



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

# **CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XVII.**

*recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*

---

**Daniel Jirkovský (Eds.)**



**Fakultní nemocnice v Motole, 17.09. 2015**

**ISBN: 978-80-87347-20-1**

**Název publikace:**

**Cesta k modernímu ošetřovatelství XVII. – 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, PhD.

**Vydala:**

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

jako svou 21. publikaci.

Počet stran:

209

Vydání:

první, Praha, 2015

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: 978-80-87347-20-1**

## OBSAH:

Jana Nováková, Daniel Jirkovský	<i>str.</i>
<b>Slovo úvodem</b>	6
Martina Šochmanová	
<b>České zdravotnictví a postavení nelékařů</b>	7
Jana Nováková, Marie Vlachová	
<b>Komunikace v managementu</b>	8
Marie Zvoníčková, Hana Svobodová, František Vlček	
<b>Rozšiřování role nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR a ve vybraných evropských zemích</b>	14
Beáta Grešš Halász, Lubomíra Tkáčová	
<b>Pokročilá prax v ošetrovatel'stve</b>	19
Jiřina Hosáková, Jana Kačorová, Lucie Valchařová	
<b>Duševní zdraví jako faktor ovlivňující kvalitu poskytované péče</b>	26
Jana Martinková	
<b>Pohybová aktivita u pacientov s Alzheimerovou demenciou</b>	32
Jana Zelenková	
<b>Na co vše má pacient právo? Kazuistika s medicínsko-eticko-multikulturním podtextem...</b>	39
Michaela Harabišová, Tatiana Rapčíková	
<b>Aspektuální podstata haptiky v kontextu vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků</b>	42
Jarmila Bramušková, Eva Balogová, Simona Šprlová	
<b>Využitie prístrojovej techniky vo vyhľadávani porúch vývinu chrbtice u detí školského veku.</b>	50
Silvia Puteková	
<b>Senior a pohybová aktivita</b>	59
Marie Vlachová, Jana Nováková, Klára Polášková	
<b>"Zdravá nemocnice 2015"</b>	62
Sedlářová Petra, Zvoníčková Marie, Svobodová Hana, Havrda Martin	
<b>Možnosti krytí a fixace periferních žilních kanyl s ohledem na vznik flebitidy</b>	66

Andrea Botíková	<i>str.</i>
<b>Využitie posudzovacích škál u pacientov s dekubitmi (SR)</b>	75
Jana Beránková	
<b>Novodobá péče o dekubity</b>	76
Šárka Tomová	
<b>Videotrénink jako vyučovací metoda v komunikaci sester</b>	84
Oľga Kabátová	
<b>Elderspeak v ošetrovatel'stve</b>	90
Jana Boroňová	
<b>"Áno či nie?" - prítomnosti príbuzných resuscitovaného pri KPR</b>	95
Gabriela Doktorová	
<b>Skórovacie systémy v intenzívnej starostlivosti a ich využitie</b>	101
Pavel Hedvičák, Petr Meruňka	
<b>Normotermická ex vivo perfúze plic</b>	108
Andrea Bratová, Helena Gondárová -Vyhničková, Milan Laurinc	
<b>Možnosti v kompetenciách anestetického tímu</b>	110
Helena Gondárová – Vyhničková, Milan Laurinc, Andrea Bratová	
<b>Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti a medzinárodná spolupráca</b>	118
Andrea Bratová, Dagmar Bodáková	
<b>Prevenca nozokomiálnych pneumónii</b>	124
Jana Wichsová	
<b>EORNA kongres 2015 Řím</b>	129
Tatiana Rapčíková, Michaela Harabišová	
<b>Vysokoškolské vzdelávanie nelekárskych zdravotníckych pracovníkov v odbornom a etickom kontexte</b>	134
Daniel Jirkovský	
<b>Získávání a prohlubování praktických kompetencí všeobecných sester očima studentek kombinované formu studia</b>	141
Hana Nikodemová	
<b>Několik poznámek k evaluaci celoživotního vzdělávání</b>	158
Ľubica Ilievová	
<b>Činnosť a vzdelávanie operačných sestier na Slovensku od konca 19. storočia</b>	166

	<i>str.</i>
Jana Haluzíková <b>Využití multimediálních didaktických prostředků v přípravě všeobecných sester</b>	177
Jana Křivková, Stanislava Reichertová <b>Kompetence sester v Evropské unii</b>	180
Jaroslava Raudenská <b>Supervize jako jedna z možností hodnocení komunikačních dovedností v ošetrovatelství</b>	187
Karine Battaglia, Catherine Faurant <b>Acquisition and development of the nursing skills in France</b>	191

## SLOVO ÚVODEM

*Vážené kolegyně,  
Vážení kolegové,*

*tak jako každý rok i letos, dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila dne 17.09. 2015.*

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

*Na konferenci, ve dvou blocích a v šesti workshopech zaznělo více jak 50 příspěvků věnovaných profesi sestry, komunikaci, kvalifikačnímu a postkvalifikačnímu vzdělávání v nelékařských zdravotnických oborech, multidisciplinární spolupráci apod. Zazněla také celá řada zajímavých a inspirujících příspěvků věnovaných dobré ošetrovatelské praxi.*

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

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

*Těšíme se na Vás v roce 2016!*

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

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

## ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ A POSTAVENÍ NELÉKAŘŮ

**Martina Šochmanová**

Institut klinické a experimentální medicíny

Česká asociace sester

### ***Souhrn:***

*V současné době se vede velmi živá diskuze nad postavením všeobecných sester a všech nelékařů v ČR. Stojíme na prahu doby, kdy se naše zdravotnictví bude potýkat se závažným nedostatkem sester. V souvislosti s tím se nabízí celá řada otázek. Například - je nastavený systém vzdělávání ten správný? Co můžeme udělat pro to, aby se zvýšila prestiž povolání sester a nelékařů obecně?*

*Je třeba sjednotit názor jak zákonodárců, odborných společností a zástupců vzdělávacích institucí s názory těch, kterých se to bezprostředně týká. Je třeba nastavit pravidla pro vzdělávání a navrátit prestiž profese sester do respektované podoby.*

***Klíčová slova:*** všeobecná sestra; nelékařská zdravotnická povolání; vzdělávání

### **Korespondence:**

PhDr. Martina Šochmanová, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Institut klinické a experimentální medicíny

Vídeňská 1958/9

140 21 Praha 4

## KOMUNIKACE V MANAGEMENTU

<sup>1</sup>Jana Nováková, <sup>1</sup>Marie Vlachová, <sup>2</sup>Gustav Mistrík

<sup>1</sup>Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Motol

<sup>2</sup>Demax s.r.o, Metila

### Souhrn:

*Autoři příspěvku se zabývají významem komunikace v managementu. V prostředí fakultní nemocnice se zaměřují na první stupeň řízení, tj. staniční sestra. Pro staniční sestru je zvládnutí komunikačních dovedností nezbytným předpokladem pro její úspěšné vedení. Ve vzdělávacím programu používají novou didaktickou metodu s využitím technologie neuronových sítí.*

### Klíčová slova:

*komunikace, management, vedení, vzdělávání, zpětná vazba, staniční sestra, neuronová síť*

### Úvod:

Pojem komunikace pochází z latinského slova „communicare“, což znamená někomu něco dát, sdílet s někým výměnu informací. Vzájemná komunikace mezi lidmi je jednou z našich základních potřeb a její zvládnutí je pro člověka velmi důležité. V průběhu komunikace dochází k vzájemnému ovlivňování jejich účastníků. “V běžné žité realitě je potřebné porozumět dialogu zejména v případech, kdy buď nám nebo naopak někomu jinému takzvaně o něco jde (chceme něčeho dosáhnout v transakčním pojetí). V takových situacích, které mohou být velmi nebo dokonce životně důležité, je vzájemné porozumění klíčem úspěchu. Naopak emocionalita v takové situaci způsobuje selhávání a rozpad vztahu s protějškem. Schopnost rychlé orientace je pro dialog klíčovým prvkem v úspěšné strategii. Není třeba zdůrazňovat, že kdo nekomunikuje, není sociálně úspěšný.” (z knihy Transakční syntéza Metila).

### Vlastní text:

Komunikace je jednou z nejvýznamnějších oblastí nejen v osobním životě člověka, ale i v jeho profesním a pracovním působení. V pracovním prostředí hraje komunikace jednu z nejdůležitějších rolí. Zejména pro manažera je zvládnutí komunikačních dovedností nezbytným předpokladem pro úspěšné vedení podřízených a jejich motivaci k aktivitě. Zatím co v běžné mezilidské komunikaci zpravidla nemá nesprávně podaná či pochopená informace negativní dopad, v manažerské pozici je tomu naopak. V dnešní době chápeme



pojem komunikace také jako prostředek k aktivní spolupráci všech zúčastněných. Význam komunikace pro vedení organizace je opravdu velký, například v propojení jednotlivých celků v rámci organizace, umožnění vzájemné spolupráce, zvyšování efektivity práce, předcházení konfliktům, předávání úkolů, zpětné vazby atd. Komunikace je důležitým nástrojem v utváření organizační kultury a působí i jako motivační faktor. Chceme-li získat druhé pro naši věc, musíme je umět nadchnout, ocenit jejich schopnosti a pozitivně motivovat. V rámci komunikace manažerů dochází k častým chybám. Můžeme uvést hned několik příkladů, například odlišností úrovně znalostí a zkušeností. Zkušenější pracovníci automaticky předpokládají stejnou úroveň znalostí i u ostatních kolegů a na této úrovni s nimi komunikují. Další příklad neúspěšné komunikace je rozdílnost vnímání. Lidé obecně vnímají jen ten obsah, který je v souladu s jejich názorem a část obsahu buď odmítají, nebo překrucují. Někteří manažeři nedokážou naslouchat svým podřízeným a nejsou schopni jim porozumět. Někdy jim chybí schopnost používat objektivní normy, mluvit srozumitelně, poskytovat a vyhledávat zpětnou vazbu. Nedostatků bychom našli celou řadu. Úroveň komunikace manažerů hraje významnou roli při dosahování cílů organizace.

V rámci fakultní nemocnice si význam komunikace v managementu uvědomujeme a problematikou se zabýváme. Cílem nemocnice je poskytovat kvalitní a efektivní zdravotní péči. K naplnění cílů je zapotřebí kvalifikovaný, erudovaný a stabilizovaný personál. S tím nepochybně souvisí vzdělávání a odborný rozvoj zaměstnanců. Zaměřili jsme se na management v oblasti ošetrovatelství, na první stupeň řízení a tj. pozice staniční sestra. Staniční sestra patří mezi klíčové a nezastupitelné pozice v provozu fakultní nemocnice. Řídí a organizuje ošetrovatelskou péči a je zodpovědná za poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Nedílnou součástí její práce je i personální řízení. Dobré komunikační dovednosti jsou pro ni nezbytným předpokladem. Staniční sestra musí komunikovat se svými podřízenými/ sestry, ošetrovatelé, sanitáři, atd. /, nadřízenými/ vrchní sestra/ a dále s pacienty a jejich blízkými. V rámci multioborové spolupráce komunikuje dále s lékaři, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty, atd. Na podporu sester manažerek jsme připravili vzdělávací program. Cílem vzdělávání je rozvíjet manažerské dovednosti prostřednictvím komunikace. Upřednostnili jsme novou didaktickou metodu Metila s využitím umělé inteligence.

Umělá neuronová síť je inspirována biologickými neuronovými sítěmi, tím je předurčena její schopnost chovat se podobně jako biologické, bere si za vzor činnost lidského mozku. Základní a podstatnou vlastností neuronových sítí je učení, činnost spojovaná s lidskou

inteligencí. Umělá inteligence nekopíruje lidskou, ale je to „schopnost stroje přijímat data, vyhodnocovat je a doporučovat rozhodnutí“. Umělé neuronové sítě jsou tedy programové prostředky napodobující chování lidského mozku při řešení problémů.

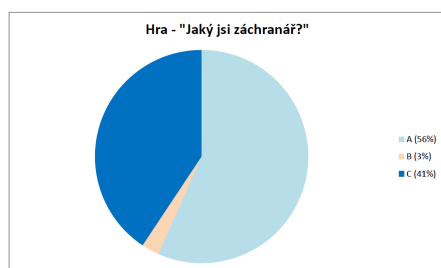
“Neuronová síť propojená s umělou inteligencí Metila je po více než desetiletém výzkumu používána v praxi od roku 2008. Za sedm let praxe proběhly desítky tisíc interakcí, které již přinášejí validní realističtější výsledky s významnými poznatky. Tyto exaktní datové výsledky a individuální zpětná vazba umožnily ověření TSM v praxi. “ (z knihy Transakční syntéza Metila)

Modelově jsme novou metodu opakovaně zkoušeli pro různé role, vzhledem k tomu, že se metoda osvědčila, tak jsme se rozhodli pokračovat. Tato metoda se odlišuje od jiných typů komunikačních robotů tím, že díky unikátní technologii neuronových sítí umí porozumět obsahu komunikace s člověkem a zjistit potřeby komunikace. Rozpozná, jak člověk přemýšlí během a o probíhající komunikaci, rozpozná týmy jako efektivní skupiny podle rozvoje možnosti potenciálu.

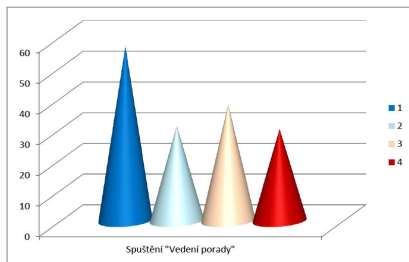
Vzdělávací program má několik fází, které na sebe logicky navazují. Prvním krokem bylo zhodnocení potenciálu zaměstnanců a orientace v sociální komunikaci, dále byly připraveny mikrokurzy a po absolvování všech mikrokurzů došlo opět ke zpětnému vyhodnocení. Na základě získaných výstupů je naplánována další fáze vzdělávání.

Staniční sestry nejprve prostřednictvím webové robotické komunikace absolvovaly program : „Jaký jsi záchránář?“ a „Vedení porady“.

Graf.č.1:“Jaký jsi záchránář?“



Graf.č.2: „Vedení porady“

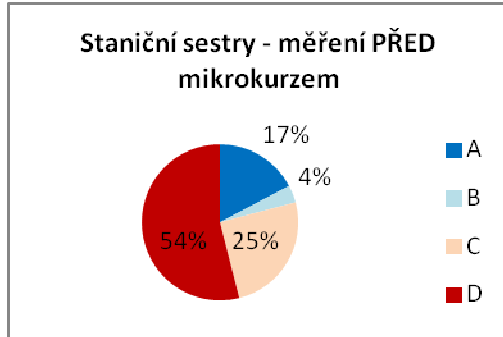


Legenda k výše uvedeným grafům:

- 1 – výborné zvládnání na strategické úrovni, někdy důslednost snižuje výkony týmu
- 2 – optimální zvládnání komunikované situace, skvělé manažerské předpoklady
- 3 – zvládnání situací je často závislé na okolí, nižší manažerský výkon v řízení týmu
- 4 - riziko nestabilního výkonu při zvládnání zátěžových situací

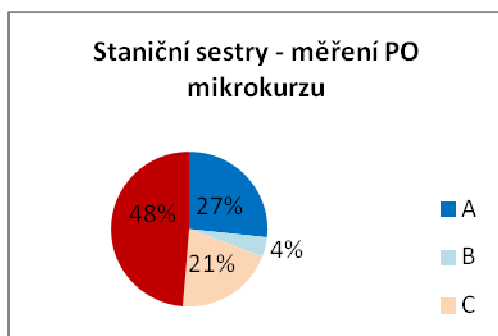
Výsledky byly podkladem pro realizaci mikrokurzu. Kurzy byly zaměřeny na následující témata: Styly ovlivňování a konflikty v komunikaci, verbální zpětná vazba, hodnocení a motivace podřízených, komunikace a delegování při konfliktech. Všechny staniční sestry postupně se kurzu zúčastnily. Kurz trvá vždy 90 minut a probíhá interaktivní metodou.

Měření graf.č.3 a č. 4, komunikace delegování při konfliktech a stížnostech



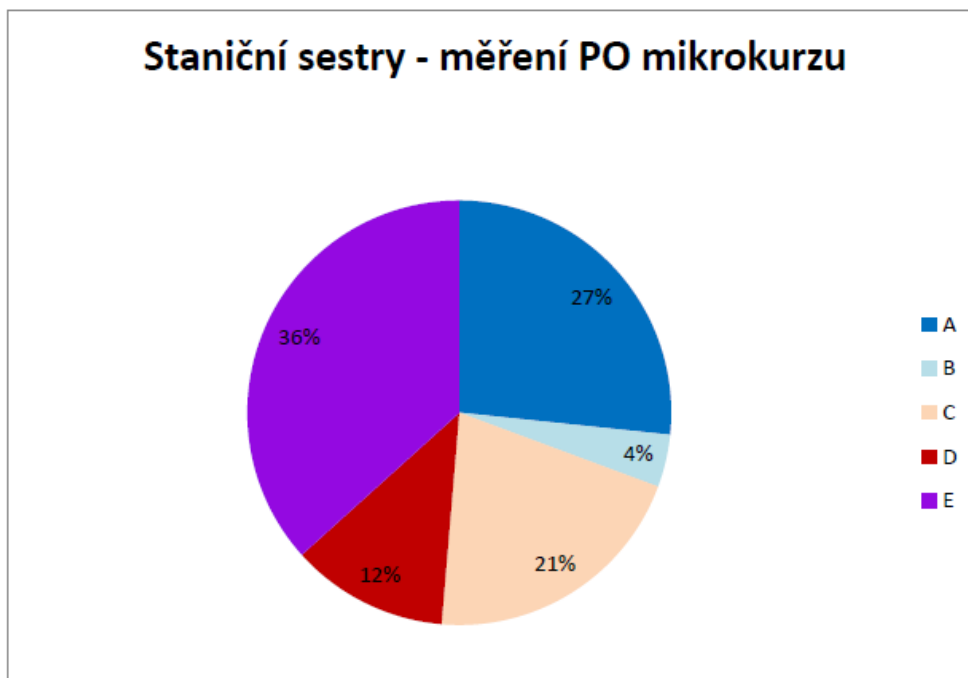
Legenda ke grafům:

- A zvládnání problematiky komunikace, strategická úroveň
- B optimální komunikace, výborné manažerské předpoklady
- C zvýšená nejistota v řešení protichůdných zájmů, faktor závislosti
- D riziko nestabilního komunikačního výkonu, faktory nejistot



Po absolvování mikrokurzů proběhlo cílené měření, které ze všech výsledků rozdělilo celek do tří skupin podle potřeby dalšího vzdělávání.

Graf.č. 5



Červená (L0) - Skupina složená z pískové a červené barvy - je úspěšně zaměřená na propojení efektivní komunikace v týmu s využitím vlastní příkladnosti a důslednosti v plnění kompetenčních cílů. Pro další manažerský posun se očekává upevnění komunikačních kompetencí ve všech rovinách (zvládání konfliktů, delegování, hodnocení, reklamace – stížnost, zpětná vazba a time management, apod.). Dlouhodobě je posun zaměřen na hodnotové vzdělávání a komunikaci v rámci managementu hodnot.

Fialová (L1) - staniční sestry, které samy sebe dokáží vést a motivovat. Mají příležitost se dále svým potenciálem manažersky posouvat získáváním manažerských komunikačních kompetencí směrem k managementu efektivity (vedení lidí a principu vůdcovství). Svoji zdravou sebedůvěru a talent mohou přenášet na své podřízené nejen prostřednictvím důvěry v delegování.

Modrá (L2) - skupina složená ze dvou odstínů modré – jsou staniční sestry které se budou manažersky blíže posouvat k řízení v rovině mezi staniční a vrchní sestrou vyžadující vedení se soustředěním na zpětnou vazbu, kterou velmi dobře zvládají. V

tomto patře kompetencí se očekává zvýšená efektivita ve všech směrech kompetenčního působení.

Ukazuje se, že nová didaktická metoda má své výhody, ale samozřejmě i nevýhody. Výhodou je přístup metody, který lze specifikovat jako individuální, personifikovaný a časově nenáročný. Mezi silné stránky patří rychlá zpětná vazba hodnocení a objektivita. Naopak nevýhodou může být neschopnost lidského faktoru se na novou metodu adaptovat. Ne každý je připraven novou didaktickou metodu použít.

### **Závěr:**

Komunikace v managementu nemocnice má velký význam pro řízení organizace. Úroveň a kvalita komunikace manažerů se promítá ve všech procesech jejich působení, ve vedení, řízení, motivaci, prosazování týmové spolupráce, předcházení konfliktů, atd. Zdravotnickí manažeři, kteří dokážou efektivně komunikovat, zároveň příznivě ovlivňují organizační kulturu a tím i nepřímo přispívají k poskytování dobré zdravotní péče. Staniční sestry ovlivňují zaměstnance na úrovni prvního stupně řízení.

