravotníctve.

Pre virtuálne prostredie použité pre tvorbu, distribúciu a administráciu učebnice autori projektu bol vybraný softvérový balík Learning Management System, ktorý prevádzkujú univerzitné serveri všetkých spolupracujúcich inštitúcií.

Záver

Proces vzdelávania prostredníctvom E-learningu, či iných prístupov virtuálneho prostredia typu e-učebníc zvyšuje motiváciu vzdelávajúceho sa, vedie k samostatnej, projektovej práci, zapája okolie do spolupráce, hľadá súvislosti medzi rôznymi poznatkami a predmetmi (Kočíková, 2007). Pre vzdelávajúcich v zdravotníckych odboroch je prostredím, ktoré ho posúva stále dopredu, núti ho byť v kontakte s praxou odbornou i praxou v oblasti novín IKT.

Literatúra

Cuperová, J., Hlinková, E., Mesárošová, J. Teoretické východiská tvorby multimediálnej učebnice Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii. In *Vplyv vzdelávania a výskumu v nelekárskych odboroch na kvalitu zdravotnej starostlivosti, Zborník z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*, Prešov, 2013, s. 39 - 45. ISBN 978-80-555-0893-1.

Gavora, Peter a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava : Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na internete: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/>. ISBN 978-80-223-2951-4.

Digipédia 2020. Konceptia informatizácie rezortu školstva s výhľadom do roku 2020. [online]. [cit. 2014-07-04]. Dostupné na internete: <http://www.minedu.sk/data/att/4796.pdf>

Interaktivní učebnice (elektronická učebnice) [online]. [cit. 2014-07-04]. Dostupné na internete: <http://ucebnice.fraus.cz/i-ucebnice/>

Hlinková, E., Nemcová, J., Ježová, Ľ. *Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii. Multimedia e-textbook Special procedures in surgical nursing*. 2013.[online]. Brno, Mefanet 2013. [cit. 2014-08-14]. Dostupné na internete: <http://www.mefanet.cz/res/file/mefanet2013/lecture/hlinkova.pdf>

Kočíková, E., *LMS systém a e-Learning vo vzdelávaní*, 2007. [online]. [cit. 2014-07-20]. Dostupné na internete: http://www.mpctn.sk/konferencia/prispevky/Kocikova/LMS_system_a_elearning_vo_vzdelavani.doc

Tento príspevok je podporený projektom KEGA MŠVVaŠ č 050UK-4/2013. - Multimediálna e- učebnica Ošetrovateľské postupy špeciálnej chirurgii.

Kontaktná adresa

PhDr. Jozefína Mesárošová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva FSVaZ UKF
Kraskova 1
94974 Nitra
Slovenská republika
e-mail: jmesarosova@ukf.sk

NAŠE ZKUŠENOSTI S VYUŽITÍM E-LEARNINGU VE VÝUCE (V OŠETŘOVATELSTVÍ V AKUTNÍ A INTENZIVNÍ PÉČI)

Jana Haluzíková

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

Souhrn:

Autorka v příspěvku analyzuje zkušenosti s využitím e-learningu v předmětech zaměřených na ošetřování nemocných v akutních a kritických stavech.

Klíčová slova:

akutní, resuscitační, intenzivní péče, učební výstupy, hodnocení, moduly, kritické myšlení

OUR EXPERIENCES WITH E-LEARNING USAGE IN EDUCATION (IN ACUTE AND INTENSIVE NURSING)

Summary:

The author of the article analyses experience with the implementation of e-learning in courses aimed at acute care and critical care nursing.

Key words:

Acute, resuscitation, intensive care, learning outcomes, assessment, module, critical thinking.

Úvod

Akutní, resuscitační a intenzivní péče je oblast, která se zaměřuje na maximální péči na kriticky nebo nestabilní nemocné. Sestry, které pracují v této oblasti, musí znát širokou škálu technologií a její využití v prostředí intenzivní péče. Tato technologie zahrnuje monitorování hemodynamických a srdečních parametrů, sledování nemocného na umělé plicní ventilaci, kontinuální náhrady funkce ledvin a mnoho dalších pokročilých zařízení pro podporu základních životních funkcí. Současná intenzivní péče se specializuje podle oborů na základě onemocnění nebo primárního poranění např. intenzivní péče kardiochirurgická, metabolická, neurochirurgická, transplantační, traumatologická, koronární jednotky aj. Léčebná a ošetřovatelská péče se liší dle věkové kategorie.

Bakalářský studijní program v oboru Všeobecná sestra připravuje studentky k poskytování erudované ošetrovatelské péče napříč všemi medicínskými obory a specializacemi v základní rovině.

Práce na akutním pracovišti je specifická a sestry, které zde pracují musí absolvovat specializační studium v oblasti intenzivní péče, kdy po jeho absolvování získají specializovanou způsobilost anebo mohou pokračovat ve studiu v navazujícím magisterském programu se zaměřením na intenzivní péči.

Základní znalosti z oboru akutní a intenzivní péči ve studijním programu Všeobecná sestra získá studující v předmětech Ošetrovatelské postupy 3 (se zaměřením na zvládnutí ošetrovatelských intervencí v akutní a intenzivní péči. Na tento předmět navazuje ve třetím ročníku předmět Ošetrovatelská péče u akutních a kritických stavů. Po absolvování teoretické části navazuje odborná praxe v rozsahu 3 týdnů. Dva týdny absolvují studenti na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a 1 týden na jednotce intenzivní péče.

V průběhu výuky se studenti seznamují s klinickými stavy, které mohou bezprostředně ohrozit život člověka a s nimiž se zdravotníci setkávají ve všech oblastech zdravotnické péče. S léčbou, specifickými život zachraňujícími postupy a adekvátní ošetrovatelskou (komplikacím předcházející) péčí o pacienty na odděleních akutního příjmu, resuscitace a intenzivní péče.