### **Literatura :**

1. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. rozš. vyd.1998, 2002 s. 586 ISBN 80-7261-064-3
2. DONNELLY, J., H., JR., GIBSON, J., L., IVANCEVICH, J., M. *Management*. 1 vyd.1997.ISBN80-7169-422-3.
3. VEBER, J. a kol. *Management* 1.vyd. Praha 2000, s. 700, ISBN 80-7261-029-5
4. MISTRÍK, G. *Transakční syntéza Metila* - dobrovolná odborná publikace k vzdělávání a rozvoji nejen manažerů
5. VONDRÁK, I. *Neuronové sítě* Katedra informatiky, Fakulta elektrotechniky a informatiky VŠB - Technická univerzita Ostrava, učební materiál, 2009

### **Korespondence:**

Mgr. Jana Nováková, MBA  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol

## ROZŠIŘOVÁNÍ ROLÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČR A VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH

<sup>1</sup>Marie Zvoníčková, <sup>1</sup>Hana Svobodová, <sup>2</sup>František Vlček

<sup>1</sup>Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství

<sup>2</sup>Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Kabinet veřejného zdravotnictví

### **Souhrn:**

*Autoři příspěvku předkládají rámcový přehled o vývoji rolí u tradičních zdravotnických pracovníků a vytváření nových zdravotnických profesí v souvislosti s demografickými změnami a možnostmi moderní léčby, resp. finanční náročností zdravotní péče v Evropě. Některé evropské země reagují systémovými změnami, mezi které patří rozšiřování role existujících zdravotnických pracovníků nebo vytváření nových zdravotnických profesí. V této oblasti však existuje minimum dat, která by zhodnotila přínos těchto opatření. V příspěvku jsou prezentovány dílčí výsledky evropské studie MUNROS, jejímž cílem je zhodnotit a popsat ekonomický přínos nových profesí v poskytování zdravotních služeb v devíti evropských zemích (včetně České republiky) v oblasti péče o pacienty s infarktem myokardu, diabetes mellitus 2. typu a ca prsu. Projekt MUNROS je financován ze 7.rámcového programu EU „Health Care Reform: The iMpact on practice, oUtcomes and cost of New ROles for health profeSsionals“ (MUNROS) (FP7 HEALTH-2012-INNOVATION-1) pod číslem HEALTH-F3-2012-305467EC.*

### **Klíčová slova:**

*Tradiční zdravotnické profese, nové zdravotnické profese, skill mix, MUNROS*

### **Extended Role of Health Professionals in the Czech Republic and Selected European Countries**

### **Summary:**

*The authors of this article present a basic survey concerning a development of traditional as well as new health professions with regards to demographic changes and possibilities of modern therapeutic approaches, and financial demands of health care in Europe. Some European countries respond by systemic changes including extension of roles of traditional health professions or development of new health professions. However, there is a shortage of data about effectiveness of this approach. In this article, we present partial results of European project MUNROS with regards to contribution of new health professions in delivering health care in 9 European countries (including the Czech republic) to patients suffering with breast cancer, acute myocardial infarction and type 2 diabetes mellitus. Project „Health Care Reform: The iMpact on practice, oUtcomes and cost of New ROles for health profeSsionals“ (MUNROS) is funded by the European Commission, under the European Community's Seventh Framework Programme (FP7 HEALTH-2012-INNOVATION-1) grant agreement number HEALTH-F3-2012-305467EC.*

### **Key words:**

*Traditional health professions, New health professions, Skill mix, MUNROS*

## Úvod

Více než 75% celkových nákladů souvisejících s poskytováním zdravotní péče představují náklady personální. Některé evropské země se pokoušejí řešit tento problém tím, že mění pojetí role nelékařských zdravotnických pracovníků a snaží se maximálně využít jejich odborný potenciál k poskytování zdravotní péče. V této souvislosti se používá termín skill mix, kterým se definuje kombinace pracovních pozic, vzdělání a oborů (profesí) v organizaci. (Buchan et al., 2001). Dosažení optimální kombinace různě vzdělaného a různě zkušeného zdravotnického personálu ve stávajících finančních limitech představuje aktuální problém pro většinu zdravotnických zařízení. V zásadě se jedná o použití dvou různých přístupů. V první variantě je to využití znalostí a zkušeností nelékařských zdravotnických pracovníků k provádění činností, které tradičně prováděli lékaři, resp. rozšiřování rolí u tradičních zdravotnických profesí jako jsou sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, radiologičtí asistenti, nutriční terapeuti, apod.) v určitých klinických oblastech. Ve druhé variantě se jedná o zavádění úplně nových zdravotnických profesí, jako jsou tzv. nurse practitioners (NPs), advanced nurse specialists (APNs) nebo physician's assistants (PAs) (v češtině pro ně zatím neexistuje jednotné pojmenování).

## Vlastní text

Výzkum v oblasti skill-mix je komplikovaný. V odborné literatuře se objevují nejčastěji studie zkoumající kombinování různě vzdělaného ošetrovatelského personálu (sester) s personálem pomocným (sanitáři), dále studie zaměřené na nezdravotnický personál (sekretářky, technické asistenty) a ojediněle i studie zaměřené na zapojení příbuzných nebo dobrovolníků do zdravotnických týmů (Buchan et al., 2001).

3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze se zapojila do evropského výzkumného projektu nazvaného MUNROS „*Health Care Reform: The iMPact on practice, oUtcomes and cost of New ROles for health Professional*“, jehož cílem je zkoumat přínos rozšířených kompetencí tradičních nelékařských zdravotnických pracovníků a/nebo přínos nově vzniklých nelékařských zdravotnických profesí. Výzkumného projektu se účastní 9 evropských zemí, resp. univerzitních pracovišť zkoumajících ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče. Projekt vede Health Economics Research Unit University of Aberdeen ve Skotsku, partnery jsou Erasmus University

Rotterdam (Holandsko), Technische Universität Berlin (Německo), Economic Policy Research Foundation (Turecko), Uniwersytet Warszawski (Polsko), Uni Research Bergen (Norsko), University of Manchester (Anglie), Università Cattolica Del Sacro Cuore (Itálie), z České republiky 3. lékařská fakulta University Karlovy v Praze (Ústav ošetřovatelství a Kabinet veřejného zdravotnictví) a Advanced Health Institute.

Výzkum probíhá v několika fázích od roku 2013. V současné fázi jsou k dispozici výsledky studií zdravotnických systémů jednotlivých zemí, výsledky studia odborné literatury vztahující se k rozšířeným rolím tradičních nelékařských zdravotnických profesí (Tsiachristas et al., 2015) a výsledky etnografického výzkumu (Wallenburg et al., 2014). Probíhá dotazníkové šetření, jehož výsledky budou k dispozici v lednu 2016 a připravují se další fáze výzkumu.

Publikované studie nových zdravotnických profesí (nurse practitioners nebo advanced practice nurses) ukazují, že jejich zavedením se zlepšuje přístup pacientů ke zdravotní péči, informovanost pacientů, spokojenost pacientů a jejich blízkých, klinické výstupy, kvalita péče i využití zdravotní péče nejčastěji v oblasti onkologické péče, péče o pacienty s dg. diabetes mellitus, revmatoidní artritidou, u pacientů s rizikem kardiovaskulárního onemocnění, čili u pacientů s chronickým onemocněním. Relevantní studie týkající se profese physician's assistant nejsou k dispozici (Tsiachristas et al., 2015).

Cílem komparativního etnografického výzkumu bylo porozumět názorům, chování a každodenní praxi subjektů výzkumu (Pope, 2005), tzn. lékařům, nelékařským zdravotnickým pracovníkům, pacientům, finančním manažerům, personalistům). Etnografický výzkum se používal proto, aby bylo možné porozumět rozdělení pracovních povinností, vztahům mezi tradičními profesemi, novým profesním rolím, manažerům i pacientům v jednotlivých zemích ve vybraných oblastech zdravotní péče, tj. v oblasti péče o nemocné s rakovinou prsu, péče o nemocné s infarktem myokardu a v oblasti péče o nemocné s diagnózou diabetes mellitus.

Některé zajímavé výsledky:

V rozvoji nových profesí hrají velkou roli legislativní rámec, vzdělávací programy a financování zdravotnictví. Právní rámec chrání profesi tím, že definuje, kdo je kompetentní k provádění určitých výkonů. Vzdělávací programy regulují vstup do profese a určují kompetenční rámec. Finanční regulace ovlivňuje organizaci práce:



pokud je platba za výkon závislá na pozici lékaře, pak je rozvoj nových profesí výrazně obtížnější než v případě, kdy platba za výkon není vázána na pozici lékaře, tzn. když výkon může vykonávat i jiný pracovník (tzv. task substitution).

V utváření a transformování profesionální identity, resp. při vytváření nových profesních rolí hrají vedle státu a profesní organizace velkou roli sama zdravotnická zařízení, a jejich důležitost v této oblasti roste. Projevuje se zejména při nedostatku pracovníků, při zefektivňování postupů, kariérním růstu pro schopné sestry, vypořádávání se s požadavky na kvalitu péče.

V Holandsku a Skotsku mají nové profese (APNs, PAs) oprávnění provádět výkony, které byly donedávna doménou lékařů (např. preskribce léků, včetně chemoterapie podle protokolu).

Itálie a ČR mají zavedeno univerzitní vzdělání pro sestry a jiné nelékařské zdravotnické pracovníky v daleko větší míře než jiné země, např. v Holandsku se sestry na univerzitě nevzdělávají, pouze APNs a PAs.

V Itálii zavedli nově vzdělávání pro zdravotnické asistenty (asistenti s prováděním běžných denních činností).

Zdravotnická zařízení se podílejí ve velké míře na specializačním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a na vzdělávání v oborech, které univerzity nezajímají.

Pojišťovny platí za body a nositelem bodu je lékař (ČR). I v Holandsku APNs a PAs jsou v platbách od pojišťovny neviditelní. Za jejich práci platí pojišťovna lékaři.

Lékaři jsou mimořádně mocnou profesní skupinou, která zásadním způsobem ovlivňuje vznik nových profesí.

Institucionální kontext ovlivňuje rozšiřování kompetencí významněji než právní rámec.

## **Závěr**

Je zajímavé srovnat současné tendence týkající se vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR s evropskými trendy zaměřenými na maximální využití potenciálu nelékařských zdravotnických pracovníků, a to jak pracovníků tradičních profesí, tak příslušníků tzv. nových zdravotnických profesí.

### **Literatura:**

1. BUCHAN, J. – BALL, J. – O'MAY, F. (2001) If changing skill mix is the answer, what is the question? *In Journal of Health Services Research & Policy*, 2001, roč. 6, č. 4, s. 233-238. ISSN 1355-8196
2. POPE, C. (2005) Conducting ethnography in medical settings. *In Medical Education*, 2005, roč. 39, č. 12, s. 1180-1187. ISSN 0308-0110
3. TSIACHRISTAS, A. – WALLENBURG, I. – BOND, C.M. – ELLIOT, R.F. – BUSSE, R. – van EXEL, J. – RUTTEN-van MÖLKEN, M.P. – de BONT, A. – the MUNROS team (2015) Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *In Health Policy*, 2015, in press, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.001>
4. WALLENBURG, I. – DeBONT, A. New professional roles in the health services of Europe: results of a preliminary study. Nепublikovaný materiál. MUNROS, WP3, 30.10.2014

### **Korespondence:**

PhDr. Marie Zvoníčková  
Univerzita Karlova v Praze  
3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství  
Ruská 87  
100 00 Praha 10  
Email: Marie.Zvonickova@lf3.cuni.cz

## POKROČILÁ PRAX V OŠETROVATELSTVE

**Beáta Grešš Halász, Lubomíra Tkáčová**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o., detašované pracovisko Michalovce, SR

### **Súhrn:**

*Pokročilá prax v ošetrovatelstve sa začala kreovať v šesťdesiatych rokoch minulého storočia v USA v dôsledku nedostatku lekárov a sestier. V súčasnosti sa praktizuje v niekoľkých štátoch sveta ako účinná a zdroje šetriaca rola sestier. Determinácia role spočíva skôr v stupni zodpovednosti a rozhodovania než v obťažnosti a náročnosti úloh. Ponúka intervencie a podporuje zdravý životný štýl pre pacientov/klientov a ich príbuzných v rôznych druhoch zdravotníckych zariadení a komunitie v spolupráci s ďalšími zdravotníckymi profesionálmi v rámci schválených kompetencií. Využíva pokročilé klinické ošetrovateľské vedomosti a schopnosti kritického myslenia, aby bola nezávisle poskytovaná optimálna primárna až kvartérna starostlivosť akútnych alebo chronických štádií ochorení. Pokročilá prax je založená na teórii a praxi ošetrovatelstva, zahŕňa výskum, manažment a vedenie v rámci multidisciplinárneho prístupu s cieľom skvalitňovania starostlivosti. Sestra s pokročilou praxou je autonómna, skúsená v klinickej praxi, vzdelaná, kompetentná a zodpovedná. Cieľom autorov príspevku je priblížiť túto ošetrovateľskú prax, jej podstatu, podmienky a benefity pre spoločnosť ako aj pre samotných zdravotníkov a manažmenty.*

### **Kľúčové slová:**

*Sestra; Ošetrovatelstvo; Pokročilá prax sestier; Vzdelávanie; Kompetencie.*

## ADVANCED PRACTICE IN NURSING

### **Summary:**

*The establishment of Advanced Nursing Practice began in sixties of the past century in the United States due to a lack of doctors and nurses. Currently, it is practiced in several countries around the world and is an effective and resource-saving role. The determination of the role lays in the level of responsibility and decision-making rather than in the difficulty and complexity of tasks. For different types of health care facilities and the community care it offers interventions and promotes a healthy lifestyle for patients / clients and their families in cooperation with other health care professionals within agreed competencies. The role uses advanced clinical nursing knowledge and critical thinking skills in order to provide optimal primary to quaternary care of acute and chronic stages of the disease independently. Advanced Nursing Practice is based on theory and practice and involves research, management, leadership, and multidisciplinary approach in order to improve care. Advanced Practice Nurse is an autonomous, experienced in clinical practice, educated, competent and responsible. The aim of authors is to explain the Advanced Nursing Practice, its nature, conditions and benefits for the society as well as for health care professionals and managements.*

### **Key words:**

*Nurse; Nursing; Advanced Nursing Practice; Education; Competences.*

## **Úvod**

Súčasná situácia v zdravotníctve nielen Slovenska, ale aj mnohých krajín sveta, je vzhľadom na možnosti využitia zdrojov kritická. Ekonomiky zaznamenávajú nedostatok alebo neefektívne hospodárenie s financiami, materiálno- technickým vybavením ako aj personálnymi zdrojmi. Výsledkom je ohrozenie kvality a dostupnosti poskytovanej starostlivosti, na ktorú majú občania plné právo. Nielen v ošetrovatel'stve, ale taktiež v oblastiach medicíny, fyzioterapie, pracovného lekárstva a farmakológie sú prax a vzdelávacie programy prehodnocované následkom zmien v oblasti technológií, genetiky, starnúcej a rastúcej populácie, a tým aj zvýšenému výskytu chronických a civilizačných ochorení, objavení či vzniku nových ochorení, ktoré súčasná doba prináša. Predpokladá sa, že bude musieť dôjsť k zmenám, optimalizácii, prípadne reštrukturalizácii systému zdravotníctva. V tomto kontexte má ošetrovatel'stvo jednu z hlavných úloh vzhľadom na značné percentuálne zastúpenie sestier v zdravotníckych systémoch. Sestry významnou mierou prispievajú k úrovni služieb, z čoho vyplýva urgencia prevzatia vedenia a zodpovednosti za súčasnú situáciu v zdravotníctve v rámci svojej odbornosti a kompetencií. Jedným z možných riešení je posúdenie integrácie role sestry s pokročilou praxou do systému zdravotníctva aj na Slovensku. Autorky chcú priblížiť pojem, históriu a súčasnosť praktizovania role, podmienky, ako sú legislatíva, adekvátne vzdelanie a dĺžka praxe pre pokročilú prax a jej predpoklady na uplatnenie aj v našich krajinách.

## **Čo je pokročilá prax v ošetrovatel'stve?**

Pokročilá prax, alebo rola sestry s pokročilou praxou je na základe výsledkov mnohých zahraničných publikácií považovaná za nádejné východisko s dlhodobými pozitívnymi dopadmi na skvalitňovanie a dostupnosť služieb pre pacientov/klientov v zdraví ako aj chorobe. Rola uplatňovaná inštitucionálne ako aj v komunite od primárnej až po kvartérnu starostlivosť zahŕňa nové modely starostlivosti a štruktúry praxe. Je to jedinečná kombinácia vedomostí, praktických zručností a odbornosti, ktorá derivuje jednotlivé roly pokročilej praxe.<sup>1</sup> Americký systém rozlišuje štyri hlavné role registrovanej pokročilej praxe: 1) certifikovaná registrovaná anesteziologická sestra, 2) klinická sestra- špecialista, 3) certifikovaná pôrodná asistentka, a 4) sestra- praktik.<sup>2</sup> Pokročilú registrovanú prax opisuje ako disciplínu ošetrovatel'stva.<sup>1</sup>

Vzdelávanie je jedným z hlavných podmienok a predpokladov pokročilej praxe sestier. Sestry sa vzdelávajú v magisterskom a vyššom stupni vysokoškolského štúdia. Ďalšou podmienkou je prax minimálne troch až piatich rokov v danom odbore- každá krajina má túto podmienku legislatívne zadefinovanú osobitne.<sup>4</sup>

Pokročilá prax je vykonávaná registrovanými sestrami s licenciou, ktoré sú pre rolu vybavené vedomostne s adekvátnou dĺžkou praxe a expertízou v danej oblasti. Sestry poskytujú kvalifikovanú starostlivosť jednotlivcom, rodinám, skupinám v rôznych typoch zdravotníckych zariadení, domovoch, domácnostiach, školách, komunitných zariadeniach, verejných a súkromných zariadeniach, klinikách, ambulanciách, atď. Pracujú nezávisle a/alebo v kolaborácii s inými zdravotníckymi profesionálmi. Riadia posudzovanie a starostlivosť zameranú na podporu zdravia a prevenciu chorôb, diagnostikujú a manažujú bežné akútne ochorenia, vypracúvajú odporúčania pre ďalšie postupy, konzultácie, a manažujú stabilizované chronické ochorenia. Nezávislé sestry- praktičky sú legálne zaviazané vykonávať služby bez supervízie a asistencie iného zdravotníckeho profesionála. Sestry s pokročilou praxou participujú aj na výskumoch a vzdelávaní sestier.<sup>4</sup>

Služby sú personalizované, individualizované, orientované na pacienta/klienta ako komplexné kontinuum starostlivosti integrujúcej všetky ostatné aspekty zdravotnej starostlivosti v priebehu času v čo najväčšej možnej miere jednou sestrou- praktičkou zahrňujúcej odporúčania pre ďalšie vyšetrenia, starostlivosť alebo konzultácie podľa potreby.

## **História**

Myšlienka pokročilej praxe sestier vznikla v 60tych rokoch minulého storočia v dôsledku nedostatku lekárov a odborníkov ako stratégia pre zvýšenie dostupnosti primárnej starostlivosti. Prvý vzdelávací program pre sestry- praktičky začal v roku 1965 na coloradskej univerzite v USA pod vedením sestry Loretty Ford a lekára Henriho Silvera. Program pripravoval sestry- praktičky v odbore pediatrie. Tieto sestry pracovali v kolaborácii s lekármi a na základe vzdelania a pokročilých praktických skúseností boli schopné identifikovať symptómy, diagnostikovať a manažovať zdravotné problémy detí. Federálna legislatíva podporila túto myšlienku, vytvorila odporúčania pre intervencie a poskytla zdroje na rozvoj primárnej starostlivosti. Odporúčania definovali spoločnú

zodpovednosť za starostlivosť vykonávanú lekárom a sestrou- praktičkou s hlavným cieľom poskytnúť podporu sestrám- praktičkám lekármi. Rozšírená a expandovaná rola sestry zahrňovala skôr horizontálny posun zahrňujúci odborné znalosti z medicíny a iných disciplín. Vzdelávanie sa vďaka podpore rýchlo uplatnilo a v 70tych rokoch existovalo vyše 500 takýchto certifikovaných sestier- praktičiek pracujúcich v primárnej starostlivosti. V roku 1974 Americká asociácia sestier vypracovala a publikovala pokyny pre prípravu sestier- praktičiek a v roku 1976 implementovala poverovací program pre získanie licencie, ktorý umožňuje sestrám pracovať individuálne a je platný dodnes. Neskôr, v roku 1979 bol vytvorený a zavedený nový program pre sestry, ktorý umožnil získať doktorát v ošetrovatelstve. V 80 rokoch začal používať termín „pokročilá prax sestier“. Bol to skôr vertikálny, resp. hierarchický posun, než len jednoduchá expanzia expertízy. Pokročilá prax sestier sa stal súhrnným názvom pre role certifikovanej registrovanej anesteziologickej sestry, klinickej sestry- špecialistky, certifikovanej pôrodnej asistentky a sestry- praktičky. Skvalitňovaním ako aj samotnými požiadavkami starostlivosti sa vzdelávacie programy modifikovali z certifikovaných na akreditované magisterské. Ako reakcia na reformu v 90tych rokoch sa vzdelávacie programy pre pokročilú prax sestier množili ohromujúcim tempom. Rokom 1994 bolo celkovo 49 000 sestier zamestnaných ako sestry s pokročilou praxou.<sup>1</sup>

### **Súčasnosť**

Od vzniku myšlienky pokročilej praxe sestier táto rola prešla rapídnu evolúciou. Napriek rôznym pohľadom na túto rolu, za pozitívum možno pokladať zjednotené chápanie role a vydiferencovanie kompetencií. Napriek uznaniu pokročilej praxe sestier a pokroku, ktorý v oblasti nastal, táto disciplína ošetrovatelstva stále čelí mnohým prekážkam, ako sú pokusy limitovať rozsah praxe, rovnosť s inými zdravotníckymi profesiami, udržanie kompetencií, status v primárnej starostlivosti, štandardizácia odmeňovania a adekvátnych výhod.<sup>1</sup>

V nedávnej minulosti sa uskutočnilo niekoľko významných udalostí prinášajúcich riešenia v oblasti poskytovania licencií, akreditácie, certifikácie, vzdelávania a praxe. Na základe požiadaviek vyplývajúcich zo situácie v zdravotníctve roku 2008 v USA zasadla pracovná skupina a poradný výbor pre pokročilú registrovanú prax sestier vyselektovaný zo 45 sesterských organizácií a vypracovala konsenzný model pre reguláciu pokročilej

registrovanéj praxe v ošetrovatel'stve. Model predkladá riešenia v rámci akreditácie edukačných programov pokročilej praxe uskutočňovanej národným certifikačným akreditačným orgánom.<sup>1,2</sup> Podstata edukačných programov má byť založená na klinických skúsenostiach a obsiahlej vedomostnej báze zahrňujúcej tri oblasti: fyziológie/patofyziológie, posudzovania zdravotného stavu a farmakológie. Programy musia nadväzovať na pregraduálne vzdelávanie sestier. Absolventi musia spĺňať podmienky certifikácie, aby im bola udelená štátna licencia.<sup>2</sup>

Ďalším dôležitým medzníkom v oblasti pokročilej praxe sestier je posun od magisterského stupňa vzdelávania k nie- výskumnému, na prax- zameranému doktorskému stupňu vzdelania ako alternatíva vedeckého doktorského štúdia. Tomuto rozhodnutiu predchádzali takmer štyri roky výskumu a diskusií v rámci asociácie univerzít a plánom bolo uplatniť zmenu v roku 2015. Zistilo sa, že kredity získavané v magisterskom stupni sú ekvivalentné s doktorským stupňom iných profesií v zdravotníctve, ako napr. lekárske a farmaceutické. Navyše tieto sestry majú dostatočné zručnosti k implementovaniu výsledkov výskumov. Tento proces je dôsledkom zmien v komplexnej situácii poskytovania zdravotných služieb vyžadujúcej najvyšší stupeň vedeckého poznania a expertízy v praxi s cieľom dosiahnuť najvyššiu možnú kvalitu starostlivosti. Aj iné organizácie venujúce sa pokročilej praxi sestier vidia benefity a logickosť v tejto veci a súhlasia s prechodom k doktorskému stupňu vzdelávania pre vstup do pokročilej registrovanej praxe a špecializačného certifikačného ošetrovatel'stva.<sup>1,3</sup>

Pokročilá prax sestier prináša excelentné výsledky v zdravotnej starostlivosti poskytovanej pacientom/klientom v mnohých krajinách sveta, ako sú USA, Írsko, Kanada, Veľká Británia, Nemecko, Čína, Nigéria a iné.<sup>4</sup> V súčasnosti Slovensko aktivity na zavedenie pokročilej praxe sestier podľa dostupných informácií neplánuje. Sestry sa vzdelávajú podľa platných európskych noriem v programoch bakalárskeho, magisterského/doktorského a doktorandského stupňa. Kompetencie sestier s vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa však nie sú jasne zadefinované.<sup>4</sup> V praxi preto často dochádza k preťažovaniu sestier a ich vyhoreniu. Mnohé sestry si zvyšujú kvalifikáciu v špecializačných študijných programoch vo svojich oboroch a ich praktické skúsenosti a zručnosti sú často pokročilé. Avšak napriek kvalitnej vzdelanosti a praktickej spôsobilosti sú často nedocenené nielen finančne, ale aj profesionálne a morálne. Vzniká tak otázka, či sú tieto dostupné ľudské zdroje efektívne využívané a či je možné zadefinovať a implementovať rolu pokročilej praxe sestier v slovenskom systéme

zdravotnictva. Je nutné vykonať výskum v tejto oblasti so zreteľom na legislatívu, systém regulácie a vypracovať model kompetencií pre sestry s vysokoškolským vzdelaním, špecializáciou a praktickými skúsenosťami, ktorý by mohol byť prínosným nielen pre samotné sestry, ale aj pre manažmenty, štát, a hlavne pacientov/klientov, ktorým je zdravotná starostlivosť poskytovaná.

## Záver

Pokročilá prax sestier je uznávanou disciplínou v mnohých krajinách sveta. Prináša excelentné výsledky v rámci šetrenia zdrojov, ich efektívneho využívania, prerozdelenia, dostupnosti a skvalitňovania zdravotnej starostlivosti, podporu kontinuálnej starostlivosti v zdraví i chorobe od primárnej po kvartérnu, s využitím dostupných technológií a praxe založenej na dôkazoch. Je to budúcnosť ošetrovateľstva vzhľadom na dopyt a globálne zmeny v populácii, technológiách a najnovších poznatkoch vied, z ktorej môžu benefitovať manažmenty, zdravotníci a hlavne pacienti/klienti. Je nutné prehodnotiť možnosti implementácie pokročilej praxe sestier do systému zdravotníctva na Slovensku, pretože súčasná doba si vyžaduje modifikáciu, prispôsobenie a zmeny v štruktúre poskytovania zdravotnej starostlivosti. Pokročilá prax sestier by mohla byť jedným z riešení mnohých problémov, ktorými slovenské zdravotníctvo v súčasnej dobe prechádza. Potrebné je však prehodnotiť a zväziť benefity tejto role sestier, ako aj zmeny, ktoré by bolo nutné implementovať.

## Literatúra:

1. HAMRIC A.B., HANSON Ch. B., TRACY M. F., O'GRADY E. T. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn., Missouri: Elsevier Health Sciences, 2014. 726 s. ISBN: 978- 1- 4557- 3980- 6.
2. APRN Joint Dialogue Group Report. *Consensus Model for APRN Regulation: Licensure, Accreditation, Certification & Education*. 2008. 41 s. [cit. 2015-25-07] Dostupné na internete: □<http://www.aacn.nche.edu/education-resources/APRNReport.pdf> □.
3. American Association of Colleges of Nursing. *The Doctor of Nursing Practice (DNP)*. 2015. 2 s. [cit. 2015-25-07] Dostupné na internete: □<http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/DNPFactSheet.pdf> □.
4. GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2015-25-07] Dostupné na internete: [http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP\\_Cislo\\_4\\_2014\\_CZ\\_Supplementum.pdf](http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf) . ISSN: 1336- 9326.



**Korespondence:**

PhDr. Beáta Grešš Halász

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

Detašované pracovisko: Ústav bl. Metoda Trčku

Partizánska 23

071 01 Michalovce

Email: [beahalasz@yahoo.com](mailto:beahalasz@yahoo.com)

## DUŠEVNÍ ZDRAVÍ JAKO FAKTOR OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU POSKYTOVANÉ PÉČE

**Jiřina Hosáková, Jana Kačorová, Lucie Valchařová**

Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství

### **Souhrn:**

*Příspěvek je věnován problematice duševního zdraví sester v kontextu klinické praxe. Ošetřovatelská péče je v současnosti chápána jako holistický přístup k nemocnému, který vyžaduje mimo odborných znalostí a dovedností i empatický, podporující a vstřícný přístup ze strany sestry. Jednou z podmínek tohoto složitého vztahu je dobré duševní zdraví personálu. V zahraničí bývá běžně využívána ke zkvalitnění pracovního i osobního života sester supervize jako nástroj podpory, který umožňuje definovat a objasnit problémy související s výkonem profese a jejich přesah do soukromého života. V podmínkách našeho zdravotnictví není této oblasti věnována pozornost, důraz je nekompromisně kladen na výkon s malou či žádnou možností úlevy a s hrozbou závažných důsledků v případě výskytu chyb nebo omylů. Výsledky našeho šetření ukázaly, že část oslovených sester objektivně trpěla odchylkami v oblasti duševního zdraví, ale subjektivně se považovaly za naprosto zdravé a bez potíží. Nepřipouštěly si ani možné riziko v oblasti kvality práce nebo v chování a přístupu k pacientům. Prospěšná se jeví lepší informovanost o této problematice včetně dopadu duševní nerovnováhy na výkon povolání a kvalitu života sester i pacientů.*

### **Klíčová slova:**

*Duševní zdraví, sestra, podpora, supervize, prevence*

## MENTAL HEALTH AS A FACTOR INFLUENCING QUALITY OF PROVIDED CARE

### **Summary:**

*This paper concerns mental health of nurses in clinical practice. Nursing care is currently understood as a holistic approach to the ill which requires not only expert knowledge and skills, but also empathic, supporting and helpful approach from the nurse. One of the factors in this complex matter is mental health of the carers. Supervision is commonly used abroad as a tool for improvement of both professional and personal life of the nurses. It helps to define and understand various problems that are connected to work and their influence on personal life. In our health care system, this area is rather neglected and performance with little or no possibility of relief and threats of serious consequences in case of mistakes are emphasized. Results of our research show that some of the nurses objectively have problems in the area of mental health but they subjectively consider themselves as healthy and without any problems. They do not admit the possible risk in quality of work, their behaviour or approach to the patients. A helpful intervention seems to be education about this area including the impact of mental instability on the professional care and quality of life of both nurses and patients.*

### **Key words:**

*Mental health, nurse, support, supervision, prevention*

## Úvod

O profesi sestry se často hovoří ne jako o povolání, ale jako o poslání. Sestra nemusí splnit jen náročné vzdělání, ale musí být schopná vyrovnat se i s fyzickou námahou a psychickou zátěží bez toho, že by došlo k jakémukoliv selhání v poskytování péče. Z toho vyplývá, že nutnou podmínkou pro výkon povolání je osobní vyzrálость sestry. Mezi žádoucí osobnostní rysy patří empatie, tolerance, ochota ke spolupráci a schopnost racionálního rozhodování. Tyto vlastnosti jsou podmínkou pro vytvoření pocitu důvěry a bezpečí, které pacient od sestry očekává. V případě duševní nepohody je snižená pracovní schopnost sester, mohou se vyskytovat poruchy paměti nebo změny v chování, které se projevují nevhodným přístupem k nemocnému (Venglářová, 2011, s. 25). Udržení duševního zdraví není jednoduchou záležitostí již z toho důvodu, že si sestry možné problémy v této oblasti vůbec nepřipouštějí. Definovat duševní zdraví je poměrně problematické, neboť společností je vnímáno v různých rovinách. Například Míček rozděluje dvě pojetí duševního zdraví: užší pojetí, kdy *“se duševní zdraví ztotožňuje s nepřítomností příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace, respektive s nepřítomností stresu”* a širší pojetí, kdy *„jde především o schopnost adekvátní adaptace, sebevýchovy a sebepoznání“* (Míček, 1988, s. 60). *„Když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká porucha/nemoc“* (Dušek, 2010, s. 23). Pro aktuální způsob života populace je charakteristický výskyt rizikových faktorů, které ovlivňují psychiku. Neovlivnitelnými jsou věk, genetická dispozice a pohlaví. Do ovlivnitelných řadíme závislosti, nesprávný životní styl, nevhodná strava, pohlavní choroby, šikana, gamblerství a sebevražednost (Mlčák, 2005, s. 14). Hawkins (2004, s. 32) upozorňuje na negativní působení opakovaného stresu a následného přetížení, které vedou k syndromu vyhoření. Gärtner prokázal u sester vyšší výskyt CMDs – Common Mental Disorders, které vedly ke snížení jejich pracovního výkonu, k častějším chybám při podávání medikace, ke zvýšenému počtu poranění sestrou a ke snižující se spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí (Gärtner, 2010, s. 3).

Pro hodnocení duševního zdraví je možno použít některou z dostupných škál. V České republice jsou však tyto nástroje využívány sporadicky. Například Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR použil k šetření nástroj MHI-38 (Mental Health Index), který je určen pro dospělou populaci a hodnotí podrážděnost, úzkost, depresi, schopnost kontroly chování a životní spokojenost (ÚZIS, 2010). Dostupná je i Stupnice hodnocení

psychického zdraví, která monitoruje pocity respondenta, obavy, třes rukou, svalovou slabost, spánek, sociální kontakty a spokojenost se životem (Staňková, 2001, s. 27). Příkladem hodnotícího nástroje pro profesi sestry je dotazník The Nurses Work Functioning Questionnaire (NWFQ), který sleduje kognitivní aspekty plnění úkolů, poruchy rozhodování, incidence chyb při výkonu povolání, podrážděnost, konflikty s kolegy, vyhýbání se společnosti a nedostatek energie a motivace.

Cestou pro udržení duševního zdraví je prevence v oblasti duševní hygieny. Jednotlivé strategie se mohou měnit podle stávající situace, obecně lze ale doporučit zdravou životosprávu, time management, sebepoznání, umění vztahů, relaxaci a v rámci organizace supervizi a prevenci stresu (Valchařová, 2014, s. 22).

### **Cíl práce**

Cílem práce bylo zhodnotit pomocí standardizovaného dotazníku úroveň duševního zdraví sester z vybraného zdravotnického zařízení.

### **Metodika**

Sběr dat byl realizován formou standardizovaného dotazníku Stupnice hodnocení psychického zdraví, který byl doplněn o otázky vztahující se k demografickým údajům. Na této stupnici lze získat 0-15 bodů, přičemž zisk 6 a více bodů svědčí pro poruchu duševního zdraví. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, navraceno bylo 154 dotazníků, z formálních důvodů bylo vyloučeno 8 dotazníků. Zpracováno a vyhodnoceno bylo následně 146 dotazníků. Vyhodnocení bylo provedeno s použitím programu Microsoft Office Excel, výsledky byly zpracovány do tabulek a grafů s uvedením absolutní četnosti a relativní četnosti.

### **Soubor**

Soubor respondentů byl sestaven ze všeobecných sester pracujících na standardních odděleních v Městské nemocnici v Ostravě. Dalšími kritérii bylo ženské pohlaví a odborná způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu.

## Výsledky

Analýzou dat bylo zjištěno, že 37,7% respondentek získalo 6 a více bodů a 62,3% méně než 6 bodů. Nejvíce, 18,5% oslovených, získalo 2 body, 12,3% 1 bod. Čtyři, pět a šest bodů získalo shodně 10,3%. Nejméně, 0 bodů, získalo 0,7% respondentů, 1,4% získalo shodně 11 a 12 bodů a 4,8% 10 bodů.

Tab. 1 Bodový zisk

<b>Bodový zisk</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
0 bodů	1	0,7%
1 bodů	18	12,3%
2 body	27	18,5%
3 body	15	10,3%
4 body	15	10,3%
5 bodů	15	10,3%
6 bodů	12	8,2%
7 bodů	11	7,5%
8 bodů	10	6,8%
9 bodů	11	7,5%
10 bodů	7	4,8%
11 bodů	2	1,4%
12 bodů	2	1,4%
<b>Celkem</b>	<b>146</b>	<b>100%</b>

## Diskuse

Úroveň duševního zdraví sester byla hodnocená pomocí standardizovaného dotazníku. Z výsledků vyplynulo, že více než třetina sester (37,7%) získala počet bodů poukazující na poruchu duševního zdraví. Duševní zdraví české populace sledoval i ÚZIS, který v roce 2011 zveřejnil výsledky šetření. Ukázalo se, že horší duševní zdraví má 5,2% českých mužů a 11,6% českých žen. Porovnání výsledků ukázalo, že sestry mají 3x častější výskyt poruch duševního zdraví než ženy v ČR. Vyšších hodnot výsledků v šetření dosáhli při použití stejného hodnotícího nástroje i Zamanian et al. (2008), kteří prokázali bodový zisk svědčící pro poruchu duševního zdraví u 45,4% sester nebo Jian-Ann (2009) s poruchou duševního zdraví u 42% sledovaných sester. V našem šetření byl zaznamenán výskyt poruch duševního zdraví o něco nižší. Obecně se sestry většinou cítily dobře, ale zároveň uváděly časté obavy o vlastní zdraví. Zajímavým se jeví i zjištění, že část sester se necítí dobře ve společnosti lidí, což v této profesi není žádoucí. Ke stejnému zjištění dospěli i Zamanian et al. (2008). Ve své studii porovnávali míru výskytu sociálních dysfunkcí u sester a obecné populace a jejich výsledky prokázaly

významně vyšší problémy u sester. Yu-Qin et al. (2012) sledovali u sester mimo úroveň duševního zdraví i výskyt anxiety. Zjistili, že 43,3% sester z jejich šetření trpělo úzkostnou poruchou a jako rizikové faktory definovali mladší věk a život bez partnera.

## Závěr

Problematika hodnocení duševního zdraví není v našich podmínkách nijak rozšířená. Duševní zdraví je však nedílnou součástí zdravotního stavu jedince. Kvalitní ošetrovatelskou péčí může poskytovat pouze sestra zdravá, která je schopná reagovat na aktuální potřeby nemocného i požadavky plynoucí z klinické praxe ve zdravotnickém zařízení. Výsledky našeho šetření poukázaly na vyšší výskyt duševních poruch u oslovených sester, tento trend byl potvrzen i výsledky zahraničních studií. Lze konstatovat, že organizace by měly být odpovědné nejen za sledování tělesného stavu, ale i duševního zdraví například některým ze standardizovaných dotazníků. Ke zlepšení stávajícího stavu mohou být využity techniky psychosociální podpory, například Balintovské skupiny, které jsou jednou z metod supervize a které jsou v zahraničí běžně používány.

## Literatura:

1. VENGLÁŘOVÁ, M. A KOLEKTIV. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2. ÚZIS [online]. Praha: EHIS, výběrové šetření duševního zdraví populace ČR, © 2008. Poslední změna 21. 09. 2011 [cit. 21. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/vyberova-setreni-studie/ehis-cr-2008>
2. MÍČEK, L. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1988. 22214-226-86.
3. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 201. MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-035-1.
4. GÄRTNER, F., NIEUWENHUIJSEN, K., SLUITER, J. et al. Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: NWFQ. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2010, vol. 85, issue 2, p. 125-138. ISSN 1432-1246.
5. VALCHAŘOVÁ, L. *Duševní hygiena zdravotnických pracovníků: Závěrečná práce kurzu ČŽV*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě, 2012.
6. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
7. ZAMANIAN, Z., KAKOOEI, H., AYATTOLLAHI, A. et al. Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 2008, vol. 11, issue 12, p. 1605-1609, ISSN 1028-8880.

8. JIAN-ANN, S., HSU-HUEI W., HIN-YEUNG T. et al. Mental Health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress & Health*. 2009, vol. 25, issue 5, p. 423-430, ISSN 1012-4256.
9. ÚZIS [online]. Praha: EHIS, výběrové šetření duševního zdraví populace ČR, © 2008. Poslední změna 21. 09. 2011 [cit. 21. 06. 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/vyberova-setreni-studie/ehis-cr-2008>
10. YU-QIN G., BO-CHEN P., WEI S., et al. Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*, 2012, vol. 12, issue 1, p. 141-149. ISSN 2441-2141.

**Korespondence:**

Mgr. Jiřina Hosáková  
Ústav ošetrovatelství FVP  
Slezská univerzita v Opavě  
746 01 Opava  
e-mail: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

## POHYBOVÁ AKTIVITA U PACIENTOV S ALZHEIMEROVOU DEMENCIOU

**Jana Martinková**

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

### **Súhrn:**

*Pohyb je základnou činnosťou každého organizmu, patrí medzi základné potreby ľudského organizmu. Spohybom súvisí i samotná existencia života človeka, pohyb významne ovplyvňuje kvalitu života. Pokiaľ má človek nedostatok pohybu, dochádza k nedostatočnej stimulácii základných fyziologických procesov, čo sa následne negatívne prejaví rôznymi poruchami, problémami a ochoreniami. Pohybová aktivita u pacientov s Alzheimerovou demenciou sa líši v súvislosti so stupňom ochorenia. Stupeň ochorenia odráža schopnosť komunikovať, schopnosť myslieť, pamätať si a pochopiť určitú činnosť, ktorou je aj pohybová aktivita. Vhodne zvolená pohybová aktivita u pacientov s Alzheimerovou demenciou je nápomocná pri udržaní sebestačnosti, celkovej kondíci, odbúravaní stresu a znižovaní agresivity.*

**KLúčové slová:** pohyb, pohybová aktivita, Alzheimerova demencia

### **Úvod:**

Ochorenie Alzheimerova demencia sa vyznačuje poklesom kognitívnych schopností, ktoré ovplyvňujú pamäť, myslenie, riešenie problémov, sústredenie sa a vnímanie. Walsh (2006) uvádza, že demencia je termín používaný na opis skupiny porúch mozgu, ktoré majú hlboký vplyv na život jedinca. Bez ohľadu na formu a stupeň ochorenia, ovplyvňuje pamäť a orientáciu v čase, priestore a osobe. Postupné znižovanie kognitívnych schopností znamená, že schopnosť myslieť a komunikovať postupne klesá, jedinec zistí, aké ťažké je zapamätať si nové informácie, naučiť sa rôzne veci a vyjadriť svoje potreby a pocity. Alzheimerova demencia je progresívne ochorenie, príznaky sa postupne zhoršujú, čo významne vplýva na každého jedinca jedinečným spôsobom. Zhoršenie kognitívnych schopností obmedzuje efektívnu komunikáciu, čo ovplyvňuje sestru jasne identifikovať potreby jedinca a potenciálne vplýva i na ošetrovateľské intervencie. Je veľmi dôležité, aby sestra pri ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s Alzheimerovou demenciou disponovala s dobrými komunikačnými schopnosťami. Jootun, McGhee (2011) uvádzajú, že komunikácia je jadrom všetkých prístupov v ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s demenciou. Vzhľadom k náročnej starostlivosti, sťaženej komunikácii je sestra osobou, ktorá je schopná identifikovať komplexné potreby jedinca, ktoré ovplyvňujú kvalitu poskytovanej starostlivosti. Demencia vedie k postupnému poklesu v mnohých



oblastiach kognitívnych činností, pohybovej aktivity a vykonávaní každodenných aktivít. Zachovanie pohybovej aktivity a nezávislosti je prioritne najdôležitejšou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov a Alzheimerovou demenciou.