V současné době se zvyšují nároky na aktivitu studenta při studiu a rozvíjení jeho samostatnosti. Na podporu výuky výše uvedených předmětů byly napsány tři studijní opory a vytvořeny on line kurzy (Ošetrovatelské postupy 3, Ošetrovatelství v hemodialýze a Ošetrovatelství u akutních a kritických stavů). Jedná se o zcela nový typ vzdělávacích aktivit, které vede studující k větší míře samostatnosti, podporují využívání multimediálních opor a zapojení kritického myšlení. Příprava e-learningového kurzu je mnohem složitější a náročnější (Pokorná, 2006). E-learning v sobě zahrnuje řadu dílčích aktivit, které mohou být propojené do uceleného systému, ale také nemusejí. Při sestavování kurzu byly respektovány didaktické zásady, formulace specifických cílů, kdy byla použita Bloomova taxonomie s využitím aktivních sloves. Při přípravě struktury kurzu a obsahu jednotlivých částí byly respektovány požadavky na tvorbu e-

learningových textů, které byly rozděleny na kapitoly. Každá z nich má návod jak pracovat, část vysvětlujícího textu s grafickými prvky, řeší kazuistiky, úkoly a každá kapitola je ukončena testem a seznamem doporučené studijní literatury. Na konci studijní opory je závěrečný test. Testy vyplňuje studující on line. V průběhu on line kurzu plní student úkoly a dostává zpětnou vazbu, zda stanovené učivo zvládl a může postupovat dál. Na závěr vyplní test. Po jeho zvládnutí se může přihlásit k zápočtu.

Při hodnocení se pedagog zaměřuje na to zda bylo či nebylo dosaženo stanoveného učebního výstupu a zda bylo dosaženo učebního cíle tematického celku. Pedagog i studující dostávají tak zpětnou vazbu, zda student zvládl stanovený cíl anebo bude muset vyvinout úsilí k jeho dosažení. Pro pedagoga je to informace jakým způsobem pomoci studentovi k dosažení cíle. Pedagog má celou řadu nástrojů jakým způsobem může aktivizovat a motivovat studenta a vést jej ke kritickému myšlení. Kritické myšlení patří mezi kognitivní dovednosti, které spolu s interpersonálními a technickými dovednostmi jsou potřebné k realizaci ošetřovatelských činností. Kritické myšlení je cílevědomé, orientované na výsledek. Vyžaduje vědomosti, dovednosti a zkušenosti (Zeleníková, 2006). Jeho rozvoj je nesmírně důležitý. Jednou z možností je i využití simulačního a centra a modelů, které slouží nejen k nácviku praktických dovedností, ale i k rozvoji kritického myšlení. Na našem pracovišti používáme patientský simulátor HAL S3000 je to kompletně vybavený a bezdrátový model. Tento model pomůže studentovi aplikovat teoretické poznatky, které získal ve výuce do praktických zkušeností. Model je multifunkční a ve zkratce jsou uvedeny některé jeho funkce. Můžeme provádět nasotracheální a orotracheální intubaci. Intubaci může být složitější, pokud nastavíme otok hltanu, laryngospasmus a otok jazyka. Součástí je i praktické procvičení toalety dýchacích cest. Můžeme kontrolovat počet dechů, plicní ozvy, lze naprogramovat normální dýchání, patologické typy dýchání např. Kussmaulovo, Biotovo, sípavé dýchání, pískání při nádechu, praskavé zvuky a šelesty aj. Pro sledování srdeční činnosti můžeme sledovat tepovou frekvenci, navolit různé poruchy srdečního rytmu. Lze monitorovat krevní tlak, tělesnou teplotu. Simulátor má končetiny určené pro aplikaci bolusu, intravenózních infuzí a odebírání tekutin. Dále můžeme navolit reakci zornic na osvit, jejich velikost apod. Jednou z výhod je využití přednastavených scénářů. Další scénáře si může nastavit pedagog. Při práci se simulátorem dostává student zpětnou vazbu o správnosti svého postupu. Péče o kriticky nemocné vyžaduje dokonalé znalosti a dovednosti sester. V rámci pedagogického procesu je potřeba stanovit cíl-učební

výstupy a kompetence. Jak již bylo řečeno v úvodu cílem je získat základní orientaci v oboru. K úkolům pedagoga patří motivace studenta, důraz je kladen na jeho aktivitu.

Závěr

Student získá základní přehled teoretických vědomostí o ošetřovatelských technikách a postupech v akutní a intenzivní péči. Dále je schopen prakticky provést základní ošetřovatelské techniky a postupy v souladu s nejnovějšími požadavky. Moderní technologie umožňují současně interaktivní učení a aktivní účast studentů ve výuce.

Literatura:

HEIDEROVÁ, H., ARCHALOUSOVÁ, A. (2010) Didaktické pomůcky v přípravě k profesionálnímu výkonu profese – resuscitační тренаžér HAL S 3000. In *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství V.* Slezská vědecká konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí v Opavě. Ústav ošetřovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě. 2010, s.315-318. Opava. ISBN 978-80-7248-607-6.

KAPOUNOVÁ, G. (2007) *Ošetřovatelství v intenzivní péči.* Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KRUPOVÁ, L. (2012) *Ošetřovatelská péče u akutních stavů. Distanční studijní opora a e-learningový kurz [on-line].* Slezská univerzita v Opavě, 2012.

MASTILIAKOVÁ, D., ŠPIRUDOVÁ, L. (2012) Zkušenosti s tvorbou modulů s učebními výstupy ve studijním programu ošetřovatelství. In *Vedecko-odborná konferencia s medzinárodnou účasťou: Quo vadis zdravotníctvo. 8.- 9. novembra 2012, Prešov.* Sborník vedecko-odborné konferencie. Prešov: Prešovská univerzita, 2012. ISBN v řízení.

POKORNÁ, A. (2006) E-learningové nástroje ve výuce ošetřovatelství. IN Sborník příspěvků I. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*, 2006, s. 88-89. ISBN 80-7248-388-9.

ZELENÍKOVÁ, R. (2006) Kritické myslenie v ošetrovatelstve. In Sborník PŘÍSPĚVKŮ i. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí, *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*, 2006, s. 107-109. ISBN 80-7248-388-9.

Korespondence:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.
Ústav ošetřovatelství
Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě
Email: Jana.Haluzikova @fvp.slu.cz

VYUŽITÍ INTERAKTIVNÍ ZNALOSTNÍ HRY PRO ZPĚTNOU VAZBU VZDĚLÁVÁNÍ

Jan Bradna
Life Support s.r.o

Souhrn:

Autor příspěvku prezentuje zkušenosti s využíváním originální interaktivní znalostní hry. Tu lze využít pro zjištění úrovně znalostí zaměstnanců v určité oblasti a díky tomu lépe naplánovat vzdělávací aktivity. Hra je však dobře využitelná i pro získávání zpětné vazby na účinnost již proběhlých vzdělávacích akcí v rámci zdravotnického zařízení.