### **Vlastný text:**

Pohybová aktivita u pacientov s Alzheimerovou demenciou má fyziologické, psychologické a sociálne výhody v súvislosti so zachovaním nezávislosti. Burns a kol. (2008) uvádzajú, že pravidelná pohybová aktivita spomaľuje pokles kognitívnych schopností a znižuje mozgovú atrofiu. Úlohou sestry je zachovať pohybovú aktivitu tak dlho, ako je to možné pomocou rôznych intervencií. Pohybová aktivita u pacienta s Alzheimerovou demenciou nie je bez rizika, vždy musí byť zachovaná bezpečnosť pacienta. Akákoľvek činnosť má zásadný vplyv na schopnosť vnímať životné prostredie. Zvyšujúce sa kognitívne deficity spomaľujú reakcie a účasť na rôznych podujatiach a aktivitách (Killick, Allan 2001). McKeefry, Barletta (2010) uvádzajú, že pacienti s Alzheimerovou demenciou môžu mať zníženú zrakovú ostrosť, kontrast, citlivosť, farebné a priestorové videnie. Schopnosť človeka vyrovnáť sa s postupným zrakovým deficitom môžu ovplyvňovať kognitívne schopnosti, pohybovú aktivitu a každodenné aktivity. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je dôležité vidieť pacienta ako jedinca s jedinečnými potrebami s holistickým prístupom. Komplexné a systematické hodnotenie pohybovej aktivity je kľúčom pred akýmkoľvek ošetrovateľským zásahom, dáva nám obraz o pohybových schopnostiach pacienta (Jootun, Pryde, 2013).

Hodnotenie pohybovej aktivity obsahuje:

- schopnosť pacienta chodiť bez pomoci,
- používanie kompenzačných pomôcok pri chôdzi,
- úroveň poskytnutia pomoci pri chôdzi,
- používanie akéhokoľvek zariadenia v rámci bezpečnej pohybovej aktivity.

Jootun, Pryde (2013) odporúča vykonať Timed Up and Go test (TUG) ako súčasť procesu posudzovania. Test napomáha posúdiť silu a pohyblivosť končatín a trupu pacienta. TUG je jednoduchý test na posúdenie schopnosti pohybovej aktivity pacienta, vyžaduje statickú a dynamickú rovnováhu. Meria sa čas, ktorý pacient potrebuje na to, aby vstal zo stoličky, prešiel 3 metre, otočil sa, vrátil späť a sadol si na stoličku. Pri teste

má pacient obutú svoju bežnú obuv a používa svoje pomôcky na pohybovú aktivitu. Skóre menej ako 10 sekúnd signalizuje normálnu pohybovú aktivitu, skóre 11 až 20 sekúnd obmedzenie pohybovej aktivity, skóre viac ako 20 sekúnd znamená, že pacient potrebuje pomoc pri pohybovej aktivite a ďalšie intervencie a skóre 30 a viac sekúnd znamená, že pacient je rizikový s ohľadom na výskyt pádov a úrazov. TUG je užitočným nástrojom aj vo vzťahu k monitorovaniu pohybových schopností pacienta, jeho pokrokov v pohybovej aktivite, alebo naopak poklesu a s tým súvisiace riziko pádu. Využitie tohto jednoduchého testu môže byť problém u pacientov s Alzheimerovou demenciou, v súvislosti so zapamätaním si jednotlivých krokov za sebou, čo môže ovplyvňovať časový limit. Sestra by mala zvoliť také opatrenia a aktivity, ktoré sú najviac vhodné pre pacienta, čím sa maximalizujú šance na úspech dosiahnuť danú aktivitu s minimálnou fyzickou námahou (Oddy, 2011).

Pohybová aktivita je vnímaná ako stratégia na podporu zdravia nielen u starších zdravých seniorov, ale i u chorých starších pacientov, vrátane pacientov s Alzheimerovou demenciou, kde sa radí ako ochranný faktor proti vzniku demencií. Význam pohybovej aktivity súvisí s prevenciou niektorých ochorení vrátane kardiovaskulárnych, metabolických, pohybových ochorení, obezity, osteoporózy a depresí. Pohybovo aktívny životný štýl má významný vplyv na duševnú pohodu pacientov s Alzheimerovou demenciou. Akákoľvek pohybová aktivita je prospešná pre fyzické a duševné zdravie, čo môže zlepšiť kvalitu života pacientov s demenciou vo všetkých fázach ochorenia. Vhodnými pohybovými aktivitami sú každodenné činnosti, ako je chôdza, práca v záhrade, tanec, rovnako športové aktivity a cvičenia s cieľom zlepšiť kondíciu. Pohybová aktivita a cvičenie prináša mnoho výhod u pacientov s demenciou (Bourgeois 2011).

Medzi výhody pohybovej aktivity u pacientov s demenciou môžeme zaradiť:

- zlepšenie činnosti srdca a ciev, čo napomáha znížiť riziko vzniku hypertenzie a iných srdcových ochorení,
- zníženie rizika niektorých typov onkologických ochorení (hrubé črevo), iných ochorení (cievnych mozgových príhod, diabetes mellitus, osteoporózy),
- zlepšenie fyzickej kondície - zachovanie svalovej sily, pohyblivosti, čo napomáha udržať si čo najdlhšie nezávislosť, znižuje riziko pádu,
- zlepšenie sebestačnosti - lepšia schopnosť vykonávať aktivity denného života,

- zlepšenie poznávacích procesov - pohybová aktivita zlepšuje pamäť a spomaľuje kognitívny úpadok,
- zlepšuje spánok a náladu,
- zvyšuje sebavedomie a dôveru,
- znižuje pocit sociálnej izolácie a poskytuje príležitosť pre sociálnu interakciu.

Pri plánovaní pohybovej aktivity u pacienta s Alzheimerovou demenciou je dôležité akceptovať vek pacienta, jeho pohybové schopnosti, typ demencie a individuálne potreby. Pre niektorých pacientov bude pohybová aktivita niečo nové, čo môže byť spojené s nepochopením a agresivitou. Mladší pacienti môžu byť schopný vykonávať väčšie množstvo pohybovej aktivity. U pacientov, ktorí majú zdravotné problémy, alebo dlhšiu dobu nemali pohybovú aktivitu je potrebná konzultácia s lekárom, prípadne s fyzioterapeutom. Konzultácia je potrebná, ak sa vyskytla hypertenzia, kardiovaskulárne ochorenia, bolesť na hrudníku, závraty, mdloby, pohybové problémy, problémy s dýchaním, problémy s udrжанím rovnováhy a časté pády. Niektoré zdravotné problémy nemusia prioritne obmedzovať pohybovú aktivitu. Je dôležité vybrať takú aktivitu, ktorá je vhodná a pacient sa po nej cíti príjemne. Akákoľvek aktivita môže byť individuálna alebo skupinová (Brooker,2013).

U pacientov v skorých štádiách Alzheimerovej demencie nedochádza k žiadnym výrazným ťažkostiam pri vykonávaní pohybovej aktivity. Tieto činnosti by mali byť podporované a je dôležité v nich pokračovať. Existuje mnoho vhodných pohybových aktivít, ktoré môžu byť prínosom pre pacientov v skorých i mierne pokročilých štádiách ochorenia. Vhodnými pohybovými aktivitami v týchto štádiách ochorení môžu byť loptové hry, rôzne aktivity v sede, Tai chi, tanec, plávanie, prechádzky, práca v záhrade a starostlivosť o zvieratá. Nie je stanovené, aká aktivita je najvhodnejšia, výber aktivity závisí od individuálnych potrieb a schopností pacienta (Walsh, 2006).

Práca v záhrade je pohybová aktivita, ktorá poskytuje príležitosť jednak byť vonku na čerstvom vzduchu a pohybovať sa. Úroveň aktivity sa môže meniť podľa potrieb a schopností pacientov. Niektoré aktivity sú menej náročné napríklad plenie, prerezávanie, iné sú náročnejšie napríklad hrabanie a kosenie trávy. Tieto aktivity posilňujú svaly a zlepšujú dýchanie. Práca v záhrade je príjemnou pohybovou aktivitou pre pacientov s Alzheimerovou demenciou takmer u všetkých štádií ochorenia.

Tanec je vhodná pohybová aktivita individuálna alebo skupinová, môžu sa použiť stuhy, balóny alebo iné pomôcky, môže sa absolvovať aj v sede. Tanec je veľmi spoločenská aktivita a príjemný spôsob ako sa pohybovať. Pohyb pri tanci zvyšuje svalovú silu, pohyblivosť a znižuje stres.

Pohybová aktivita v sede je menej namáhavá ako v stoji. Je zameraná na zachovanie svalovej sily a rovnováhy. Vhodnými aktivitami sú otáčanie trupu zo strany na stranu, pohyby v členkoch, zdvíhanie horných končatín, dotýkanie sa ľavá ruka – pravá noha, zdvíhanie dolných končatín, tleskanie nohami, bicyklovanie dolných končatín, robenie kruhov HK, aktivity smerujúce zo sedu k stoji.

Plávanie je veľmi vhodnou pohybovou aktivitou u pacientov s Alzheimerovou demenciou pretože pôsobí upokojujúco, zlepšuje rovnováhu a znižuje riziko vzniku pádu. Plávanie nie je vhodnou aktivitou u všetkých štádií ochorenia, je dôležité mať pacienta pod dozorom a nie každé zdravotnícke zariadenie má možnosť umožniť pacientom plávanie.

Tai chi kombinuje jednoduché pohyby a meditáciu s cieľom zlepšiť rovnováhu, stabilitu a zdravie, čo napomáha k zníženiu rizika pádov.

Chôdza patrí medzi najobľúbenejšie pohybové aktivity. Na vykonávanie tejto aktivity nepotrebujeme žiadne finančné prostriedky, žiadne špeciálne vybavenie, môže byť vykonaná kedykoľvek a kdekoľvek. Dĺžka a čas strávený chôdzou závisí od individuálnych schopností pacienta.

U pacienta v pokročilom štádiu ochorenia môže byť pohybová aktivita vhodná pokiaľ je to možné. Pohybová aktivita sa môže vykonávať v sede, prípadná chôdza na krátke vzdialenosti. Je dôležité, aby sa vykonávali len tie aktivity, ktoré umožňujú aktuálna fyzická kondícia. Nadmerná pohybová záťaž môže negatívne ovplyvňovať zdravie pacienta. V prípade, ak sa vyskytne bolesť, prípadne nevoľnosť je potrebné pohybovú aktivitu ukončiť a podľa potreby kontaktovať lekára (Walsh, 2006).

Absencia pohybovej aktivity je významným rizikovým faktorom pre zhoršenie zdravotného stavu a úmrtnosti pacientov s Alzheimerovou demenciou. Nedostatočná pohybová aktivita spôsobuje zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárnych ochorení, onkologických ochorení (hrubé črevo, prsník), a metabolických ochorení. Nečinnosť a nedostatok pohybovej aktivity môže spôsobovať bolesť, poruchy spánku, zvýšené napätie a pády. Pacienti s Alzheimerovou demenciou majú 2x väčšie riziko pádov. V

zdravej seniorskej populácie je riziko vzniku pádov ovplyvnené množstvom faktorom, vrátane posúdenia rizika vzniku pádov, poruchy rovnováhy, svalovej sily, poruchy koordinácie a chôdze, poruchy zraku, hypotenzia, lieky a environmentálne riziko. U pacientov s Alzheimerovou demenciou existujú ešte ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú riziko vzniku pádov a to: samotná demencia (typ a závažnosť), špecifické motorické poruchy a problémové správanie. U týchto pacientov je viac pravdepodobné, že sa budú u nich vyskytovať častejšie pády a úrazy (Walsh, 2006).

### **Záver:**

Pravidelná pohybová aktivita je prospešná nielen u pacientov s Alzheimerovou demenciou, ale aj v rámci prevencie ochorenia (Heyn, 2004). Udržiavanie pravidelnej pohybovej aktivity je dôležitou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s Alzheimerovou demenciou. Je súčasťou zdravého životného štýlu, má pozitívny vplyv na psychickú pohodu, náladu a výskyt depresí (Heyn, 2004). Pohybová aktivita vytvára zaujímavé možnosti nadväzovania sociálnych kontaktov, čo napomáha zlepšiť a udržať nezávislosť. Udržať nezávislosť u pacienta s Alzheimerovou demenciou je výhodné nielen pre samotného pacienta aj pre zdravotnícky tím. Účasť na pohybovej aktivite zlepšuje sebadomie a náladu, čo podporuje začlenenie sa do spoločnosti, sociálnu interakciu, a zvyšuje kvalitu života pacienta s Alzheimerovou demenciou.

### **Literatúra:**

1. BOURGEOIS, M.S., HICKEY, E. 2011. *Dementia: From Diagnosis to Management - A Functional Approach*. Taylor & Francis. 2011. 432p. ISBN 978-1136-8742-46.
2. BROOKER, D., LILLYMAN, S. 2013. *Dementia Care. Nursing and Health Survival Guides*. Pearson Education Limited London. 2013. 64p. ISBN 9780273773719.
3. BURNS, J.M., CRONK, B.B., ANDERSON H.S., DONNELLY, J.E., THOMAS, G.P., HARSHA, A., BROOKS, W.M., SWERDLOW, R.H., 2008. *Cardiorespiratory Fitness and Brain Atrophy in Early Alzheimer's Disease*, Neurology. 2008, 71(3): 201-2016
4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2657657/>.
5. HEYN, P., ABREU, B.C., OTTENBACHER, K., J. 2004. *The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta analysis*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2004 ;85(10) :1694-1704.

6. JOOTUN, D., MCGHEE, G. 2011. *Effective communication with people who have dementia*. Nursing Standard, 2011, 25 ( 25), 40-46.
7. <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2011.08.25.50.59.c8658?journalCode=ns>
8. JOOTUN, D., PRYDE, A. 2013. *Moving and handling of patients with dementia*. Journal of Nursing Education and Practice. 2013. Vol. 3. No. 2: 126 -131. ISSN 1925-4059.
9. KILLICK, J., ALLAN, K. 2001. *Communication and the Care of People with Dementia*. Open University Press, Buckingham. 2001.
10. ODDY, R. 2011. *Promoting mobility for people with dementia: A problem-solving approach*. Alzheimer's Society London 2011. 201p. ISBN 978-1906-6471-24.
11. WALSH, D. 2006 *Dementia Care Training Manual for Staff Working in Nursing and Residential Settings*, first published by Jessica Kindsley publishers London. 2006, 235p, ISBN-13: 978-1843-1031-89.

**Korespondence:**

PhDr. Jana Martinková, PhD.  
Katedra ošetrovatel'stva  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Trnavská univerzita v Trnave  
Email: [jana.martinkova@truni.sk](mailto:jana.martinkova@truni.sk)

## **NA CO VŠE MÁ PACIENT PŘÁVO? KAZUISTIKA S MEDICÍNSKO-ETICKO-MULTIKULTURNÍM PODTEXTEM...**

**Jana Zelenková**

Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol

### **Úvod:**

V poslední době se stále více zamýšlíme nad právy pacientů. V minulosti bylo běžné, že pacient byl příjemcem zdravotní péče a vůbec se od něj neočekávalo, a většinou bylo spíše nežádoucí, aby se na jejím plánování podílel. Pokud se náhodou pokusil diskutovat, dostalo se mu většinou odpovědi „Vy jste studoval medicínu?“ Stejně absurdní byla i nemožnost zvolit si lékaře, a další absurdity, na které jsme už zapomněli.

Dnes jsme se ale dostali se vstřícností a obavami, abychom nenarušili práva kohokoli do situace, kdy nemůžeme propustit domů pacienta, i když narušuje provoz oddělení, obtěžuje ostatní pacienty a nedodržuje léčebná opatření.

### **Vlastní text:**

Je sice možné dle ustanovení § 48 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, hospitalizaci pacienta ukončit (pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup). Pokud bychom ale přistoupili k této variantě řešení, doporučuje se ošetřit situaci negativním reversem. V případě, že by pacient odmítal podepsat negativní revers, hospitalizace nemůže být ukončena, je-li nutno poskytovat neodkladnou péči. A to v případě pacienta s plicními problémy, které většinou provází dušnost, není už tak snadné realizovat. A i když bude souhlasit s propuštěním, dojede domů, velmi brzy si zavolá sanitu, a pro zhoršení se nechá přivést zpět.

Pacientka K.B., 54 let, Romka, nesvéprávná (těžká mentální retardace, oligofrenie), má poručníka, casus socialis, pobývá v azylových zařízeních, v ubytování Armády spásy, nebo „na ulici“, má přítele. Má zdravou dceru a vnučku.

Od ledna 2010 diabetes mellitus vs II. typu, nespolupracuje při léčbě, má opakované dekompenzace při kortikoterapii. Dle dokumentace má lues II. stupně, stav po fraktuře

žeber vlevo, má inkontinenci moči. Kouřila asi 20 cigaret/den, nyní již údajně nekouří. Obézní, BMI 31.

U nás v péči pro CHOPN s astma bronchiale (ACOS). Poprvé na naší klinice hospitalizována v lednu 2010 pro bronchopneumonii, v tomtéž roce další 2 hospitalizace. Během dalších 2 let byla hospitalizována v různých nemocnicích Středočeského kraje. V roce 2013 byla hospitalizována již opět ve FN Motol 2x, v roce 2014 5x a letos již 2x. Všechny hospitalizace trvají pouze 2-3 dny. Průběh je vždy stejný, je přivezena rychlou záchrannou službou, pro akutní exacerbace a zhoršení stavu při noncompliance, s fixovaným spastickým nálezem při nedodržování doporučené terapie, s hyperglykémiami z důvodu nedodržování diety. Je vždy nutné dohledat opatrovníka, který musí podepsat souhlas s hospitalizací a personál upozorní ostatní pacienty na pokojích, aby si vše zamkli (pacientka opakovaně odcizuje věci). Pak 2.-3. den hospitalizace pacientka oznámí, že odchází a nebo odejde někdy i s periferním žilním katétrek svévolně sama. Opět je nutné dohledat opatrovníka a nahlásit mu ukončení hospitalizace. O víkendu toto není možné, nutno hlásit Policii ČR.

Dlouhodobě naordinované léky Seretide 50/500 1-0-1, Berodual dos. aer. 2 vdechy při dušnosti, Euphyllin 200mg tbl 1-0-1, Glimepirid Mylan 3mg, Helicid 20mg, většinou neužívá „protože jí nepomáhají“, při příjmu je většinou ani nemá u sebe.

Po 14 denním pobytu v OLÚ v Janově nedodržela 30.12.14 termín nástupu k ubytování v Armádě spásy, proto odmítnuta, nechtěla tedy spát na ulici, na jiné pneumologii v Praze nepřijata pro nedostatek lůžek, byla tedy přivezena na OUPD FN Motol. Zde dušnost i při minimální námaze, na rtg není zánětlivá infiltrace, glykemie 24,76 mmol/l, odeslána na pneumologickou kliniku, kde podávána bronchodilatační infuzní a inhalační terapie, zahájena léčba dekompenzovaného diabetu. Pacientka nespolupracuje, odmítá si nechat měřit hladiny glykémie, odmítá medikaci, vytrhla si periferní žilní katétrek, kterým byl kontinuálně podáván inzulin, vyhrožuje zdravotníkům, výrazně verbálně agresivní, poté i brachiálně, napadá ošetřující personál. Chodí po oddělení, demoluje zařízení, bere pacientům věci, utíká z pokoje nakopla zaměstnankyni úklidu, napadla pacienta. Konzilium psychiatra se závěrem „pacientka nebezpečná sobě i okolí, nutnost okamžitého převozu na psychiatrii do Bohnic.“ Poté pacientka uprchla z oddělení, i mimo budovu, přivolána Policie ČR, ta ji našla v areálu a 31.12.14 ji doprovodila sanitou na psychiatrii. Zde ji lékař vyšetřil a nepotvrdil nutnost hospitalizace navržené psychiatrem FN Motol, pacientka tedy odchází zpět „na ulici“.



1.1.2015 přivezena RZP, námahová dušnost, akutní exacerbace ACOS, odmítla periferní žilní katetr, dostala léky per os, neklidná, pobíhá po oddělení, obtěžuje pacientky. Na oddělení stále přítomen její přítel, který pospává v teple u jejího lůžka.

3.1.15 žádá pacientka ukončení hospitalizace, ve 13hod hlásí ostraha kliniky, že pacientka prošla kolem něj s nějakým mužem a opustila budovu. Hlášeno Policii ČR.

6.1. podávají spolupacientky stížnost vedení kliniky a ombudsmana FN Motol „...jejich zdravotní stav se zhoršoval psychickým stresem způsobeným společným pobytem na pokoji s pacientkou K.B., musela jim být i upravována medikace na dušnost a hypertenzi. Pacientka jim opakovaně prohlížela stolky, věci měly osahané, do nočních stolků i na ostatních pokojích vkládala svoje použité jednorázové inkontinenční pomůcky (personál opakovaně dezinfikoval všem stolky). 80 letou pacientku, která stála ve dveřích na balkon, a chtěla pokoj vyvětrat, vystrčila ven a zavřela za ní dveře. Vzhledem k tomu, že byl venku mráz, bylo velké štěstí, že bylo denní světlo a že se jedna z pacientek probudila a staré paní si venku všimla.“

Podobných, takto extrémních pacientů není naštěstí většina, ale je pravda, že narůstá počet problematických pacientů, kteří nedodržují pokyny lékaře a sestry, kouří i během hospitalizace – někdy i na pokojích, poškozují sami sebe nevhodnou životosprávou a životním stylem, a navíc se stále více začínají chovat ke zdravotníkům agresivně.

### **Závěr:**

Pacient velmi dobře zná svá práva, kde může podat stížnost na léčbu, péči, chování zdravotníků, nebo když má pocit, že je jeho etniku křivdění. Jen málokdo si ale uvědomuje, že ke vzniku některých svých nemocí přispěl svým stylem života, a na zlepšení svého stavu musí pracovat i sám, ne jen čekat na „zázračnou“ tabletku.

### **Literatura:**

U autorky.

### **Korespondence:**

Mgr. Jana Zelenková  
Pneumologická klinika 2.LF UK a FN Motol  
Email: [jana.zelenkova@fnmotol.cz](mailto:jana.zelenkova@fnmotol.cz)

## ASPEKTUÁLNÍ PODSTATA HAPTIKY V KONTEXTU VZDĚLÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

<sup>1</sup>Michaela Harabišová, <sup>2</sup>Tatiana Rapčíková

<sup>1</sup>Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, Česká republika

<sup>2</sup>Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská republika

### **Souhrn:**

*Haptická komunikace je velmi složitou disciplínou, která je ve svých formách ovlivněna velkým množstvím faktorů. Podstatou příspěvku je apel na důležitost rozvoje v oblasti vzdělávání sester a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice (dále ČR) a Slovenské republice (dále SR) v oblasti haptické komunikace, jejíž intenzivnější akceptace v rámci ošetrovatelské praxe by mohla vést ke zvýšení společenské prestiže ošetrovatelství. Autorky se snaží nastínit existenci přítomnosti mechanistického haptického přístupu, v součinnosti s absencí uvědomění si podstaty hlubokého významu haptiky. Rovněž poukazují na skutečnost, že právě zvládnutí umění multidimenzionální komunikace, spolu s pochopením významu pozitivní haptické komunikace jako vzoru altruistického chování, je nesmírně významné pro rozvoj základních postojů každého zdravotnického pracovníka a mělo by být nedílnou součástí profesionální výbavy všech pomáhajících profesí. Součástí příspěvku je přiblížení výsledků haptického výzkumu realizovaného v ČR a SR.*

### **Klíčová slova:**

*Haptická komunikace. Dotek. Zdravotník. Vzdělávání.*

## HAPTICS ASPECTUAL PRINCIPLE IN THE CONTEXT OF EDUCATION PARAMEDICAL STAFF

### **Summary:**

*Haptic communication is very complex discipline which is influenced by numerous factors in its forms. The essence of this thesis is an appeal to the importance of development in the sphere of the education of nurses and other paramedical staff in the Czech Republic and Slovakia in the field of haptic communication. Its more intensive acceptance within nursing practice could lead to increase of social prestige of nursing care. The authors try to outline the existence of presence of the mechanistic haptic approach in cooperation with the absence of awareness the essence of profound importance of haptic communication. Also they point to the fact that to understand the skill of multidimensional communication, in cooperation with understanding of the significance of positive haptic communication as a model of altruistic behaviour, is very important for development of the basic attitudes of medical staff and it should be an integral part of the professional equipment of all assisting professions. Approach of the results of haptic research, which has been done in the Czech Republic and Slovakia, is the part of the thesis.*

### **Key words:**

*Haptic communication. Touch. Medica. Education.*

## Úvod

Haptika, z řeckého slova „*haptain*“ = dotýkat se, je druh neverbální komunikace, která se uskutečňuje prostřednictvím doteků. Ve svých jednotlivých polohách patří k základním a pravděpodobně nejprimitivnějším formám interpersonální komunikace, která se rozvíjí dříve než ostatní smysly a v posloupnosti smyslových rozlišovacích schopností zaujímá druhé místo za zrakem (Fadílková, 2008, s. 9; Kristová, 2009, s. 40; Pokorná, 2010, s. 24). Ačkoliv si hluboký význam doteku v běžných dimenzích často neuvědomujeme, je obrovskou součástí našeho každodenního života. Člověk jako sociální bytost potřebuje přítomnost, resp. spoluúčast druhého člověka, kterou nejčastěji v době nemoci supluje zdravotník, primárně sestra, která tráví s pacientem mnoho času a je mu fyzicky i psychicky nejbližší (Suberová, 2008, s. 27). Ušlechtilý záměr laskavého doteku, soustředěná pozornost zdravotníka na straně jedné a cit lásky k člověku na straně druhé, jsou jednoznačnými atributy podtrhujícími sdílení a blízkost s jiným člověkem, v součinnosti s ujištěním: „Jsem tady a jsem tu pro vás“. Jsou projevem péče, a tedy nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

## Vlastní text

Význam doteku v terapeutické a ošetrovatelské péči dlouho nebyl tematizován, avšak od konce 20. století postupně dochází k regeneraci mnoha druhů tradiční dotekové terapie. V součinnosti s pokrokem zakládají rozvinuté země organizace pro výzkum komplementární a alternativní medicíny, např. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) pod záštitou National Institutes of Health (NIH), a spolu s vědci, v rovině národní i nadnárodní, předkládají kvalitativní i kvantitativní výsledky výzkumných studií v oblasti dotekové terapie (Coakley, 2012, s. 55). Z mezinárodního hlediska bychom chtěli poukázat především na již dřívější explorativní studii univerzity William Paterson ve Wayne v USA z roku 1998, zkoumající účinek dialogu a terapeutického doteku na předoperační a pooperační průběh u pacientek po operaci rakoviny prsu. Její podstatou byla experimentální sesterská terapeutická intervence léčebného doteku a dialogu, spolu s kontrolní intervencí skládající se z klidné bezdotykové relaxace a následného dialogu. Výsledky ukázaly, že ženy z experimentální skupiny měly nižší předoperační úzkost, větší uvolnění a pocit bezpečí, než ženy ze skupiny kontrolní (Samarel, 1998). Na tuto studii později navázala Dr. Kelly s kolektivem z William Paterson University ve Wayne, jejíž interpretované výsledky z roku 2004 rovněž prokázaly stále obrovský neobjevený prostor v této neinvazivní

oblasti ošetrovatelské péče (Kelly, 2004, s. 631). Skutečnost naléhavosti porozumění nefarmakologické intervenční dotekové terapii na podporu komfortu u pacientů především s onkologickým onemocněním zdůraznili i autoři studie Ústavu ošetrovatelství na Tarbiat Modares University v Teheránu (Irán) a rovněž pilotní studie Ústavu ošetrovatelství na University of Texas v USA z roku 2008 (Nahid, 2008; Maville, 2008, s. 110). V součinnosti s výše uvedenými výsledky jde i studie z roku 2012 provedená Fakultou zdravotnictví na Cumhuriyetské univerzitě v Turecku, která plně potvrzuje, že doteková terapie výrazně snižuje úzkost a akutní únavu vznikající během chemoterapeutické léčby, a tedy může být velmi efektivní součástí ošetrovatelského procesu (Karagozoglu, 2013, s. 217). Všechny tyto a další dotekové studie vytvořily základ pro další navazující studia, s cílem aplikace terapeutického doteku v rovině transdisciplinární zdravotní péče, neboť jdou v kontextu s uvědoměním, že současná ošetrovatelská péče ještě stále spíše konzervuje stávající stav pacienta, místo aby jej stimulovala a rozvíjela. Zdravotníci používají ruce jako mechanický nástroj k diagnostickým a terapeutickým výkonům, ale už méně si uvědomují jejich obrovský význam komunikačního mostu mezi dvěma světy – pacientem a zdravotníkem, bez kterého by nedošlo k naplnění ošetrovatelského procesu. Tento důležitý fakt je neuvědomovaným snad z důvodu dosud nedostatečné tematizace, či spíše tabuizace.

V komunikačním procesu stojí haptika na piedestalu singnifikantní signalizační funkce, která je v rámci zdravotní péče dvoudimenzionální. Jedna dimenze je náplní medicínských a ošetrovatelských intervencí a má charakter tzv. funkčních doteků, s maximálním respektem intimity pacienta, tu druhou tvoří tzv. doteky terapeutické, jejichž snahou je podpora a uklidnění pacienta (Jeglová, 2011, s. 17). Jednoznačnými atributy obou těchto dimenzí jsou schopnost empatie a pozitivní dotekové kultury, neboť absence těchto determinantů vede k dojmu nezainteresovanosti, emocionálního chladu a lhostejnosti a v konečném důsledku k možnému rozvoji nežádoucí sensorické taktilní deprivace (Kristová, 2009, s. 40). Komunikační techniky a dovednosti, včetně haptiky, musí být individuálně přizpůsobeny požadavkům komunikujících subjektů (Pokorná, 2010, s. 79). Pozitivní haptické projevy navozující láskyplný pocit bezpečí, mají především nezastupitelné místo v rámci specifické komunikace s dětmi (Exnerová, 2006, s. 83; Kristová, 2009, s. 141; Blažek, 2011, s. 93). Jak však podotýká Holmerová (2007, s. 66 - 67) „i u většiny seniorů bývá fyzický kontakt nedostatečný, případně chybí úplně“. Determinantem vyššího věku se stává zdravotní stav podmiňující všechny aspekty života člověka, včetně složité psychické výbavy, vyžadující individuální přístup

s respektováním individuálních dotekových potřeb. Projev maximální možné míry empatie ze strany zdravotníků, v součinnosti s vytvořením atmosféry důvěry, respektu a úcty nemá žádný jednoznačný manuál, vyžaduje především dobrou vůli a lásku. Důležitost těchto determinantů vyvstává o to víc v rámci interakce s umírajícím člověkem. V posledních chvílích života se ruce sester stávají médiem umožňujícím důležitý kontakt s okolním světem, kdy v rámci respektu je velmi důležité citlivě vycítit individuální dotekové potřeby, které mohou být jak žádoucí, tak i rušivé. Zvládnutí umění laskavého porozumění přání blízkosti, pochopení jedinečnosti, důstojnosti, hodnoty a posvátnosti lidského života, jsou jednoznačnými atributy filozofie sesterské péče, která plně potvrzuje smysl našeho života a v konečném důsledku i jeho konečnost (Beňadiková, 2009, s. 28; Křivohlavý, 2002, s. 142). Výraznou dimenzi v rovině haptické komunikace tvoří i rovina interkulturní, v jejímž rámci je nutné při poskytování zdravotní péče předcházet neporozuměním kulturně vázaných komunikačních specifik (Exnerová, 2006, s. 100).

Součástí našeho příspěvku je i přiblížení výsledků výzkumu vlivu, potřeby a hodnocení haptické komunikace coby komunikačního terapeutického systému mezi zdravotníky a pacienty, včetně komparace v rámci ČR a SR, který byl realizován v roce 2013 ve zdravotnických zařízeních obou zemí. V součinnosti se stanovenými cíli našeho výzkumu a distribucí 200 dotazníků, s návratností 172 dotazníků, se šetření zúčastnila v poměrném počtu polovina zdravotníků a taktéž pacientů z obou zemí. Výsledky našeho šetření prokázaly, že v interakci s pacienty zdravotníci uplatňují haptickou komunikaci, a to i nad rámec ošetřovatelských intervencí, resp. se v této rovině komunikace, v případě potřeby, věnují i příbuzným pacientů. Analýza odpovědí pacientů ukázala, že většina je spokojená s úrovní komunikace se zdravotníky, ovšem velmi nás při vyhodnocování překvapilo nečekaně vysoké procento zkušeností pacientů s negativní dotekovou zkušeností ze strany zdravotnických pracovníků, resp. svědectví negativní dotykové komunikace ze strany ošetřujícího personálu k jinému pacientovi. Tento fakt považujeme za výrazně alarmující. Během analýzy získaných dat jsme sledovali zejména rozdíly v odpovědích v rámci SR a ČR, kdy obecně můžeme říci, že pacienti ze Slovenska vnímají dotekovou komunikaci méně pozitivně než pacienti z České republiky, čemuž odpovídaly i odpovědi zdravotníků na reakce pacientů na poskytnutou haptickou podporu.

V kontextu apelu na důležitost rozvoje v oblasti vzdělávání sester a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR a SR v oblasti haptické komunikace, bychom chtěli

především poukázat na výsledek prvního stanoveného cíle našeho výzkumu, kterým byla monitorace zájmu zdravotníků o haptiku jako terapeutickou metodu. Naším šetřením jsme zjistili, že pojem haptika je mezi zdravotníky díky studiu známý (77, 50%), přičemž téměř polovina (48, 75 %) nad touto problematikou zatím nepřemýšlela, anebo je přímo nezajímá (13, 75 %), oproti ostatním, kteří mají zájem o problematiku haptické komunikace, resp. o další informace v této oblasti. Zjistili jsme, že implementace těchto informací by byla možná prostřednictvím vzdělávacích akcí, které většina zaměstnavatelů podporuje. Prostřednictvím stanovené hypotézy k prvnímu cíli jsme potvrdili, že není statisticky významný rozdíl v zájmu zdravotnických pracovníků o haptiku jako terapeutickou metodu podle země jejich původu (viz. níže).

**Hypotéza č. 1** - stanovená k prvnímu cíli

*Předpokládáme, že zájem zdravotnických pracovníků o haptiku jako terapeutickou metodu neovlivňuje země jejich původu.*

**Interpretace:**

Danou hypotézu zamítáme na 5% hladině statistické významnosti ( $p < 0,05$ ). Výsledkem funkce Chí-testu je  $P = 0,8053$ , což je hodnota větší než hodnota hladiny statistické významnosti, proto **hypotézu nezamítáme**, tedy není statisticky významný rozdíl v zájmu zdravotnických pracovníků o haptiku jako terapeutickou metodu podle země jejich původu.

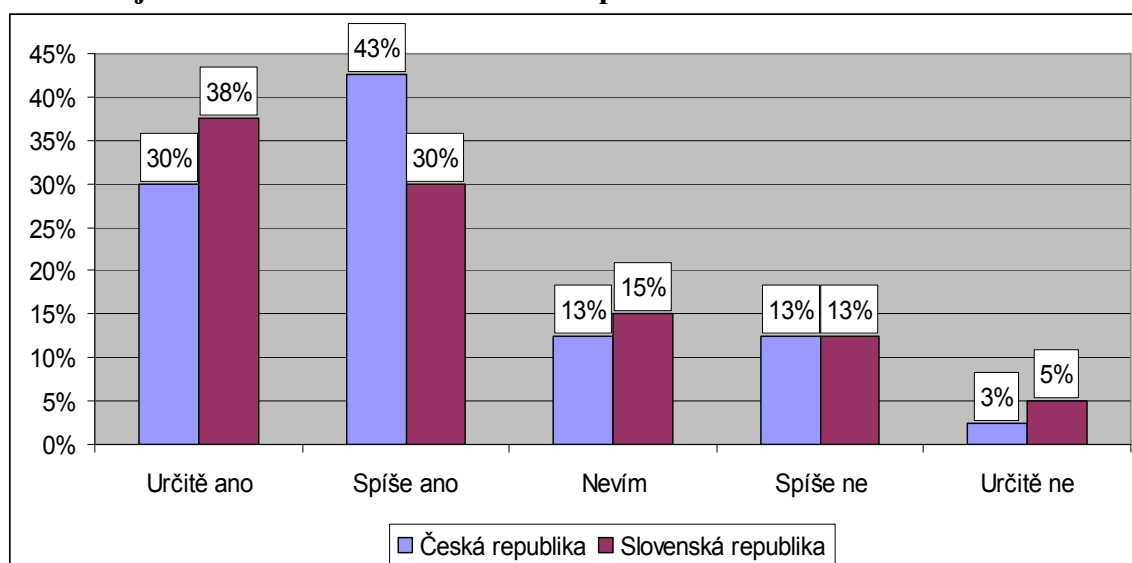
**Tab. 1 Zájem zdravotníků o informace o haptice**

Uvítal/a byste informaci o haptice, jako terapeutické metodě a jejím využití?	Místo výzkumu		Celkem (n.i)
	ČR	SR	
Určitě ano	12	15	27
Spíše ano	17	12	29
Nevím	5	6	11
Spíše ne	5	5	10
Určitě ne	1	2	3
Celkem (n.j)	40	40	80 (n.)
pj (n.j/n..)	0,5	0,5	1

**Tab. 2 Tabulka očekávaných hodnot pro výpočet Chí-testu**

Uvítal/a byste informaci o haptice, jako terapeutické metodě a jejím využití?		Místo výzkumu		Celkem (n.i)
		ČR	SR	
Očekávané množství	pjn1.	13,5	13,5	27
	pjn2.	14,5	14,5	29
	pjn3.	5,5	5,5	11
	pjn4.	5	5	10
	pjn5.	1,5	1,5	3
Celkem (n.j)		40	40	80

**Graf. 1 Zájem zdravotníků o informace o haptice**



### Závěr

Každý z nás je jedinečný člověk se svým vlastním sociálním a kulturním pozadím. Naše zkušenost určuje, co pokládáme za důležité a méně důležité, přijatelné a nepřijatelné. Právě uvědomění a pochopení individuální podstaty nemocného člověka, by se pro nás mělo stát prioritou. Abychom tuto skutečnost opravdu pochopili, musíme se naučit především naslouchat, a to ne jen ušima, ale také očima a hlavně srdcem. Právě srdce je efektivní cestičkou k lidskému, laskavému, upřímnému a citlivému přístupu k pacientovi, jehož prostřednictvím můžeme přispět k naplnění pacientova života, i naplnění smyslu naší práce. Chceme-li našim nemocným poskytnout maximum z toho, co dnešní moderní ošetřovatelství ve světě umí a zná, pak by se vzdělávání, ale hlavně i akceptace a pochopení konceptu haptiky, rozhodně mohly stát primárním krokem k její následné cílené aplikaci v léčebné a ošetřovatelské praxi.

## Literatura:

1. BEŇADIKOVÁ, D., RAPČÍKOVÁ, T. (2009) Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *In Sestra*, 2009, roč. 19, č. 12, s. 28. ISSN 1210-0404
2. BLAŽEK, V. (2011) *Komunikace a lidské tělo*, 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2011, 116 s. ISBN 978-80-261-0033-1.
3. COAKLEY, A., B., BARRON, A., M. (2012) Energy Therapies in Oncology Nursing. *In Seminars in Oncology Nursing*, 2012, roč. 28, č. 1, s. 55 – 63. ISSN 07492081
4. EXNEROVÁ, S. (2006) *Komunikace pro zdravotní sestry*, 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 146 s. ISBN 80-7372-096-5.
5. FADÍLKOVÁ, P., ÉLI, R. (2008) Haptika v ošetrovatelství - průzkum zkušeností a názory pacientů Ortopedické kliniky FN Brno. *In Nemocniční listy*, 2008, roč. 9, č. 4, s. 9 – 10. ISSN 1802-0224
6. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. (2007) *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, 1. vyd. Praha: Edice Vážka, 2007, 299 s. ISBN 97-80-854-0177-4.
7. JEGLOVÁ, L. (2011) *Nonverbální komunikace sester s pacienty*, bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2011, 112 s.
8. KARAGOZOGLU, S., KAHVE, E. (2013) Effects of back massage on chemotherapy-related fatigue and anxiety: Supportive care and therapeutic touch in cancer nursing. *In Applied Nursing Research*, 2013, roč. 26, č. 1, s. 210 – 217. ISSN 08971897
9. KELLY, A., E. et. al. (2004) Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer. *In Oncology Nursing Forum*, 2004, roč. 31, č. 3, s. 625 – 631. ISSN 0190-535X
10. KRISTOVÁ, J. (2009) *Komunikácia v ošetrovatel'stve*, 3. vyd. Martin: Osveta, 2009, 182 s. ISBN 80-8063-160-3.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. (2002) *Psychologie nemoci*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
12. MAVILLE, J. et. al. (2008) Effect of healing touch on stress perception and biological correlates. *In Holistic Nursing Practice*, 2008, roč. 22, č. 2, s. 103-110. ISSN 0887-9311
13. NAHID, A., EESA, M., ZAHRA, P., E. (2008) *The Effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy*. In Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Teherán, 2008. [cit. 2013-10-21]. Dostupné na internetu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887328/>
14. POKORNÁ, A. (2010) *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*, 3. vyd. Brno:
15. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.
16. SAMAREL, N. et. al. *Effects of dialogue and therapeutic touch on preoperative and postoperative experiences of breast cancer surgery: an exploratory study*. In *Oncol Nurs Forum*, Wayne, 1998. [cit.2013-10-19]. Dostupné na internetu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9766290>



**Korespondence:**

Mgr. Michaela Harabišová  
Jiráskova 566  
738 01 Frýdek Místek  
Email: [harabisova.m@seznam.cz](mailto:harabisova.m@seznam.cz)

Doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici  
Sládkovičova 21  
974 05 Banská Bystrica  
Email: [tatiana.rapcikova@szu.sk](mailto:tatiana.rapcikova@szu.sk)

## VYUŽITIE PRÍSTROJOVEJ TECHNIKY VO VYHLADÁVANÍ PORÚCH VÝVINU CHRBTICE U DETÍ ŠKOLSKÉHO VEKU

Jarmila Bramušková<sup>1</sup>, Eva Balogová<sup>1</sup>, Simona Šprlová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici, katedra Urgentnej zdravotnej starostlivosti

<sup>2</sup>Centrum výcviku Lešť

### **Súhrn**

Zdravie dieťaťa je výsledkom multifaktoriálnych vplyvov, ktoré sa stali predmetom nášho záujmu pri sledovaní životného štýlu detí školského veku v súvislosti s poruchami vývinu ich chrbtice. Vďaka možnosti získať objektívne výsledky o zakrivení chrbtice špeciálnym prístrojom „Zebris“, sme získali zaujímavé výsledky. Značná časť detí mala nesprávne držanie tela. Môžeme hovoriť o funkčných poruchách chrbtice. Zamerali sme sa na prenatálny, perinatálny a postnatálny vývin dieťaťa vzhľadom na chrbticu a zisťovali sme postoj matky k dieťaťu v tomto období, ktorý bol vcelku pozitívny. Vo vzťahu k vývinu chrbtice sme hľadali rizikové faktory v životnom štýle detí školského veku. Dospeli sme k záveru, že najväčším ohrozujúcim faktorom je výrazný nedostatok pohybovej aktivity dieťaťa. Priemer celkovej aktivity alarmujúco poukazuje na počet piatich až desiatich hodín strávených aktívnym pohybom v priebehu týždňa. Z našich výsledkov prieskumu vyplýva, že by sme nemali zabúdať, že deti sú naša budúcnosť, a preto by sme sa mali snažiť o ich správne usmernenie v oblasti prevencie ich zdravia.