Klíčová slova:

Celoživotní vzdělávání, vzdělávání zaměstnanců, zpětná vazba, znalosti

USE OF INTERACTIVE KNOWLEDGE-BASED GAME FOR FEEDBACK ON EDUCATION

Summary:

Author presents experience with the use of original interactive knowledge-based game. This can be used to determine the level of knowledge in a particular area and thus better plan educational activities. The game can also be used to gather feedback on the effectiveness of training events held within the medical facility.

Key words:

Continuous professional development, education of employees, feedback, knowledge

Vlastní text

Získání co nejpřesnější informace o stavu znalostí zaměstnanců zdravotnického zařízení je důležitou informací pro nastavení systému vzdělávání a ještě důležitější zpětnou vazbou pro jeho průběžné hodnocení. Firma Life Support vyvinula interaktivní vědomostní hru, s jejíž pomocí lze objektivně zjistit, ve kterých oblastech požadovaných znalostí je potřeba se na vzdělávání zaměřit.

Při nastavování systému vzdělávání ve zdravotnickém zařízení vyvstává důležitá otázka: ve kterých oblastech je potřeba zaměstnance rozvíjet a ve kterých oblastech jsou jejich

znalosti dobré, či uspokojivé? Nastavení obsahu vzdělávání se může velice snadno minout skutečnými potřebami a zaměstnanci jsou pak vzděláváni v oblastech, ve kterých mají dostatečné znalosti. To s sebou přináší jednak zbytečné náklady, ale především demotivaci zaměstnanců se vůbec takového vzdělávání účastnit. Interaktivní znalostní hra, kterou firma Life Support vytvořila a s úspěchem opakovaně otestovala, pomůže nalézt odpovědi na tyto otázky a to formou, která zaměstnance baví.

Zábavná interaktivní forma s prvky soutěže odbourává u zaměstnanců pocit, že jsou zkoušeni. Touha po soutěžení převládá nad ostychem a v zápalu hry, simulujícím stres a časovou naléhavost při řešení medicinských či provozních problémů, odhalí lidé své skutečné znalosti. Je proto jednodušší zjistit které znalosti mají opravdu osvojené, nad kterými musejí dlouho přemýšlet a co nevědí vůbec.

Obsah i interaktivní forma otázek se dá v programu libovolně měnit a upravovat podle požadavků zadavatele. Otázky tak mohou mít formu prosté otázky, nebo mohou obsahovat jakékoli interaktivní doplňky, ke kterým se otázka vztahuje. Nejlépe využitelné interaktivní doplňky otázek jsou obrázky (například EKG křivky, RTG snímky, fotografie), videa (například sonografický záznam) a zvukové nahrávky (například poslechový nález), případně jejich kombinace.

Při samotné hře je nejprve soutěžícím vysvětlen princip hry a jsou jim předvedeny ukázkové otázky, na kterých si vyzkoušejí, jak hra funguje. Poté je hra spuštěna v soutěžním režimu – úkolem soutěžících je v daném časovém limitu (obvykle 3 minuty) zodpovědět co nejvíce otázek. Cílem soutěže je správně zodpovědět co nejvíce otázek. Pokud odpověď neznají, nebo by nad ní museli moc dlouho přemýšlet, je pro ně výhodné odpovědět „nevím“. Zvyšují tím svou šanci dostat se k otázkám, na které odpovědi znají. Otázky jsou programem přehrávány z databáze v náhodném pořadí.

Výstupem znalostní hry je pořadí soutěžících podle počtu zodpovězených otázek. Výstupem testování pro management zdravotnického zařízení je podrobný přehled znalostní úrovně zaměstnanců v jednotlivých požadovaných segmentech a procentuální i adresná správnost zodpovězení jednotlivých otázek. Výstup je přehledně graficky uspořádán a doplněn krátkou interpretací výsledků. Jejím obsahem je hlavně nasměrování managementu k oblastem, ve kterých zaměstnanci prokázali nejmenší

znalosti a interpretace příčin tohoto stavu. V případě že je to součástí zadání, může být součástí výstupu návrh obsahu a formy dalšího vzdělávání zaměstnanců a to včetně jeho personálního zajištění.

V červnu letošního roku proběhla s využitím Interaktivní znalostní hry Life Support ve Fakultní nemocnici v Motole znalostní soutěž. Všeobecné části soutěže se zúčastnily týmy nelékařských zdravotnických pracovníků z 30 oddělení a části pro laboratoře zástupci 9 pracovišť. Management nemocnice z výstupu získal informace o znalostech nelékařů ve stanovených znalostních segmentech napříč pracovišti a odbornostmi. Z výstupu zcela jasně vyplývá na které oblasti vzdělávání je potřeba se zaměřit s cílem ho zefektivnit, nebo dokonce úplně změnit.

Kontaktní adresa:

Mgr. Jan Bradna
Life Support s.r.o.
Nezamyslova 5/726
128 00 Praha 2
Email: jan.bradna@lifesupport.cz

DALŠÍ PROFESNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PROKLIENTSKÉ KOMUNIKACE, EDUKACE A MANAGEMENTU – INVESTICE PRO BUDOUCNOST

Daniel Jirkovský

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Príspevek obsahuje prezentaci výsledků projektu Další profesní vzdělávání – investice pro budoucnost, reg. č. CZ.2.17/1.1.00/36138, který byl ve FN Motol realizován od 01.09. 2013 do 31.08. 2014. Kromě základního popisu projektu a jeho výsledků, příspěvek obsahuje výsledky evaluace jednotlivých vzdělávacích aktivit projektu.

Klíčová slova:

Celoživotní vzdělávání; zdravotnický pracovník; projekt

FURTHER PROFESSIONAL EDUCATION OF HEALTHCARE WORKERS IN THE FIELD OF PRO-CLIENT COMMUNICATION, MENTORING AND MANAGEMENT – INVESTMENT TO THE FUTURE

Summary:

The contribution comprehends presentation of Project research results “Further professional results – investment to the future, reg. no: CZ.2.17/1.1.00/36138, which was in the Motol University Hospital implemented from 1st of September 2013 to 31st of August 2014. Apart from a basic description of the project and its results contribution also includes evaluation of particular educating project activities results.