### **Kľúčové slová:**

Vývin chrbtice, školský vek, dieťa, Zebris.

## THE USE OF INSTRUMENTATION IN THE SEARCH OF FAULTS IN THE DEVELOPMENT OF THE SPINE IN CHILDREN OF SCHOOL AGE

### **Summary**

Child health is the result of multifactorial effects, which have become the subject of our interest in pursuing the lifestyle of children of school age in the context of the development of their spine disorders. Thanks to the possibility of obtaining objective results of the distortions of the spine with a special device, we have obtained interesting results. 's "Zebris" A significant proportion of children had poor posture. We can talk about functional disorders of the spine. We focused on prenatal and postnatal development of the child with regard to the perinatálny, the backbone and attitude of mother to the child during this period, we found that it was quite positive. In relation to the development of the spine, we are looking for risk factors in children of school age lifestyle. We have reached the conclusion that the biggest factor is the significant lack of physical activities endangering the child. The average of the total activities of the alarming number of points out of five to ten hours spent an active movement in the course of the week. From our survey results suggest that we should not forget that children are our future, and therefore we should seek their proper guidance in the field of the prevention of their health.

### **Key words:**

spinal Development, school age child, Zebris.

## Úvod

V detském věku je důležité chorobný proces rychle rozpoznat, aby se mohl čím dříve úspěšně léčit. Vyšetření na správnost držání těla treba vykonávat raz ročne u všetkých detí. Zvýšenú pozornosť treba venovať hlavne obdobiam „rastovej akcelerácie“ medzi 6. – 8. rokom a v puberte medzi 11. – 13. rokom i v čase nástupu do školy. Posudzuje sa momentálny zdravotný stav a vyšetrenie zahŕňa anamnézu (osobnú, rodinnú, alergickú, sociálnu, rehabilitačnú, športovú), objektívne a pomocné vyšetrenie. Skompletizovaním anamnézy sa získa prehľad o biologickom veku, o hmotnosti a konštitučnom type. V súčasnosti najviac používaným indexom na posúdenie primeranej telesnej hmotnosti je Quételetov index telesnej hmotnosti BMI. Odklonením sa od normy sú určené zdravotné riziká podľa Svetovej zdravotníckej organizácie – WHO.

Pri objektívnom vyšetrení ide o hodnotenie postavy a držania tela posúdeného z troch strán: spredu, zozadu a z boku. Dieťa je vyzlečené a analýza funkčných schopností výkonu podporného a pohybového aparátu prebieha cefalokaudálnym smerom. Hodnotí sa statika podporného a pohybového aparátu.

Počas vyšetrenia sa hodnotení: držanie hlavy a krku, hrudník, brucho a sklon panvy, zakrivenia chrbtice, postavenie dolných končatín a klenby nôh. Hodnotia sa zmeny zakrivenia chrbtice vo frontálnej a sagitálnej rovine.

Mierne ochabnutie až oslabenie celého svalového systému sa zreteľne prejaví nesprávnym držaním tela v stoji a v sede. V stoji má dieťa predsunuté držanie hlavy, predsunuté a spustené plecia, zhrbený chrbát, vypuklé brucho, výrazné prehnutie driekovej chrbtice so súčasným klopením panvy dopredu a jej predsunutím. V sede sa naopak krivka driekovej chrbtice vyrovnáva až hrbí a panva sa klopi dozadu. Dieťa sedí na krížovej kosti (Janíková, 1998).

V prípade zistenia rôznych odchýlok je dieťa odoslané na ortopedické vyšetrenie, kde sa za pomoci svalových testov, dynamického vyšetrenia chrbtice, prístrojového vyšetrenia postury a siluetogramov určuje rozsah funkčných porúch. Pri podozrení na deformity je nutné vyšetrenie pomocou zobrazovacích techník (Lewit, 1996).

- **Prístrojové vyšetrenie postury** – vyšetrenie pomocou olovnice, vyšetrenie pomocou plantogramov, pedobarografia v stoji a pri chôdzi, posturografia, sonografia.
- **Zebris** – ultrazvukový detektor chrbtice.

- **Siluetogramy** – fotograficky zachytená postava na definovanom pozadí – analýza porúch zakrivenia chrbtice (Gúth, 1995).
- Na určenie skoliózy sa používa **röntgenologické vyšetrenie**, ktoré je považované za najjednoduchšiu metódu objektivizácie a dokumentácie zakrivenia chrbtice.

Ďalšie zobrazovacie techniky deformít sú termografia (termovíziou možno rozlíšiť kompenzovanú skoliózu, kedy rozvrstvenie teplôt je rovnomerné a dekompenzovanú skoliózu, kedy je nerovnomerné), computerova tomografia, magnetická rezonancia (Vojtaššák, 2000).

**Zebris** – ultrazvukový detektor chrbtice je ultrasonografické diagnostické zariadenie, ktoré umožňuje zisťovať poruchy segmentov chrbtice na úrovni stavcov a príslušných svalov a tiež poruchy funkcie všetkých kĺbov ľudského tela. Keďže zariadenie nevyžaruje röntgenologické lúče, toto vyšetrenie je bezpečné a neinvazívne. Vyšetrenie je možné v rámci preventívnej diagnostiky i počas liečby opakovať v pravidelných intervaloch. Hlavnou charakteristikou je jednoduché ovládanie, vysoká mobilita a flexibilita. Všetky merania sú zobrazené v reálnom čase na počítači, kde je možné synchronizovať prezentáciu všetkých zdrojov signálu. Používa sa na:

- diagnostiku a analýzu statickej pozície skeletu chrbtice,
- analýzu pohybu na dynamickej a statickej podložke,
- analýzu rovnováhy a reakcií na dynamickej, nestabilnej podložke,
- analýzu rozkladu síl a tlakov na dynamickej a statickej podložke,
- analýzu pohybu, funkcie horných a dolných končatín,
- registráciu a analýzu signálu EMG (elektromyografie),
- lokalizáciu a rozmiestnenie elektród EEG (elektroencefalografie).

Programové vybavenie sa používa na analýzu postury, geometrie, mobility a koordinácie trupu a chrbtice, spracováva a zaznamenáva kinematické údaje cez deväť vstupných digitálnych signálov. Tento program pracuje pod operačným systémom Microsoft Windows XP (Zebris, 2007).

### **Meranie základného postoja „ Pointer posture“**

Dôležitým krokom pre vyhotovenie výsledkov je metodika merania. Výsledky môžu byť ovplyvnené presnosťou zariadenia, diagnostikovanou osobou, aj samotnou osobou, ktorá meranie vykonáva. Aby bolo možné zadať čo najpresnejšie parametre pre vyhodnotenie údajov, je dôležitá presná a dôsledná edukácia klienta/pacienta a zodpovedný prístup k meraniu osoby, ktorá meranie vykonáva. Statické určenie polohy a geometrie sa

uskutočňuje pomocou senzorického setu, ktorý tvorí základná meracia senzorická jednotka – ultrazvukový detektor upevnený na stojane, ktorého výšku je možné prispôbiť vzrastu pacienta, senzorický pás so suchým zipsom, na ktorom je umiestnený snímajúci marker a ultrazvukové pero pre analýzu posturálnych parametrov. Senzorický pás sa používa na eliminovanie fluktuácií počas vyšetrenia. Upevňuje sa pomocou suchého zipsu tak, aby bol referenčný ukazovateľ umiestnený na dorzálnnej strane, dostatočne nízko, a aby neprekážal počas vyšetrenia a nebol zakrývaný rukou, či senzorickým perom. Ultrazvukové pero pozostáva z dvoch ultrazvukových detektorov a je hlavným nástrojom na vykonávanie meracej činnosti.

Po zahájení základnej polohy klienta chrbtom k zariadeniu sa postupuje podľa inštrukcií softvéra, ktoré sa zobrazuje v ľavom dolnom rohu na obrazovke. Vizuálny kontakt medzi markerom pera a ultrazvukovými generátormi na telese meracej jednotky sa skontroluje stlačením tlačítka na pere, počas ktorého sa na obrazovke monitora zobrazí „Point entered“ (snímanie bolo akceptované) sprevádzané krátkym zvukovým signálom. Slúži ako kontrola, že všetky body boli správne zosnímané. Celé meranie je možné počas vyšetrenia sledovať na obrazovke monitora a v prípade chyby ešte raz zopakovať. Výsledné meranie chrbtice je zaznamenané v troch rovinách – sagitálnej, frontálnej a transversálnej do protokolu a následne exportované do textového súboru, ktorý obsahuje údaje o postavení chrbtice vrátane výpočtov uhlových parametrov.

### **Úloha sestry pri sonografickom vyšetrení ZEBRIS**

Sonografické vyšetrenie chrbtice je jednoduchý spôsob ako zistiť zakrivenie chrbtice dieťaťa a zároveň slúži na zobjektívizovanie vzniknutých odchýlok.

#### **Úloha sestry pri vyšetrení:**

- 1. Zadanie vstupných údajov vyšetřovaného dieťaťa** (meno, dátum narodenia, pohlavie) a uloženie do vybraného súboru (projektu). Následné zvolenie programu „Pointer posture“.
- 2. Príprava sonografického snímača:**
  - zvoliť správnu vzdialenosť a výšku medzi zariadením a dieťaťom,
  - upevniť pás dieťaťa dostatočne nízko tak, aby nebránil lokalizovaniu trňových výbežkov stavcov počas merania.

### **3. Příprava dítěte:**

- vysvětlit dítěti způsob a postup celého vyšetření – nejméně ho poučit, že se jedná o nebolestivé a krátké vyšetření, pokud dodrží nezmenený postoj počas celého merania,
- oboznámit ho so sensorickým perom, s ktorým sa budeme počas vyšetrenia dotýkať jeho tela na určených miestach,
- vyzliecť dieťa do pol pása a uvoľniť odev na dolnej časti tela, aby bolo možné určiť 4 základné panvové body,
- vopred palpačne vyhmatať a vyznačiť jedenásť určených bodov pre analýzu postury, aby sa urýchlilo vyšetrenie,
- pomôcť dieťaťu zaujať postoj – stáť stabilne na oboch chodidlách chrbtom k zariadeniu a pozeráť sa počas celého vyšetrenia výlučne pred seba (určiť záchytný bod napr. rodič, obrázok).

### **4. Zahájiť samotné meranie databázy.**

### **5. Zložiť sensorický pás.**

### **6. Vytlačiť finálnu správu pre lekára na posúdenie.**

#### **Prieskum**

Predmetom prieskumu boli faktory ovplyvňujúce nesprávny vývin chrbtice u detí školského veku. V úvode prieskumu sme zisťovali náhodne vybraným deťom vo veku 7 – 14 rokov správne držanie tela a fyziológiu zakrivenia chrbtice pomocou sonografického detektora – ZEBRIS. Po zhodnotení výsledkov lekárom a získaní informácií o nesprávnom držaní tela dieťaťa, sme sa zamerali na získanie ďalších informácií o somatickom vývine a životnom štýle týchto detí a to prostredníctvom rodičov.

Na získanie údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií – dotazník, ktorý bol zameraný na získanie informácií o somatickom vývine a životnom štýle detí v školskom veku. Zároveň sme ním zisťovali vplyv rodinného a školského prostredia na zdravie dieťaťa. Dotazník bol určený rodičom detí, ktorý ho vyplnili následne po prístrojovom vyšetrení chrbtice dieťaťa a určení jeho nesprávneho držania tela.

**Tabuľka 1** Rozdelenie detí podľa pohlavia.

Pohlavie	Spolu	
	N	%
Dievčatá	71	62,3
Chlapci	43	37,7
<b>Celkom</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabuľka 2** Rozdelenie respondentov podľa zistených porúch chrbtice prístrojovým vyšetrením Zebris

Poruchy chrbtice	Dievčatá		Chlapci		Spolu	
	N	%	N	%	N	%
Hyperkyfóza – Guľatý chrbát	7	6,1	3	2,6	10	8,8
Hypokyfóza – Plochý chrbát	5	4,4	5	4,4	10	8,8
Hyperlordóza	22	19,3	7	6,1	29	25,4
Napriamená drieková lordóza	8	7,0	7	6,1	15	13,2
Skoliotické držanie tela	26	22,8	3	2,6	29	25,4
Chabé držanie tela	13	11,4	8	7,0	21	18,4
<b>Celkom</b>	<b>71</b>	<b>62,3%</b>	<b>43</b>	<b>37,7%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabuľka 3** Prehľad porúch pohybového aparátu zistených počas preventívnych prehliadok dieťaťa

Poruchy pohybového aparátu	Počet	%
Chybné držanie tela	15	13,2
Nesprávne zakrivenie chrbtice	8	7,0
Deformity na dolných končatinách	16	14,0
Kombinácia viacerých poruch	10	8,8
Nie, neboli	65	57,0
<b>Celkom</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabuľka 4** Zmeny vo vývine chrbtice detí spozorované respondentmi

Obdobie zmien vo vývine chrbtice	Počet	%
Pred nástupom do školy	3	2,6
Po nástupe do školy	12	10,5
Pri zaradení do krúžku	2	1,8
Pri rýchlom raste do výšky	25	21,9
Pri dlhšie trvajúcej chorobe	2	1,8
Použitím nevhodnej školskej tašky	5	4,4
Po úraze	1	0,9
Iné	0	0,0
Nie, nespozorovali	64	56,1
<b>Celkom</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

**Tabuľka 5** Prehľad pohybovej aktivity u detí v priebehu týždňa

Počet hodín	Telesná výchova		Voľnočasová pohybová aktivita		Pravidelná športová aktivita		Celková pohybová aktivita	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%	Počet	%
1x45 minút	6	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2x45 minút	89	78,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3x 45 minút	19	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1 - 5 hodín	0	0,0	47	41,2	34	39,8	39	34,2
6 - 10 hodín	0	0,0	25	22,9	18	15,8	48	42,1
11 - 15 hodín	0	0,0	2	1,8	2	1,8	18	15,8
16 - 20 hodín	0	0,0	0	0,0	2	1,8	9	7,9
Neuviedlo	0	0	40	35,1	58	50,9	0	0,0
<b>Celkom</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>	<b>114</b>	<b>100%</b>

Vzhľadom k zistenej skutočnosti nesprávneho držania detí poukazujeme na potrebu a nutnosť zvýšiť pravidelnosť skríningového vyšetrenia chrbtice. Zároveň poukazujeme na sonografické vyšetrenie ako na možnosť neinvazívneho spôsobu diagnostikovania odchýlok v držaní tela a v zakrivení chrbtice. Aj keď je toto vyšetrenie viac menej orientačné, pomôže určiť ďalšiu cestu postupu. Ochráni deti pred zbytočným röntgenologickým žiarením, ktoré ako dobre vieme je samotným negatívnym faktorom vo vzťahu k vývinu kostného tkaniva.

### Záver

Platnosť rovnice „pohyb = zdravie“ sa potvrdzuje najmä v súčasnom období a platí v oboch smeroch. Tento význam potvrdzuje aj jedno z hesiel Svetovej zdravotníckej organizácie: „Pohyb – to je zdravie“. Vhodná kombinácia fyzickej aktivity a zdravej výživy vytvárajú správny kľúč k zdravému životnému štýlu, ktorý ovplyvňuje zdravie na 50 – 60% (Jedlička, 2009).

Je všeobecne známe, že s rozvojom modernej techniky sa život človeka stal pohodlnejší a hlavne sedavý. Preto je nutné prirodzenú potrebu fyzickej aktivity rozvíjať už od útleho veku. Dieťa si má na cvičenie natoľko zvyknúť, že sa mu stane prirodzenou každodennou potrebou po celý život. Za optimálne obdobie na vytvorenie trvalého vzťahu k vykonávaniu pohybových a športových aktivít sa považuje detský a mládežnícky vek (Liba, 2007).

Nesprávne držanie tela u detí je častým diagnostickým nálezom. Jeho patologická interpretácia nie je vždy jednoznačná, ide o pôsobenie viacerých faktorov. Dominujúca



příčina negativního trendu držání těla dětí je okrem genetickej determinácie, jednostranného preťažovania a nevhodného stravovania, nedostatok až absencia pohybovej aktivity, ktoré vyvolávajú funkčné poruchy chrbtice.

Výchova k správneému držaniu tela u dětí je zo strany sociálnych skupín – rodiny a školy nedostačujúca. Preto je potrebné zo strany sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov, šíriť vedomosti o zdravom životnom štýle, plnohodnotnom a správnom stravovaní, dostatočnom pohybe, ale aj oddychu a spánku. Informácie smerovať priamo k deťom, ich rodičom, ale i do škôl. Treba sa zamerať aj na propagáciu zdravej výživy. Samotná zdravotná výchova nestačí ku zmene stravovacích návykov. Ďalej podporovať a zvyšovať všetky druhy pohybovej aktivity, zaradiť pešiu chôdzu, či jazdu na bicykli, používanie hromadných dopravných prostriedkov namiesto áut. Problémom klesajúcej fyzickej aktivity dnešných dětí je trávenie množstva času v spoločnosti televízora alebo počítača. Liba (2007) hovorí, že Homo sapiens sa vo svojom ďalšom vývoji postupne pretvára na človeka „homo sedentarius“ – človeka sediaceho. Alarmujúce je, že pohybová fyzická aktivita klesá aj v klasickej školskej výchove na základných i stredných školách. Keď sa k tomu pridruží nesprávne sedenie, nosenie nevhodných a ťažkých tašiek alebo jednostranné zaťaženie chrbtice športom, jej vývin je ohrozený. Ovplyvňovanie dospelých býva sťažené, ich názory, postoje i návyky sú často ustálené, a len veľmi ťažko sa menia. Omnoho väčších a trvalejších výsledkov možno dosiahnuť u dětí, pretože návyky a životné zásady položené a upevnené v priebehu detstva a dospievania sa väčšinou stávajú samozrejmé po celý ďalší život. Základnou myšlienkou celej práce bola analýza súčasnej situácie životného štýlu u dětí v školskom veku a navrhnutie možných východiskových postupov, ktoré by viedli k jeho zlepšeniu vo vzťahu k správneému držaniu tela.

#### **Literatura:**

1. GÚTH, A. (1995) *Vyšetřovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*. 1. vyd. Bratislava: Liečreh Gúth, 1995, 448 s. ISBN 80-967383-0-5.
2. ANÍKOVÁ, D. (1998) *Fyzioterapia I*. Martin: Osveta, 1998, 239 s. ISBN 80-8063-015-1. J
3. JEDLIČKA, J. (2009) *Zdravý životný štýl*. 1. vyd. Nitra: Slovenská poľnohospodárska univerzita, 2009, 315 s. ISBN 978-80-552-0295-2.
4. LEWIT, K. (1996) *Manipulační léčba*. 4. vyd. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1996, 347 s. ISBN 3-335-00401-9.
5. LIBA, J. (2007) *Zdravie v kontexte edukácie*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita Pedagogická fakulta, 2007, 255s. ISBN 978-80-8068-539-3.
6. *Zebriš*. 2007. Aplikačný manuál (dostupné u výrobcu).

**Korespondence:**

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v B. Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

E mail: [jarmila.bramuskova@szu.sk](mailto:jarmila.bramuskova@szu.sk)

## SENIOR A POHYBOVÁ AKTIVITA

**Silvia Puteková**

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn**

*Pohyb zohráva dôležitú úlohu v živote každého človeka. Napomáha udržať organizmus v dobrom zdravotnom stave a v telesnej i duševnej kondícii. Pohybová aktivita neznamena len podávanie športových výkonov, ale akýkoľvek telesný pohyb. Patrí sem i chôdza, práca v domácnosti či v záhrade. V seniorskom veku nastáva veľký zlom v pohybovej aktivite v dôsledku zmeny sociálneho postavenia v spoločnosti. Vhodne zvolená pohybová aktivita u seniora má vplyv na pohyblivosť kĺbov, silu kostí, funkčný a nezávislý život, spánok i sebestačnosť seniora. V súčasnej dobe u seniorov narastá významný vplyv subjektívneho hodnotenia kvality života a okrem telesného zdravia, psychického zdravia, sociálnych vzťahov, prostredia a spirituality sa na ňom podieľa i úroveň nezávislosti ako je mobilita, aktivity každodenného života a práve pohybová aktivita.*

**KPúčové slová:** starnutie, pohybová aktivita, senior.

Telesná nečinnosť je uznávaná v celom svete ako rizikový faktor pre udržanie zdravia, fyzickej a duševnej kondície. Vhodná pohybová aktivita u seniorov má ochranný aj liečebný význam. Preventívne pôsobí proti civilizačným ochoreniam a uľahčuje proces starnutia. Má pozitívny vplyv na telesný stav a pomáha pri zachovávaní sebestačnosti (Kadeřavková 2000).