Key words:

Lifelong education, healthcare worker, project

Úvod:

Současné změny v českém zdravotnictví s sebou přinášejí také nové, resp. vyšší, požadavky na znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků v oblasti komunikace, edukace pacientů a managementu, přičemž jde velmi často o oblasti, kterým je z pohledu praxe v systému pregraduální přípravy zdravotnických pracovníků věnována

nedostatečná pozornost. Z tohoto důvodu jsme ve FN Motol připravili a v rámci Operačního programu Praha Adaptabilita v době od 01.09. 2013 do 31.08. 2014 realizovali projekt s názvem: Další profesní vzdělávání – investice pro budoucnost, reg. č. CZ.2.17/1.1.00/36138.

Vlastní text:

Projekt byl realizován formou uceleného systému dynamicky vedených odborných a inovačních kurzů, které obsahovaly prvky interaktivních cvičení, řešení a rozboru modelových situací, videotréninku a dalších moderních didaktických metod. V rámci projektu byly realizovány tyto vzdělávací akce:

- Proklientská komunikace s uplatněním systemického přístupu v praxi (odborný kurz pro lékaře);
- Proklientská komunikace ve zdravotnictví pro nelékařské zdravotnické pracovníky (odborný kurz);
- Inovační kurz pokročilých dovedností v edukaci pacientů (pro nelékařské zdravotnické pracovníky);
- Management pro vedoucí nelékařské zdravotnické pracovníky.
-

Kurzy byly určeny výhradně pro vybrané skupiny zdravotnických pracovníků FN Motol. Záměrem projektu bylo usnadnit těmto skupinám zaměstnanců pracovní adaptaci na změněné podmínky práce prohlubováním kvalifikace v uvedených oblastech a přispět tak k formování nebo k žádoucí změně jejich komunikačního, edukačního a manažerského stylu práce. Odborné a inovační kurzy úspěšně absolvovalo 261 zdravotnických pracovníků, z toho 61 lékařů.

Z evaluace vzdělávacích aktivit vyplynulo, že naprostá většina účastníků kurzů byla s jejich obsahem a s průběhem spokojena. Lékaři se, mimo jiné, o odborném kurzu Proklientské komunikace s uplatněním systemického přístupu v praxi vyjádřili takto: „Som rád že som sa mohol takejto akcie zúčastniť. Pozitívne hodnotím rady ktorých sa mi dostalo ako lepšie komunikovať či už s pacientami alebo kolegami pre benefit nás všetkých“. Další lékař uvedl, že na kurzu: „načerpал mnoho podnětů a informací, které určitě využiji i v běžném pracovním dni. Opravdu efektivně strávený čas, který se mi jistě

nejen v komunikaci na pracovišti zúročí“. Také sestry a další nelékařští zdravotničtí pracovníci v rámci hodnocení vzdělávacích akcí uvedli vysokou míru spokojenosti s jejich obsahem i průběhem. Z jejich autentických výpovědí uvedených v evaluačních dotaznících namátkou vybíráme tato sdělení: *„Přestože mám dlouholetou praxi ve zdravotnictví, tudíž s lidmi, tak byl tento kurz velice přínosný a určitě mi ulehčí určité situace v komunikaci. Moc díky“*. Další sestra uvedla, že na kurzu pozitivně hodnotila především: *„přátelské ovzduší mezi lektory a účastníky, vzájemný respekt, optimální počet účastníků, otevřenost a spontánnost v projevu účastníků, dobře rozvržený čas mezi teorií a praxí“*. Účastnice inovačního kurzu edukace pacientů do evaluačního dotazníku napsala: *„Vzdělávací akce mě velice nadchla. Určitě ji doporučím dál. Pomohla mi ke zlepšení komunikace s pacienty a usnadňuje mi jejich edukaci. Děkuji všem zúčastněným za jejich ochotu a za poselství optimismu. Jsem moc ráda, že se v rámci nemocnice řeší i takto důležité téma a není zde důraz jen na odborné úkony“*. Staniční sestra, která se zúčastnila inovačního kurzu managementu k evaluačnímu dotazníku připsala: *„Pozitivně hodnotím všechna tři setkání. Byla to maximální souhra teorie s praxí. Bylo velice přínosné, že po teoretické části jsme měli možnost si vše vyzkoušet pod dohledem a s pomocí lektora“* a vrchní sestra, která absolvovala stejný kurz napsala toto hodnocení: *„Lektoři byli velmi profesionální, interaktivní forma se mi velice líbila, líbilo se mi také, že jsme tvořili skupinu účastníků věkově a profesně blízkých. S lektory jsme mohli diskutovat na společná témata i řešit situace, se kterými se ve své práci denně setkáváme. Naučili jsme se nové, ale i uvědomili a ozřejmili zapomenuté...“*. Všechny autentické výpovědi účastníků kurzů – respondentů evaluačního šetření - jsou uvedeny v závěrečné evaluační zprávě projektu, která je zveřejněna na intranetu FN Motol.

Závěr:

Závěrem lze konstatovat, že vzdělávací akce realizované v rámci projektu vedly k očekávanému výsledku, tj. k vytvoření podmínek pro změnu manažerského, komunikačního a edukačního stylu práce vybraných skupin zdravotnických pracovníků FN Motol zařazených v přímé (kontaktní) péči o pacienty / klienty jak o tom, mimo jiné, napsal jeden z lékařů - absolventů kurzu: *„Víc takových akcí a nejen pro začínající lékaře. I když v danou dobu vám přijde, že si z kurzu neodnášíte příliš mnoho, postupem času v práci zjišťujete, že se k radám a k nápadům tam načerpaným vracíte a využíváte je. Díky“*.

Literatura: u autora.

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



EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE:
INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI

Poděkování:

Jako hlavní řešitel projektu bych chtěl poděkovat všem účastníkům vzdělávacích akcí za jejich účast v kurzech a za projevenou ochotu aplikovat výsledky vzdělávání ve své praxi. Rád bych také poděkoval všem, kteří se na projektu podíleli, především pak jednotlivým lektorům, manažerce projektu a externímu dodavateli dvou kurzů, společnosti Centrum dohody s.r.o., za vynikající spolupráci a pomoc při naplňování projektového záměru.