**Pohybová aktivita** – Rozsah a intenzita pohybu tvoria najlepší predpoklad pre zdravé starnutie. Pohyb má pozitívny vplyv na dýchanie, stav svalstva a na telesnú výkonnosť. Telesná aktivita seniorov zahŕňa voľnočasové aktivity, chôdzu, jazdu na bicykli, domáce práce, hry a šport (Hegyi 2012). Zmeny v starobe sa týkajú celého tela a všetkých orgánov. Prvý príznak, ktorý si všimame je úbytok svalovej hmoty a svalovej sily. Preto zdravý človek chodí rovno, kĺby pracujú v plnom rozsahu. Prvá zmena, ktorá je najviac viditeľná je, že „rastieme do zeme“ (Klepková 2004). Úbytok funkčnej zdatnosti a rozvoj stareckého fenotypu môžu byť zásadne podmienené faktory a ovplyvniteľnejšími, ako je zákonitá biologická involúcia. Dôležitú úlohu tu zohráva rehabilitácia, pôsobí na uzdravenie z choroby a funkčnej zdatnosti ale tiež fenotyp seniora – jeho postoj, jeho chôdzu a jeho psychický stav, adaptácia na starobu (Kolář 2012).

### **Zásady výběru pohybové aktivity seniorov**

Pozitivně působení pohybu na organismus závisí na vhodném výběru pohybové činnosti. Výber musí byť prispôsobený:

**Zdravotnému stavu** – u väčšiny seniorov prebieha chronické ochorenie a podľa diagnózy musíme pri zahájení pohybové činnosti rešpektovať limity zaťaženia.

**Veku** – Veľmi dôležité je testovanie zdatnosti jedinca a porovnanie výsledku s vekovou normou.

**Pohlavie** – u žien je väčšie percento osteoporózy, ktorá vymedzuje limity pohybových foriem.

**Pohybová skúsenosť a výkonnosť organizmu** – seniori, ktorí športovali počas života sa oveľa lepšie vyrovnávajú so záťažou i počas starnutia (Kolář 2012).

### **Vhodné a nevhodné pohybové aktivity pre seniorov**

Priaznivý vplyv na starnúci ľudský organismus má dynamická telesná záťaž vytrvalostného charakteru miernej až strednej intenzity. Ide predovšetkým o činnosti využívajúce čo najväčší počet svalových skupín bez silového nároku. Patrí sem:

- Turistika,
- Plávanie a cvičenie vo vode,
- Pohybové aktivity,
- Jazda na bicykli,
- Jednoduché tance sprevádzané spevom,
- Cvičenia využívajúce prvky jogy,
- Psychomotorické cvičenia s uvedomovaním si jednotlivých častí tela s rozličnými pomôckami (Kopřivová 2001).

Najčastejším kritériom intenzity je srdcová frekvencia. K udržaniu správneho fungovania obehového systému je vhodné cvičiť trikrát týždenne jednu hodinu. So zlepšovaním životnej úrovne a rastúcou priemernou dĺžkou života sa vykonávanie športu predlžuje do vyššieho veku. Aktívni seniori sa nechcú vzdať športovej aktivity ani v starobe. Obmedzenie vyplýva zo zníženej funkčnej kapacity, prítomnosti chronických ochorení a degeneratívnych zmien (Kalvach 1997).

Pohyb v dnešnej modernej dobe zohráva dôležitú úlohu v živote každého človeka. Pomáha udržať ľudský organismus v dobrom zdravotnom stave a telesnej i duševnej

kondícii. Každý síce připustí, že dostatočný pohyb je pre zdravie potrebný ale stálo málo ľudí dokáže doceniť skutočný význam tohto faktoru, jeho efekt a silu.

Literatúra:

1. HEGYI, L., *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012, 171 s. ISBN 978-80-89171-99.
2. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: nakladatelství Galén, 2012, 713 s. ISBN 978-80-726265-71.
3. KADEŘÁVKOVÁ, K., *Zdravotní tělesná výchova a gerontologie: pomocný studijní text pro školení cvičitelů zdravotní tělesné výchovy II. třídy*. Praha: Česká obec sokolská, 2000, 26 s. ISBN 80-86402-00-2.
4. KALVACH, Z., *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
5. KALVACH, Z. a kol., *Úvod do gerontologie a geriatric: I.díl gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
6. KOPŘIVOVÁ, J., GMELA, R., JADVIDŽÁK, I., *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů*. Brno: Propag, 2001, 23 s.
7. KOPŘIVOVÁ, J., GMELA, R., JADVIDŽÁK, I., *Cvičení pro zlepšení fyzického, ale i psychického stavu seniorů II*. Brno: Propag, 2002, 23 s.
8. KLEPLOVÁ, V. *Dobré ráno, dobrý den. Cvičení nejen pro seniory*. Olomouc: nakladatelství Poznání, 2004, ISBN 978-80-86606-248.

**Korespondence:**

PhDr. Silvia Puteková, PhD.  
Katedra ošetrovatel'stva  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Trnavská univerzita v Trnave  
[silvia.putekova@truni.sk](mailto:silvia.putekova@truni.sk)

## ZDRAVÁ NEMOCNICE 2015

**Marie Vlachová, Jana Nováková, Klára Polášková**

Fakultní nemocnice v Motole

### **Souhrn**

Desetileté členství Fakultní nemocnice v Motole v národní a mezinárodní síti programu WHO/Health Promoting Hospitals & Health Services (HPH&HS) bylo v letech 2012 – 2014 doplněno účastí v pilotním mezinárodním projektu Recognition Process. Do projektu byla za nemocnici zapojena Pneumologická klinika. Cílem projektu je potvrdit přínos podpory zdravotní péče a služeb. Na základě vyhodnocení dat z dotazníku pro zaměstnance v rámci projektu jsme se rozhodli pro vlastní interní doplňující průzkumné šetření, které mělo za cíl zmapovat aktuální situaci v začleňování programu podpory zdraví na klinice.

U zdravotnického personálu zmapovat následující témata:

**I.** Aktuální představy sester a lékařů týkající se termínu „podpora zdraví“, smyslu a významu programu podpory zdraví v péči o pacienty

**II.** Podmínky a předpoklady aktivního přístupu personálu k programu podpory zdraví

### **Klíčová slova:**

WHO, zaměstnanec, šetření, Pneumologická klinika, podpora zdraví, mezinárodní projekt

### **Metodika sběru a zpracování dat**

Průzkum proběhl na Pneumologické klinice v období listopad až prosinec 2013. Vyhodnocení průzkumu a zpracování výstupů bylo provedeno v roce 2014. Po sérii konzultací se zástupcem vedením FN Motol a vedením kliniky týkajících se provozních a časových dispozic všech skupin zdravotnického personálu byly pro průzkum zvoleny tři různé formy:

#### **1. Forma skupinových interaktivních workshopů**

Tato forma byla zvolena pro práci se středním zdravotnickým personálem. Proběhly tři workshopy, kterých se zúčastnilo celkem 33 pracovníků z lůžkového oddělení, JIP a ambulantního provozu. Workshopu se účastnily i vrchní sestra a staniční sestry.

#### **2. Forma dotazníkového šetření**

Tento způsob byl vybrán jako nejvhodnější pro získání informací od lékařů. Celkem bylo rozdáno 16 dotazníků, vyplněno a vráceno bylo 9 dotazníků.

#### **3. Forma strukturovaného rozhovoru**

Forma strukturovaného rozhovoru byla nakonec zvolena pro získání informací od primáře kliniky a od vedoucí lékařky Centra pro léčbu závislosti na tabáku (CLZT). Tato lékařka zároveň vyplnila i dotazník.

Struktura workshopů se středním zdravotnickým personálem zahrnovala stejná témata a v zásadě stejné nebo velmi podobné typy otázek jako dotazníky pro lékaře, aby bylo možné porovnat odpovědi na stejné otázky v daných tématech od obou respondentských skupin.

### **Tři tematické okruhy zahrnovaly celkem 9 otázek:**

I. Aktuální představy zdravotníků (lékařů a sester) týkající se termínu „podpora zdraví“, smyslu a významu programu podpory zdraví v péči o pacienty – pro obě skupiny 3 otázky

II. Informovanost o programu WHO/HPH&HS a aktivitách podpory zdraví – sestry 2 otázky, lékaři 4 otázky

III. Podmínky a předpoklady aktivního přístupu personálu k programu podpory zdraví – sestry 4 otázky, lékaři 2 otázky

### **Výsledky průzkumu a jejich interpretace**

#### **Tematický okruh I: Aktuální představy týkající se pojmu „podpora zdraví“, významu a smyslu programu podpory zdraví v péči o pacienty**

Úspěšnost a dlouhodobá udržitelnost programů podpory zdraví se odvíjí od jejich odpovědí na otázky k prvnímu tématu je zřejmé, že představa o tom, co znamená a obsahuje pojem „podpora zdraví“, je u obou skupin respondentů v zásadě shodná. Střední zdravotní personál má oproti lékařům představu širší a konkrétnější, pro lékaře jsou aktivity podpory zdraví více na okraji jejich pozornosti.

Názory sester jsou velmi konkrétní a vycházejí z praktických zkušeností.

Otázka prospěšnosti aktivit podpory zdraví realizovaných přímo v nemocnici má jednoznačnou podporu u obou skupin zdravotníků.

#### **Tematický okruh II: Podmínky a předpoklady aktivního přístupu personálu k programu podpory zdraví**

Otázky v tomto tematickém bloku se týkaly pohledu zdravotníků na to, co je důležité pro pacienta a co ovlivňuje jeho spokojenost s léčebnou péčí. Obě skupiny, sestry i lékaři, se vyjádřily, že za nejpodstatnější faktor spokojenosti pacientů považují přístup personálu k pacientům.

Z hlediska tohoto zjištění se jeví jako velmi podstatná druhá část tohoto tematického bloku, zahrnující odpovědi na otázky týkající se motivačních a demotivačních faktorů

ovlivňujících spokojenost personálu (je součástí 4. standardu podpory zdraví). Obě skupiny zdravotníků se shodly na pozitivním motivačním vlivu dobrého kolektivu, vzájemných mezilidských i profesních vztahů. Druhým pozitivním motivačním faktorem jsou pro lékaře finance, pro sestry pak pracovní prostředí. Za výrazně demotivační byl označen takový systém práce, který se jeví jako nesmyslný a zbytečný a nedostatečné personální obsazení, které při stávajícím náporu práce výrazně zvyšuje úroveň stresu a zároveň omezuje časovou kapacitu, kterou by personál mohl a měl věnovat kvalitnějšímu přístupu k pacientům.

Průzkum tak ukázal, že práce na plnění 4. standardu podpory zdraví (Zdravé pracovní prostředí) může být jedním z klíčových témat, které ovlivňuje kvalitu poskytované péče (i když je jinak dobře medicínsky nastavená a provedená) a mohou se projevit ve výsledcích dotazníků spokojenosti pacientů.

Průzkum realizovaný formou diskuzí se sestrami na interaktivních workshopech přinesl nejen řadu informací, ale zároveň inspiroval přítomné k formulaci nápadů a námětů pro oblasti, které v otázkách nebyly přímo zahrnuté. Stejně tak i některé odpovědi lékařů v dotaznících ukazují, kde respondenti vidí potenciál ke změně. Proto byly odpovědi zpracovány ještě do samostatného přehledu týkajícího se možností a rezerv.

Základním palivem procesu změny je motivace. Předpokladem pro optimální přípravu změnového procesu je znalost motivačních faktorů - tzn. toho, co je pro daného jedince natolik důležité, že mu stojí za to něco pro to udělat a do procesu změny vstoupit. V programech podpory zdraví v nemocnicích se na změně vždy podílí víc skupin a faktorů najednou, proto je důležité najít co nejvíce společných faktorů/témat.

Aktivity v rámci programu podpory zdraví v nemocnici jsou z pohledu zdravotníků, sester i lékařů prospěšné a smysluplné.

Smysluplnost a prospěšnost jsou základními předpoklady a motivačními faktory, které zvyšují šanci, aby implementace nových prvků do systému zdravotní péče v nemocnici byla úspěšná a dlouhodobě udržitelná. Podpora zdraví a její jednotlivé prvky není ze strany zdravotníků vnímána jako nadstandard, ale jako součást zdravotní péče.

Z průzkumu vyplynulo, že se sestry i lékaři shodují v pohledu a názorech na tyto oblasti:

- Na základní představě o tom, co je podpora zdraví
- Na významu psychické pohody a podpory jak v léčbě pacientů, tak u personálu
- Na důležitosti přístupu zdravotníků k pacientům, na významně podpůrný význam mezilidských vztahů a vzájemné komunikace na pracovišti



**Literatura:**

U autorky.

**Korespondence:**

Mgr. Marie Vlachová  
Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol

## **Možnosti krytí a fixace periferních žilních kanyl s ohledem na vznik flebitidy**

<sup>1</sup>Sedlářová Petra, <sup>1</sup>Zvoníčková Marie, <sup>1</sup>Svobodová Hana, <sup>2</sup>Havrda Martin

<sup>1</sup>Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, I. interní klinika

### **Souhrn**

*Autoři příspěvku předkládají základní přehled o tom, jaké jsou možnosti krytí a fixace periferních žilních kanyl. Ve stručnosti seznamují s tím, jaká jsou aktuální doporučení týkající se krytí periferních žilních vstupů CDC a INS.*

### **Klíčová slova**

*Periferní žilní vstup, periferní žilní kanyla, flebitida, skórovací systém, krycí materiál, stabilizační prvky.*

### **Úvod**

Intravaskulární aplikace léků patří mezi běžné výkony prováděné lékaři i sestrami. Ač se jedná o běžný výkon, může být spojen s řadou komplikací – např. flebitidou, infiltrací a extravazací, celkovou sepsí, vzduchovou embolií, tromboflebitidou. U pacientů s periferními cévními vstupy se nejčastěji setkáváme s flebitidou.

### **Vlastní text**

#### **Flebitida**

Flebitida ze zavedeného periferního žilního vstupu je jednou z nejčastějších komplikací, se kterou se v nemocnici setkáváme. Výskyt této komplikace se v různých studiích uvádí obvykle od 30 do 60 %. Její příčinou může být mechanické či chemické podráždění cévy nebo bakteriální kontaminace.

Mechanická flebitida vzniká, když je katétr špatně zafixovaný a dráždí tunica intima. Chemická flebitida vzniká, když pacientovi podáváme do žíly hypertonické, kyselé nebo silně zásadité roztoky. Vyvolavatelem infekční flebitidy jsou mikroorganismy, které se dostávají do vény přes místo vpichu z pacientovi kůže nebo křížovou kontaminací. Flebitida se projevuje podle závažnosti bolestivostí, začervenáním, otokem a ev. i hnisavou sekrecí v místě vpichu. (5, 6, 12, 15).

K hodnocení tíže flebitis se obvykle používají různé skórovací systémy. Ray-Burruel ve své studii prostudoval 233 odborných článků, ve kterých byla řešena problematika flebitidy. Ve 101 pracích byla použito 71 různých hodnotících škál. U nás se nejčastěji

používá škála dle Maddona (Maddoxe?) (tab.1). INS (Infusion Nursing Society) doporučuje používat INS Phlebitis Scale (tab. 2) nebo Visual Infusion Phlebitis Scale (tab. 3). (7, 23, 24)

**Tab. 1** Skóre tíže flebitis dle Madona (Madoxe?)

stupeň	příznaky
0	Není bolest ani reakce v okolí
I.	Pouze bolest, bez reakce v okolí
II.	Bolest a zarudnutí
III.	Bolest, zarudnutí, otok a/nebo bolestivý pruh v průběhu žíly
IV.	Hnis, otok, zarudnutí a bolestivý pruh v průběhu žíly

**Tab. 2** Skóre tíže flebitis dle INS (zdroj 7)

stupeň	příznaky
0	Bez příznaku
I.	Zarudnutí v místě vpichu s nebo bez bolesti
II.	Bolest v místě v pichu se zarudnutím a/nebo s edémem
III.	Bolest v místě vpichu se zarudnutím, pruh v průběhu žíly, hmatné zatvrdnutí žíly
IV.	Bolest v místě vpichu se zarudnutím, pruh v průběhu žíly, hmatné zatvrdnutí žíly v délce nad 2,5 cm, hnisavá sekrece

**Tab. 3** VIP skóre - Visual Infusion Phlebitis Scale (zdroj 30)

Místo vpichu se zdá být v pořádku	0	Bez příznaků flebitidy SLEDUJTE KANYLU
Jeden z následujících příznaků: • Mírná bolest v okolí vpichu, nebo mírné začervenání v okolí vpichu	1	Možné první příznaky flebitidy SLEDUJTE KANYLU
Dva z následujících příznaků: • Bolest v okolí vpichu • Zarudnutí • Otok	2	Časný stupeň flebitidy PŘEPÍCHNĚTE KANYLU
Všechny z následujících příznaků: • Bolest podél kanyly • Zarudnutí • Indurace („zatvrdnutí“)	3	Střední stupeň flebitidy PŘEPÍCHNĚTE KANYLU ZVAŽTE DALŠÍ OŠETŘENÍ
Výrazné všechny z následujících příznaků: • Bolest podél kanyly • Zarudnutí • Indurace („zatvrdnutí“) • Hmatná žíla	4	Pokročilý stupeň flebitidy nebo počínající tromboflebitida PŘEPÍCHNĚTE KANYLU ZVAŽTE DALŠÍ OŠETŘENÍ
Výrazné všechny z následujících příznaků: • Bolest podél kanyly • Zarudnutí • Indurace („zatvrdnutí“) • Hmatná žíla • Pyrexie	5	Pokročilý stupeň tromboflebitidy ZAHAJTE LÉČBU PŘEPÍCHNĚTE KANYLU

### Krytí a fixace periferních žilních kanyl

Správnou fixací a krytím periferních žilních kanyl lze částečně předcházet vzniku mechanické a infekční flebitidy. Z tohoto hlediska je důležité:

- **Vybrat vhodné místo vpichu**, abychom mohli kanylu dobře fixovat a minimalizovali pohyb intravenózní kanyly. Ideální jsou z tohoto hlediska žíly na předloktí, nejméně vhodné žíly v loketní jamce.
- **Používat vhodný krycí a fixační materiál** – různé firmy vyrábí množství krycích a fixačních materiálů. Jejich přehled je uveden v následujícím odstavci. Krycí materiál chrání místo vpichu před mikroorganismy z vnějšího prostředí, minimalizuje pohyb katétru a brání tak jeho dislokaci, infiltraci, extravazaci, vypadnutí katétru a poranění. Každý mikropohyb kanyly vede k podráždění žilní stěny a následným zánětlivým projevům. Katéetrové krytí musí být sterilní, snadno použitelné i odstranitelné a příjemné pro pacienta. (6, 14) V ideálním případě by

mělo být prodyšné, nepropustné pro vodu z venku, průhledné, dobře přilnavé, nepoškozující kůži, mělo by dobře držet a při tom se dobře sundávat.

- **Měnit krytí katétru dle potřeby** (vždy při znečištění, odlepení, prosáknutí). Každý převaz vede k mikropohybům katétru, podráždění cévy, zvyšuje se riziko kontaminace a může dojít i k dislokaci katétru. Intervaly rutinních výměn krytí periferních katétru jsou diskutovanou otázkou.
- **Kanylu lze fixovat** buď pouze vhodným krycím materiálem, nebo pomocí stabilizačního prvku.
- V případě napíchnuté žíly v loketní jamce bývá doporučováno fixovat končetinu na dlahu.

## Typy krycích materiálů

### Dělení dle materiálu

- **Textilní krytí** – textilní krytí je velmi často používáno. Je vyrobeno z netkané textilie. Jeho výhodou je dobrá absorpční schopnost a dobrá prodyšnost. Nevýhodou je neprůhlednost a propustnost materiálu pro vodu. Obvykle se používá samolepící krytí, kdy v centru je savý čtverec a po okraji je lepidlo šetrné ke kůži (polyakrylátové lepidlo na vodní bázi). Patří sem např. Niko-Fix, Mepore, Curapore, Elastpore). (8, 10)
- **Polyuretanové folie** (např. Tegaderm, Hydrofilm, Opsite, Protectfilm) – jedná se o transparentní, prodyšné, semipermeabilní krytí. Prodyšnost může být u fólií od různých výrobců různá (uvádí se prodyšnost od 500 g/m<sup>2</sup>/24 hod do 7000 g/m<sup>2</sup>/24 hod.). Krytí je tedy nepropustné pro vodu a mikroorganismy, zároveň se však může odpařovat přebytečná vodní pára. Folie nemá sací schopnost, a proto nemá být používána, pokud se pacient hodně potí. Samostatně nemá být používána, pokud místo vpichu krvácí nebo odchází jiná tekutina. Může být však použita v kombinaci se savým čtvercem. Krytí musí být vyměněno vždy, když je čtverec mokrá či zakrvácený. (20, 21, 25, 28)
- **Kombinace textilní krytí – polyuretanová folie** (např. Veca-C, Curafix i.v. control, Tegaderm CHG) - toto krytí v sobě spojuje výhody transparentního a textilního krytí. Nad místo vpichu je určeno transparentní foliové okénko, další část krytí je textilní. Na místo vpichu tedy vidíme, na velké části kůže je však méně dráždivé a prodyšnější textilní krytí. Některé krytí (např. Veca-C) mají integrovanou absorpční

vložku, která odstraňuje exudát, vlhkost a udržuje místo vpichu suché. Součástí jiného kombinovaného krytí je gel napuštěný chlorexidinem, který je účinný proti g+ i g- bakteriím a kvasinkám. Gel proniká pod katétr, aby poskytl souvislou antibakteriální ochranu v místě vpichu. Gelový polštářek nasaje až 8x hmotnosti FR a 3x hmotnosti krve. Krytí s chlorexidinovým gelem je častěji používáno na centrální žilní katétr. (2, 3, 9, 11, 26)

- **Kombinace polyethylenová pěna – polyuretanová folie** (např. Easi-v) - jedná se o krytí z polyethylenové pěny s transparentním okénkem z polyuretanové fólie. Obvaz je prodyšný a pro vodu z venku nepropustný. (10)
- **Kombinace gelové krytí – transparentní folie** (např. MiniFix, VenFix) – jedná se o glycerinové gelové krytí s antibakteriálními účinky, které se přikládá do oblasti místa vpichu. Katétr se pak překrývá a fixuje transparentní folií (tzv. druhou kůží). Krytí je prodyšné a pro vodu nepropustné. (13, 29)
- **Polyuretanový disk s Chlorexidinem** (BioPatch) – jedná se o nastřižený polyuretanový pěnový disk napuštěný Chlorexidinem, který se vkládá okolo intravaskulárního katétru a přelepí transparentním krytím. Materiál má absorpční schopnost (dokáže absorbovat 8x hmotnosti roztoku) a antimikrobiální účinky (díky Chlorexidinu). Výrobce doporučuje katétr krytý polyuretanovým diskem a transparentní folií převazovat po 7 dnech, pokud je obvaz suchý a neodlepí se. (17, 18, 19)

#### **Dělení dle počtu dílů, ze kterých se krytí skládá**

- Krytí jednodílné – jedná se o velmi jednoduché krytí, které překrývá katétr. Obvykle je textilní nebo foliové.
- Krytí vícedílné – jde o krytí, které se skládá z dvou a více dílů. Nejčastěji je ke krycímu materiálu přiložen podkladový čtvereček pod kanylu a/nebo nějaký bezpečnostní prvek (např. náplastový proužek k fixaci setu).