Daniel Jirkovský

NĚKOLIK POZNÁMEK KE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V OBLASTI EDUKACE PACIENTŮ

Šárka Tomová, Hana Nikodemová

Ústav ošetrovatelství, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Souhrn:

Príspevek predkladá základní informace o struktuře edukačního procesu, metodách a formách edukace, kterých sestry ve FN Motol využívají při edukaci pacientů. Cílem průzkumného šetření bylo zmapovat úroveň prováděné edukace na jednotlivých pracovištích FN Motol a zformulovat další očekávání sester pro zkvalitnění edukace pacientů a rodinných příslušníků. Z analýzy strukturovaných rozhovorů respondentů mimo jiné vyplynula nutnost celoživotního vzdělávání sester v edukaci a zkvalitnění spolupráce s lékaři v této oblasti.

Klíčová slova

Edukace; Edukační proces; Činitelé edukace; Formy edukace; Metody edukace.

SOME NOTES FOR NURSE EDUCATION IN AREA OF EDUCATING PATIENTS

Summary

The contribution submits basic information on a structure of educational process, methods and forms of education used by nurses while educating patients. The aim of this research was to analyse the level of provided education on various departments of Motol University hospital and to sum up further nurse expectation for improvement of patient and family members education. From analysis of respondent structured interviews inter alia resulted a need of lifelong learning for nurses in a field of education and improving the quality of nurse-doctor cooperation.

Key words

Education; Educational process; Education officials; Education forms; Education methods.

Úvod

Podstatnou součástí kvalitní ošetrovatelské péče je vysoká úroveň edukace v oblasti primární, sekundární i terciární sféry ošetrovatelství. Lze říci, že výchova a vzdělání pacienta k samostatnější péči o vlastní onemocnění, vede k větší odpovědnosti jedince za

vlastní zdraví. Edukace dále podporuje zlepšení spolupráce pacienta se zdravotnickým týmem. Edukační proces je možné vnímat jako soubor takových činností, kdy se pacient učí novým poznatkům a sestra mu toto učení zprostředkovává. Očekávání pacientů leckdy převyšuje úroveň edukace v nemocničním zařízení, proto lze považovat toto téma za stále aktuální a živé.

Znaky moderního pojetí edukace

- Edukace je dlouhodobý, permanentní proces probíhající od narození do konce života jedince.
- Edukační proces je determinován rozličnými faktory, z nichž za základní jsou považovány dědičnost a prostředí.
- Edukace je sociokulturně podmíněná, kulturním bohatstvím společnosti a ekonomickou situací státu.
- Edukace je organickým propojením dvou základních forem výchovy: výchovy druhým jedincem, zvláště v období dětství (heteroedukace) a sebevýchovy (autoedukace).
- Výrazným prvkem efektivní edukace je brzké propojení obou procesů (heteroedukace a autoedukace).
- Edukace musí být mnohostranně orientovaná, zaměřená na všestranný, harmonický rozvoj osobnosti.
- Edukace má univerzální charakter – dotýká se každého jedince v každé životní situaci.
- Edukace je určena všem bez rozdílu (Svobodová, Šmahelová, 2007).

Edukační proces a jeho struktura

Edukace je specifický druh lidské činnosti, spočívající ve vzájemné součinnosti edukátora a edukovaného, která směřuje k určitým cílům (Skalková, 2008). Cílem je tedy zamýšlený, očekávaný výsledek, ke kterému se při edukaci směřuje (Filová, 2002; Šimoník, 2005; Vališová, Kasíková a kol., 2008). Čím přesněji jsou cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit učební činnost. Konkrétní vymezení cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti a operativní diagnostiku změn ve struktuře vědomostí, dovedností, návyků, postojů a názorů účastníka edukačního procesu. V současnosti se užívá definování cílů v rovině kognitivní, afektivní a psychomotorické.

Kognitivní (vzdělávací, poznatkové, poznávací) cíle mají těžiště ve vzdělávání jedinců. Jde o předložení teoretických poznatků a informací jednotlivých tematických oblastí, které jsou v zájmu pacienta/ klienta.

Afektivní (postojové, hodnotové, výchovné) cíle mají těžiště ve výchově jedince. Sledují vytváření hodnot, postojů názorů, etických norem, hodnotových orientací.

Psychomotorické (výcvikové, operační) cíle sledují dosažení psychomotorických dovedností. Těžiště psychomotorických dovedností je v aktivním nácviku postupů jedince.

Edukační činitelé

Edukační proces je determinován řadou edukačních činitelů. Řadíme sem osobnost edukátora, osobnost edukanta, edukační konstrukty, edukační prostředky, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukační potřeba je deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví, kdy tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit jeho současný stav zdraví i jeho budoucí vývoj.

Edukační standard - závazná norma pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Je to předem naplánovaná edukace pro pacienta.

Edukaci v ošetrovatelství můžeme rozdělit na 3 základní skupiny. *Edukace základní* – při níž dochází k předávání základních vědomostí, nácviku dovedností, jedinec je motivován ke změně postojů a hodnotového žebříčku. *Edukace reedukační* – při této formě edukace navazujeme na předchozí zkušenosti jedince se snahou dále je prohlubovat tak, aby docházelo k hlubšímu uvědomování si významu zdraví v životě edukovaného jedince. *Edukace komplexní* – předkládající ucelené, komplexní, z různých pohledů vyvozené informace, které tvoří celkový obraz o nemoci, preventivních a dalších opatřeních, která podporují udržení zdravého způsobu života osoby (Šulistová, Trešlová, 2012).

Fáze edukačního procesu v ošetrovatelství

Edukační proces lze rozdělit do jednotlivých fází, které jsou logicky uspořádané a vzájemně na sebe navazují.

1. **Posuzování** – anamnéza, sběr dat a informací o nemocném, analýza klientových schopností učit se, posouzení potřeb klienta získat nebo rozšířit si vědomosti, dovednosti, návyky. Zdrojem informací může být sám pacient, rodina, přátelé, členové zdravotnického týmu, ostatní spolupacienti, zdravotnická dokumentace aj.
2. **Stanovení edukační diagnózy** – identifikace problémů klienta, sestra přesně specifikuje vědomosti, dovednosti a návyky, které klient nemá a které by mít měl. Edukační diagnóza je stanovený závěr na základě odpovědí jedince či blízkých o skutečných nebo potencionálních zdravotních problémech klienta.
3. **Plánování** – sestra stanovuje priority edukace na základě edukačních potřeb jedince, volí metody, vybírá obsah, plánuje učivo například počet lekcí, témat) s ohledem na pedagogické principy a zásady výchovy (princip cílevědomosti, soustavnosti, aktivity, názornosti, uvědomělosti, trvalosti, přiměřenosti, emocionálnosti, všestranného výchovného zaměření), stanovuje cíle edukace v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní. V plánu sestra edukátorka rovněž stanovuje odpovědnou osobu za edukaci daného tematického celku, stanovuje krátkodobé cíle pro jednotlivé lekce, volí způsob hodnocení výsledku v jednotlivých lekcích a v závěru edukace. **Plán edukace by měl být vždy sestaven za aktivní účasti edukovaného jedince!**
4. **Realizace** – naplánované vyučovací strategie probíhají tak, abychom dosáhli žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem klienta. Realizace edukační činnosti může probíhat individuálně nebo skupinově během hospitalizace (např. komplexní léčebné a edukační kurzy), ambulantně (např. denní stacionář), během návštěv v rodinách (edukace rodinných příslušníků), při rekondičních pobytech, při lázeňských pobytech, případně telefonicky. Edukační sestra podává pacientovi informace o nemoci a zdravotním stavu z ošetřovatelského hlediska a v rámci svých kompetencí, informuje o přípravě na vyšetření, seznamuje pacienta/ klienta se zdravotnickým zařízením, informuje o zásadách správné životosprávy, o rizikových faktorech, které mají negativní vliv na zdraví člověka. Seznamuje pacienta/ klienta se zkušenostmi jiných klientů s daným onemocněním, s vlastními zkušenostmi, předkládá edukační materiály (literatura, brožury, letáky), poskytuje rady, návody, doporučení.:

5. **Zhodnocení** – zjištění, zda bylo dosaženo stanovených cílů edukace, zda si klient osvojil požadované vědomosti (kladení otázek a posouzení odpovědí klienta) a dovednosti (pozorování zručnosti klienta při provádění praktických úkonů), zhodnocení efektivnosti edukačního plánu, zápis o edukaci klienta.

Formy edukace v ošetřovatelství

Edukační forma znamená uspořádání vnějších podmínek edukačního procesu. Edukační formy dělíme na heteroedukační a autoedukační.

Heteroedukace – proces výchovy a vzdělávání jedince prostřednictvím jiné osoby. Záměrné působení edukátora na edukovanou osobu, při které musí respektovat všechny individuální zvláštnosti jedince, osobnostní charakteristiky, motivační úroveň jedince, sociální podmínky, v nichž se jedinec vyvíjel, postoje a morální hodnoty edukovaného aj.

Autoedukace – sebevýchova, zahrnuje sebevýchovu ve smyslu formování vlastních postojů, zájmů a sebezvzdělávání. Jde o cílevědomý, plánovitý a systematický proces formování vlastní osobnosti člověka. Sebepoznání vlastní osobnosti je východiskem k volbě adekvátních forem sebevýchovy a sebezvzdělávání. Kvalitní sebepoznání, sebehodnocení, schopnost soustavné a záměrné sebevýchovy a sebezvzdělávání je třeba považovat za důležité předpoklady úspěšnosti jedince. Edukace v ošetřovatelství se provádí dvěma základními způsoby, a to individuálně a skupinově.

Individuální edukace – je nejčastější formou edukace užívanou v ošetřovatelství. Její výhodou je možnost navození úzké spolupráce mezi nemocným a zdravotníkem, možnost individualizace plánu edukace stejně jako jeho okamžité přizpůsobení aktuální situaci pacienta/ klienta, jeho stavu a průběhu onemocnění. Mezi další výhody řadíme vysokou efektivitu učení, neustálou aktivitu jedince. Nevýhodou individuální edukace je značná časová a tím i ekonomická náročnost nemožnost výměny vzájemných zkušeností mezi edukovanými jedinci.

Skupinová edukace – tento systém edukace rozděluje jedince do různě velkých skupin. Skupinovou edukaci lze využít jak u zdravých, tak i u chronicky nemocných. Ideální počet členů skupiny je 3-5. Vznik skupiny může být řízený podle určitých kritérií (formální) nebo skupina vznikne na základě vlastního zájmu (neformální). Kritériem pro vznik edukačních skupin může být věk, pohlaví, typ onemocnění, zájmy, úroveň vědomostí a dovedností. Skupinová edukace vyžaduje od edukátora naprosto odlišný přístup k edukaci. Předpokladem je nezbytná schopnost vést a řídit diskuzi, schopnost

vnímat individuální rozdíly v chápání a učení jednotlivých členů skupiny a podporovat aktivitu všech zúčastněných. Mezi další výhody řadíme možnost spolupráce a předávání zkušeností mezi členy skupiny. Nevýhodou skupinové edukace je nedostatečná příležitost individualizovaného přístupu (Juřeníková, 2010).

Metody edukace

Pojem metoda (řec. met-hodos – za cestou) lze chápat jako cestu k dosažení stanovených výukových cílů, způsob, jakým je dosahováno určitého cíle. Edukační metoda by měla splňovat tyto charakteristiky. Měla by být informativně nosná, formující, emotivně působivá, respektuje vědecké poznatky, výchovná, přirozená, použitelná, adekvátní věku jedince, didakticky ekonomická. V didaktické literatuře existuje řada snah o klasifikaci edukačních metod. Je však nemožné vytvořit jednotný kategorizační systém bez ohledu na možnosti klasifikovat metody podle různých hledisek. Přístupy třídění edukačních metod jsou různorodé. Pro příklad uvádíme v tab. 1 přehled nejčastěji uváděného třídění edukačních metod.

Tab. 1 *Klasifikace výukových metod*

Aspekt didaktický	
	Metody slovní (monologické, dialogické, písemná práce, práce s textovým materiálem)
	Metody názorně demonstrační (pozorování, předvádění, demonstrace, projekce statická, dynamická)
	Metody praktické (návěv praktických dovedností, laboratorní činnosti, grafické a výtvarné práce, pracovní činnosti)
Aspekt psychologický	
	Metody sdělovací
	Metody samostatné práce
	Metody výzkumné, problémové
Aspekt logický	
	Postup induktivní
	Postup synkritický
	Postup deduktivní
	Postup analyticko-syntetický
Aspekt procesuální	
	Metody motivační
	Metody expoziční
	Metody fixační
	Metody diagnostické
	Metody aplikační
Aspekt organizační	
	Kombinace s vyučovacími formami
	Kombinace s didaktickými prostředky

Aspekt interaktivní
Diskuzní metody
Situační metody
Inscenační metody
Didaktické hry
Specifické metody

(Zdroj: Maňák In Skalková, 2008, s. 184-185)

Vztah edukačního a ošetřovatelského procesu

Edukace je neopominutelnou součástí ošetřovatelské péče. Jak uvádí Jirkovský (2004, s. 48) je v posledních letech kladen stále větší důraz na kvalitu edukační činnosti sester jako podstatnou součást kvalifikované péče v oblasti primární, sekundární i terciární sféry ošetřovatelství. Zvyšující se požadavky na důsledné plánování, realizaci a hodnocení edukační činnosti sester vedou k ujasnění významu edukačního procesu v rámci ošetřovatelské péče. Pro srovnání uvádíme v tab. 2 fáze edukačního a ošetřovatelského procesu v jednotném znázornění.

Tab. 2 Fáze edukačního a ošetřovatelského procesu a jejich vzájemná souvislost.

FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU	FÁZE OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU
Zjištění údajů, posouzení edukačních potřeb	Sběr anamnestických údajů Stanovení ošetřovatelské dg.
Projektování edukační činnosti	Plánování ošetřovatelské péče
Realizace edukační činnosti	Stanovení cílů ošetřovatelské péče
Upevňování a prohlubování učiva	Realizace ošetřovatelského plánu
Zpětná vazba	Hodnocení ošetřovatelské péče

(Zdroj: Upraveno dle Jirkovský, 2004)

V edukačním procesu by klient měl získat nové informace, pochopit je a umět je ve svém životě použít. Měl by si osvojit určité dovednosti jak v činnosti teoretické (např. výpočty, rozhodování v problémových situacích), tak v činnosti praktické (např. aplikace léčebných úkonů, realizace zdravého způsobu života) a získat nové návyky, které vedou ke změně konání a životního stylu jedince. Efektivní edukace tak může vyvolat změny v oblasti poznatků, jejich pochopení ve vzájemných souvislostech a následně ovlivňovat hodnotový systém, přinést posun v přesvědčeních a postojích. Smyslem výchovy a vzdělávání zdravého nebo nemocného člověka je podpořit učení a ovlivnit druh volby uvědomělých a informovaných rozhodnutí, které člověk ve svém životě preferuje. Edukace je celoživotní proces, má permanentní charakter, probíhá od narození až do konce života jedince. Je to záměrné, cílevědomé a systematické působení

na rozvoj jedince, jeho schopností, vědomostí, dovedností, hodnot, morálních a mravních kvalit osobnosti s cílem dosáhnout změn v různých složkách osobnosti. Má-li být edukační proces sestry vzhledem k pacientovi efektivní, musí pacient/ klient chápat jeho smysl, být přesvědčen o jeho významu.

Cíl průzkumného šetření

Cílem průzkumného šetření bylo zmapovat prostřednictvím rozhovoru s účastníky Edukačního kurzu FN Motol (sestry, fyzioterapeuti) úroveň prováděné edukace na jednotlivých pracovištích FN Motol, zjistit, které edukační metody sestry, fyzioterapeuti nejčastěji využívají, zformulovat další očekávání sester pro zkvalitnění edukace pacientů a rodinných příslušníků, navrhnout následná témata v oblasti edukace v rámci celoživotního vzdělávání.

Charakteristika průzkumného vzorku

Cílovou skupinou byly sestry, zaměstnanci FN Motol, ve věkové kategorii do 30 let a ve věkové kategorii nad 50 let. Celkový počet respondentů byl 75 jedinců z různých pracovišť, různého pracovního zařazení (vrchní sestry, staniční sestry, sestry v běžném provozu oddělení /kliniky).

Metodika průzkumného šetření

K průzkumnému šetření byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory proběhly v 6 skupinách, v počtu cca 15 účastníků kurzu v každé skupině.

Analýza průzkumného šetření

Z výsledků analýzy polostrukturovaných rozhovorů s respondenty vyplývá, že nejčastěji používanými metodami edukace pacientů uplatňovanými v ošetrovatelství jsou vysvětlování, instruktáž, rozhovor a diskuse.

Vysvětlování se jeví jako osvědčený postup od konkrétního k abstraktnímu, od jednoduchého ke složitějšímu. Vysvětlování vyžaduje srozumitelné přesné výstižné vyjadřování, uspořádání myšlenek edukátora, osvojené zobecňování. Při vysvětlování je dle respondentů nadměrně důležité vycházet z dosavadních znalostí jedince. Níže uvádíme nejčastější techniky při vysvětlování, které umožňují sestře podat informace pochopitelně.

Zjednodušování – v současnosti se u některých jedinců objevuje snaha předat velké množství informací, což je ovšem leckdy na úkor kvality. Vezmeme-li v úvahu rozdílné

osobnostní charakteristiky pacientů, jejich naladění, různorodost prožívání nemoci, rozličné úrovně adaptace na nemocniční prostředí, pak je zjednodušení tou správnou cestou, jak předat pacientovi informace, které jsou potřebné a nezbytné nejen vzhledem k současnému zdravotnímu stavu, ale i pro vývoj nemoci v následném období. Dalším prostředkem zjednodušování, který vyplývá z analýzy, je vybrat *podstatu věci* – přehledně, v logické návaznosti. Obvykle pomáhá sestram rovněž *klíčová věta* – zestručnění vysvětlení do jednoduché věty nebo formulace. Není-li možné podstatu vyjádřit pomocí klíčové věty, pak se doporučuje využít tzv. *logického řetězce*. V logicky navazujících krocích postupovat edukací tak, že každý krok je vysvětlen. Tento závěr potvrzuje i Obdržálek (2003), který uvádí, že efektivní je nepřetěžovat jedince nadbytečným množstvím nepodstatných faktů, ale užívat schopnosti časové strukturace informací a logické návaznosti jednotlivých celků.

Instruktaž – je uváděna respondenty jako nejefektivnější metoda nácviku dovedností edukovaného jedince. Při této metodě sestry doprovází předvedení výkonu v jednotlivých krocích mluveným slovem. Činnost provádí pomalu, s akcentem na podstatné a důležité momenty ve fázích výkonu. Upozorňují na správný postup, na chyby, kterých je možné se dopustit v průběhu činnosti. Celý postup znovu opakují v rychlosti, v jaké by měl být edukantem proveden. Instruktaž je průběžně doplňována slovním komentářem. Tento musí být výstižný, stručný zaměřen jen na podstatné body postupu.

Rozhovor - edukační rozhovor je respondenty uváděn jako převažující typ rozhovoru v ošetrovatelském procesu. Je uplatňován, jak uvádí respondenti, při motivaci jedince, informuje o úrovni dosavadních vědomostí edukanta, je prostředkem zpětné vazby při ověřování zapamatovaného. Nejčastěji užívanou formou edukačního rozhovoru v praxi je objasňující rozhovor, jehož cílem je řízení edukačního procesu vedoucího k objasnění a pochopení dané látky. Zřídka se podle respondentů aplikuje *heuristický rozhovor*, jehož hlavním cílem je naučit edukanty řešit komplikace, rozvíjet jejich myšlení a tvořivost. Mezi základní přednosti rozhovoru respondenti řadí okamžitou zpětnou vazbu správnosti, okamžité odhalení nesprávné představy, která umožňuje edukátorovi posouzení, kolik se jedinci naučili a přizpůsobuje tempo individuálním možnostem edukovaných. K nevýhodám respondenti řadí časovou náročnost a pozornost edukátora zaměřenou na aktivizaci všech jedinců ve stejné míře. Uvedené výsledky konstatuje i Petty (2000).

Diskuse - zařazení diskuze do edukace je podle probandů vhodné tehdy, chce-li se edukátor seznámit s názory edukantů. Ať se již jedná o diskuzi, která má pevně stanovený cíl, nebo jde o zjišťování názorů, postojů apod. Přípravu na diskuzi respondenti vidí v organizační přípravě edukátora, prostorovém uspořádání prostředí, v přípravě otevřených, podněcujících otázek. Dalšími zásadami, které respondenti při využití metody diskuze plně uplatňují, jsou nedávat najevo na začátku diskuze svůj názor, formulovat podmínky předávání slova, zajistit přiměřeně stejný časový úsek ve vyjádření pro všechny účastníky.

Další výstupy z průzkumného šetření pro praktické využití

Z uvedené analýzy rozhovorů dále vyplývá, že je třeba zaměřit svou pozornost na:

- Vyměňování zkušeností mezi kolegy, týkajících se specifických skupin pacientů (nespolupracující, agresivní, chronicky nespokojený, sociálně slabý pacient ...).
- Workshopy s odborníky podle zaměření (i pro rodiče).
- Nové, doporučované, ověřené edukační /komunikační techniky.
- Obsazení pozice sestry edukátorky.
- Supervizi edukace zdravotnických pracovníků v monitorování nejčastějších nedostatků, chyb.
- Zkvalitnění spolupráce s lékaři v oblasti edukace.
- Podporu celoživotního vzdělávání sester v oblasti edukace.

Závěr

Klíčové edukační kompetence lze vyjádřit jako vztah k objektu edukace založený na odborném, etickém a vědeckém základě, který má zásadní význam pro rozvoj edukovaného. Dále lze konstatovat, že se jedná o vztah nastolující vzdělávací výzvy a úkoly, vztah odpovídající na orientaci edukovaného a vzdělávací jevy. Součástí nezbytných dovedností edukátora je schopnost sebereflexe, vlastní činnosti i reflexe činnosti kolegů (Musil, 2001). Příznivým se jeví nadšení sester pro další vzdělávání v oblasti edukace, jejich otevřenost vůči novým moderním metodám edukace pacientů a požadavek zpětné vazby jako významného prvku edukace. Z uvedeného vyplývá nutnost další systematické spolupráce se skupinami sester i po ukončení kurzu a implementace nových poznatků do každodenní praxe. Nelze opominout důležitý fakt, že optimální edukace má význam jen v součinnosti s lékařem. Rovněž každá organizace by měla vytvářet optimální podmínky pro sebevzdělávání sester, pro změnu jejich edukačního

myšlení, podporu zodpovědnosti, tvořivosti a profesionální hrdosti, provokovat je k neustálému zdokonalování.

Literatura:

1. FILOVÁ, Hana, et al. 2002. *Vybrané kapitoly z obecné didaktiky*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 95 s. ISBN 80-210-2798-3.
2. JIRKOVSKÝ, D. Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární a preventivní péče. *Vojenské zdravotnické listy*. Roč. LXXIII. 2004. č. 2, s. 48 – 50.
3. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. MAŇÁK, Josef – ŠVEC, Vlastimil. 2003. *Výukové metody*. 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
5. OBDRŽÁLEK, Zdeněk a kol. 2003. *Didaktika pre študentov učiteľstva základnej školy*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2003. 180 s. ISBN 80-223-1772-1.
6. PETTY, Geoffrey. 2008. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
7. SKALKOVÁ, Jarmila. 2008. *Obecná didaktika*. 2. rozšíř. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2007. 328 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
8. SVOBODOVÁ, J., ŠMAHELOVÁ, B. 2007. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. Brno: MSD, 2007. 140 s. ISBN 978-80-86633-81-7.
9. ŠIMONÍK, Oldřich. 2005. *Úvod do didaktiky základní školy*. Brno: MSD Brno, s.r.o., 2005. 140 s. ISBN 80-86633-33-0.
10. ŠULISTOVÁ, R. – TREŠLOVÁ, M. 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
11. VALIŠOVÁ, Alena - KASÍKOVÁ, Hana a kol. 2008. *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 404 s. ISBN 978-80-247-1734-0.

Kontaktní adresa:

PhDr. Šárka Tomová
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 - Motol