#### **Stabilizační prvky** (např. StatLock, GripLok)

Nejedná se o krycí obvaz, ale o „zařízení“, které drží katétr ve správné poloze. Existuje ve verzi pro centrální i periferní žilní katétr. U centrálních žilních katétru ho lze použít místo stehů. U periferních katétru nám slouží k lepší fixaci, při které nedochází k mikropohybům katétru a tím se snižuje dráždění cévy a riziko bakteriální kontaminace.

Katétr se kryje obvazem dle standardu oddělení. Pokud katétr převazujeme, stabilizační zařízení snižuje riziko jeho dislokace. (4,16,27)

Stabilizační prvek se nalepí na kůži v místě kónusu katétru, kónus se vloží na určené místo a upevní se v něm (způsob upevnění závisí na typu pomůcky). Poté se přelepí místo vpichu sterilním krytím.

#### **Doporučení výměny krytí periferních a centrálních žilních katétrů podle CDC (1)**

- Používáme sterilní textilní krytí nebo transparentní semipermeabilní krytí.
- Pokud se pacient hodně potí, místo vpichu krvácí nebo odchází jiný sekret, mělo by být použito krytí textilní.
- Výměna krytí se provádí, pokud je zvlhčené, viditelně znečištěné, nebo pokud se odlepjuje.
- Nedoporučuje se užívání antibiotických mastí či krémů, které mohou podporovat riziko infekce plísněmi a antimikrobiálních rezistencí.
- Nedoporučuje se ponořovat katétr do vody. Sprchování se povoluje, pokud je zabezpečena nemožnost vniknutí mikroorganismů dovnitř katétru a spojovací části jsou chráněné nepropustným krytem.
- Doporučení týkající se frekvence převazu krytí se v tomto doporučení týkají pouze centrálních žilních katétrů.
- Katétr kontrolujeme vizuálně během převazu nebo pohmatem skrze neporušené krytí kanyly. Jestliže pacient reaguje citlivě na dotek, má horečku bez evidentní příčiny nebo jinou manifestaci místní nebo celkové infekce, krycí obvaz by měl být odstraněn a místo vstupu důkladně vyšetřeno.
- Pacienty nabádáme k informování personálu, pokud budou pociťovat nějaké změny v místě katétru nebo jiné nepříjemné pocity.

#### **Doporučení výměny krytí periferních a centrálních žilních katétrů podle INS (7)**

- Rutinní péče o vstup a výměna krytí u krátkodobě zavedeného periferního katetru není nutná, pokud krytí není znečištěné a „dobře drží“ (neodlepjuje se, není poškozené).
- Pro péči o cévní vstupy se doporučuje jako kožní antiseptikum roztok chlorhexidinu, může se užít i 1 – 2% roztok jódu, jodophor nebo 70% alkohol. Chlorhexidin není doporučen pro děti do 2 měsíců věku.

- U dětí do 2 měsíců nebo u dětí s porušenou integritou kůže se doporučuje odstranit suchý jódový roztok z kůže pomocí fyziologického roztoku nebo sterilní vody.
- Kůže v místě vstupu katétru by měla být denně vizuálně a lehce palpačně kontrolována přes obvaz. Pacienti, kteří jsou v domácí péči nebo docházejí do ambulance, by měli být poučeni, jak katétr a obvaz kontrolovat každý den pro prevenci infekce a ohlásit každou změnu nebo uvolnění obvazu okamžitě lékaři nebo sestře, která o něj pečuje.
- Sekundární obvaz nesmí bránit oční kontrole vstupu katétru nebo zaškrtit končetinu (resp. cévu).
- Na krytu by mělo být zaznamenáno datum, čas a iniciály sestry, která krytí měnila.
- Ostatní doporučení ohledně krytí s převazů se týkají centrálních žilních katétrů.

### Závěr

Správná fixace a krytí periferních žilních kanyl může mít značný vliv na snížení rizika vzniku flebitidy. Je proto důležité věnovat pozornost výběru vhodného krycího materiálu, správné fixaci katétru a ošetřování okolí periferního žilního vstupu.

V českých nemocnicích se obvykle setkáváme s doporučením rutinní výměny krytí periferních žilních katétrů. U neprůhledného krytí je to obvykle po 24-48 hodinách, u průhledného krytí po 76-92 hodinách. Každá výměna krytí je však spojena s mikropohybem kanyly až rizikem úplné dislokace. Na základě prostudované literatury by bylo dobré přehodnotit, zda jsou nutné rutinní převazy periferních žilních katétrů v jednodenních či dvoudenních intervalech. V současné době se chystáme provést studii, která by tuto problematiku ověřila.

### Literatura

1. CDC *Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011*. [online] Dostupné na: [www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf](http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf), 20.4.2014.
2. *Curafix® i.v. control*. [online] Dostupné na: <http://www.lohmann-rauscher.com/en/products/wound-care/adhesive-dressings/cannula-retention-dressings/curafix-iv-control-transparent-cannula-retention-dressing.html>, 18.12.2014.
3. *Designed for Securement & Comfort. 3M™ Tegaderm™ I.V. Advanced Securement Dressing. Application and Removal Guide*. [online] Dostupné na: <http://multimedia.3m.com/mws/media/921991O/3m-tegaderm-iv-advanced-application-guide-2013.pdf>, 18.12.2014.



4. Grip-Lok Catheter and Line Securement Products for securing all types of tubes, lines and catheters. [online] Dostupné na: <http://www.grip-lok.com/products/>, 10.11.2014.
5. HITCHCOCK, J. Effective strategies for reducing the incidence of catheter-related bloodstream infections. *British Journal of Nursing. (Educational supplement Catheter-related bloodstream infections: cost-effective strategies for prevention.)* 2014, **23**(14), S4-S10. ISSN 0966-0461.
6. HODSON, J. The role of dressings in the prevention of vascular access device infections. *British Journal of Nursing. (Educational Supplement Catheter-related bloodstream infections: cost-effective strategies for prevention.)* 2014, **23**(14), S11-S14. ISSN 0966-0461.
7. INS Infusion Nursing Standards of Practise. *Journal of Infusion Nursing.* 2011, **34**(1S). ISSN 1533-1458.
8. Island dressing. Dostupné na: <http://www.molnlycke.co.uk/wound-care-dressings/island-dressings/>, 10.11.2014.
9. Katalog MedCare Pharmacy. [online] Dostupné na: [http://msmgroup.eu/userfiles/file/MSMCR/Dokumenty/Katalog%20DMP\\_2012.pdf](http://msmgroup.eu/userfiles/file/MSMCR/Dokumenty/Katalog%20DMP_2012.pdf), 13.1.2014.
10. Katalog. Fixace. [online] Dostupné na: <http://www.dahlhausen.cz/katalog/fixace/>, 10.11.2014.
11. Katalog MedCare Pharmacy. [online] Dostupné na: [http://msmgroup.eu/userfiles/file/MSMCR/Dokumenty/Katalog%20DMP\\_2012.pdf](http://msmgroup.eu/userfiles/file/MSMCR/Dokumenty/Katalog%20DMP_2012.pdf), 14.12.2014.
12. McGOVAN, D. Peripheral intravenous cannulation: what is considered 'best practise'? *British Journal of Nursing. (IVTherapy Supplement )*.2014, **23**(14), S26-S28. ISSN 0966-0461.
13. MiniFLX i.v. VenFIX i.v. Triple care for venous puncture sites: Antimicrobial, absorbent & transparent. [online] Dostupné na: [http://omniamedic.com/sites/default/files/GLYCOcell-soft-VenFIX20iv\\_MiniFIX20iv\\_GB-Ver3-0610.pdf](http://omniamedic.com/sites/default/files/GLYCOcell-soft-VenFIX20iv_MiniFIX20iv_GB-Ver3-0610.pdf), 14.12.2014.
14. MSM Základy zavádění a ošetřování periferních žilních vstupů. Více neuvedeno.
15. OGSTON-TUCK, S. Patient safety and pain in IV therapy. *British Journal of Nursing. (IVTherapy Supplement )*.2014, **23**(2), S10-S11. ISSN 0966-0461.
16. OSTENDORF, W. Intravenous and Vascular Access Therapy. In: PERRY, A. G., POTTER, P. A. *Clinical Nursing Skills and Techniques*. 7th Edition. St. Louis : Mosby Elsevier, 2009, p. 573-627. ISBN 978-0-323-05289-4
17. Peripheral Intravenous Catheters. Protect All Lines. Protect All Lives<sup>TM</sup>. [online] Dostupné na: <http://www.biopatch.com/piv-crbsi-prevention>, 14.12.2014.
18. Peripheral IV Clinical Compendium.2013. [online] Dostupné na: [http://www.biopatch.com/sites/com.biopatch/files/documents/017603-140626\\_Peripheral\\_IV\\_Clinical\\_Compndium\\_0.pdf](http://www.biopatch.com/sites/com.biopatch/files/documents/017603-140626_Peripheral_IV_Clinical_Compndium_0.pdf), 14.12.2014.
19. Peripheral IV Executive Monograph. 2013. [online] Dostupné na: [http://www.biopatch.com/sites/com.biopatch/files/documents/evidence-guidelines-piv-catheter-mgmt-monograph-revised-ca\\_0.pdf](http://www.biopatch.com/sites/com.biopatch/files/documents/evidence-guidelines-piv-catheter-mgmt-monograph-revised-ca_0.pdf), 14.12.2014.
20. Pharmaplast PU IV Frame Style. [online] Dostupné na: [http://www.pharmaplast-online.com/index.php?page=shop.product\\_details&flypage=garden\\_flypage-test.tpl&category\\_id=77&product\\_id=135&option=com\\_virtuemart&Itemid=708&lang=cz](http://www.pharmaplast-online.com/index.php?page=shop.product_details&flypage=garden_flypage-test.tpl&category_id=77&product_id=135&option=com_virtuemart&Itemid=708&lang=cz), 10.1.2015.
21. Protectfilm 7000. [online] Dostupné na: [http://www.pharmaplast-online.com/index.php?page=shop.product\\_details&flypage=garden\\_flypage-](http://www.pharmaplast-online.com/index.php?page=shop.product_details&flypage=garden_flypage-)

- [test.tpl&category\\_id=77&product\\_id=138&option=com\\_virtuemart&Itemid=711&lang=cz](#), 8.1.2015.
22. REITSMA, A.M., RODEHEAVER, G.T. [online] Dostupné na: *Effectiveness of New Antimicrobial Gauze Dressing as a Bacterial Barrier*. <http://www.kendallhq.com/imageServer.aspx?contentID=7598&contenttype=application/pdf>, 12.12.2014.
23. RAY-BARRUEL, G. Are infusion phlebitis assessment scales reliable and valid? *British Journal of Nursing*. 2014, **23**(8), S15. ISSN 0966-0461.
24. RAY-BARRUEL, G.; POLIT, D. F.; MURFIELD, J.E.; RICKARD, C.M. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practise*. 2014, **20**(2), 191-202. ISSN 1356-1294.
25. *SMTL Dressing Databcard*. [online] Dostupné na: <http://www.dressings.org/Dressings/opsite.fle.html>, 18.12.2014.
26. *SorbaView<sup>®</sup> Dressing*. [online] Dostupné na: [http://sorbaviewshield.com/media/95849-LIT123V3\\_SHIELD\\_Peripheral.pdf](http://sorbaviewshield.com/media/95849-LIT123V3_SHIELD_Peripheral.pdf), 14.12.2014.
27. *Stabilization devices*. [online] Dostupné na: <http://www.bardaccess.com/products.php?category=Stabilization> Devices, 12.12.2014.
28. Suprasorb<sup>®</sup> fóliový obvaz. [online] Dostupné na: <http://www.lohmann-rauscher.cz/cz/produkty/osetreni-ran/vlhke-osetreni-ran/suprasorb-f.html>, 18.12.2014.
29. *Wound healing with GLYCOcell<sup>®</sup>*. [online] Dostupné na: <http://www.mebausa.com/userfiles/71file57218.pdf>, 14.12.2014.
30. [www.vipscore.net](http://www.vipscore.net). [online] Dostupné: 26.7.2015.

**Korespondence:**

Mgr. Petra Sedlářová  
Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta  
Ústav ošetřovatelství  
Ruská 87, 100 00 Praha 10  
Email: [petra.sedlarova@lf3.cuni.cz](mailto:petra.sedlarova@lf3.cuni.cz)

## VYUŽITIE POSUZOVACÍCH ŠKÁL U PACIENTOV S DEKUBITMI

**Andrea Botíková**

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

### **Abstrakt:**

*Využívanie hodnotiacich nástrojov prináša sestrem nielen spätnú väzbu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, ale umožňuje aj kontinuálne upraviť nasledujúcu ošetrovateľskú starostlivosť na požiadavky pacienta, čím sa ošetrovateľská starostlivosť stáva individualizovanou. Hodnotiace škály umožňujú merať kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, objektivizovať údaje a poskytujú sestram priestor pre rozvoj kritického myslenia. Vznik dekubitov je stále závažným problémom u hospitalizovaných pacientov v každom zdravotníckom zariadení. Boj s preležaninami je jednou z najväčších priorít moderného ošetrovateľstva. Výskyt dekubitov zaradujeme ku kritériám hodnotenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Na hodnotenie rizika vzniku dekubitov sestra môže využiť niekoľko posudzovacích škál napr. Nortonovu, Bradenovu, Waterlowu, Knollovu. Prevencia preležanín patrí už od nepamäti k základným preventívnym metódam ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov.*

**KLúčové slová:** ošetrovateľská starostlivosť, prevencia, dekubit, hodnotiaci škála, pacient.

### **Abstract:**

*Use of assessment tools will only give sister feedback on the nursing care, but also allows continuously adjust the following nursing care to patient requirements, thus becoming individualized nursing care. Rating Scale possible to measure the quality of nursing care, to objectify information and provide nurses room for the development of critical thinking. Pressure sores is still a serious problem in hospitalized patients in any health care facility. Fight with bedsores is one of the top priorities of modern nursing. The occurrence of pressure ulcers ranked on criteria evaluating the quality of nursing care. To evaluate the risk of decubitus nurse can use several scales of assessment for example. Norton's, Braden, Waterlow, Knoll. Prevention of bedsores is from time immemorial to essential preventive methods of nursing care for patients.*

**Key words:** nursing care, prevention, decubitus, evaluation scale, patient.

### **Korespondence:**

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

e-mail : [andrea.botikova@truni.sk](mailto:andrea.botikova@truni.sk)

## NOVODOBÁ PÉČE O DEKUBITY

**Jana Beránková**

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

### **Souhrn**

*Autorka příspěvku předkládá základní přehled o výsledcích studie ve využití zdravotnického prostředku HemaGel na dekubity. Používáním HemaGelu došlo ke sníženému výskytu komplikací, urychlení hojení dekubitů, byly prokázány baktericidní účinky, snížení nákladů na spotřební materiál a v neposlední řadě také zvýšení komfortu pro pacienta.*

### **Klíčová slova**

*Dekubit; Hojení; Baktericidní účinky; HemaGel, Compliance pacienta*

### **Úvod**

Naše nemocnice stále usiluje o zkvalitnění péče a zajištění lepšího komfortu pro pacienty. Dekubity jsou i pro současnou pokrokovou medicínu vážným problémem, z důvodu špatného hojení a jsou vstupní bránou infekce do těla. Z tohoto důvodu se naše nemocnice zapojila do studie o použití zdravotnického prostředku HemaGel na dekubity II až IV. stupně. Tato studie proběhla na odděleních následné rehabilitační péče a na odděleních interny, kde je preskripce dekubitu nejvyšší. Záměrem této studie bylo používání HemaGelu na sledovaných odděleních za IV. čtvrtletí 2014, s následným porovnáním II. Čtvrtletí 2014.

### **Záměr studie**

Hlavním cílem této studie bylo zjistit, zda je HemaGel účinný z hlediska snížení výskytu komplikací a urychlení hojení dekubitů. Dalším záměrem bylo posouzení compliance pacienta po aplikaci HemaGelu, posouzení baktericidního účinku HemaGelu a v neposlední řadě, zda používání HemaGelu = úspora materiálu a zkvalitnění péče.

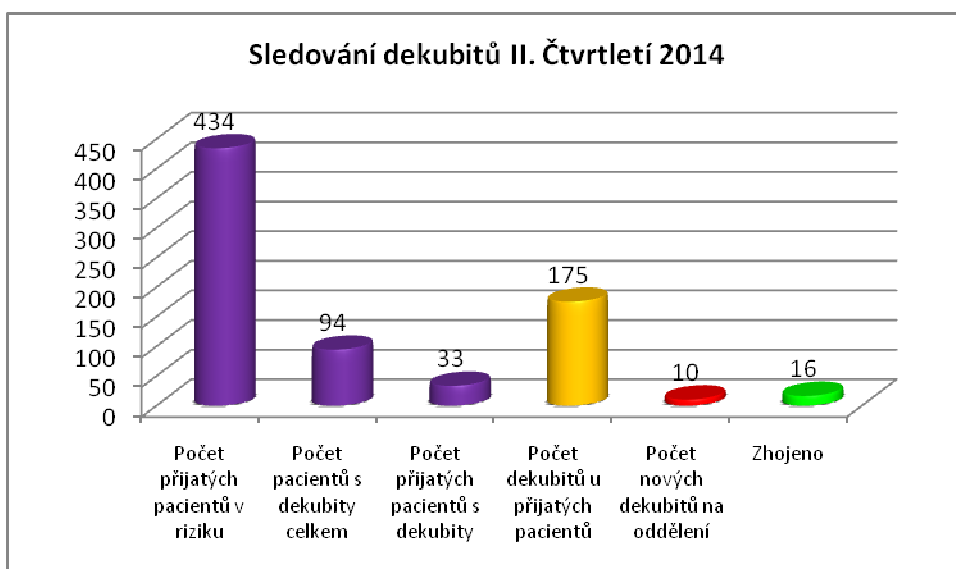
Pro jednotnost a správné používání HemaGelu byly proškolené sestry a vedoucí pracovníci expertem na hojení ran, byl zaznamenán postup toalety rány a aplikace HemaGelu na dekubity a sepsány kontraindikace používání HemaGelu na vysoce secernující rány a na suché nekrózy. Školení expertem na hojení ran přispělo k osvojení si nových postupů v oblasti ošetrovatelské péče o chronické rány. Postup byl zaznamenán do metodiky, která byla dána na jednotlivá sledovaná pracoviště. Postup metodiky, který vytvořila Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., byl předán i zástupci

společnosti od zdravotnického prostředku HemaGel, která může tuto metodiku použít i v dalších projektech.

### Hodnocení

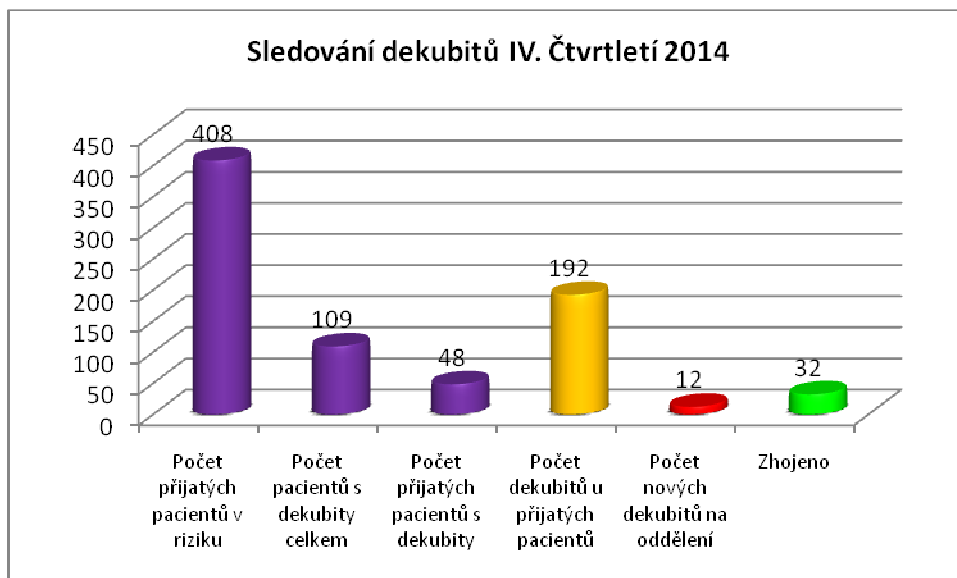
Po skončení čtvrtletí bylo provedeno vyhodnocení evidence dekubitů. V rámci studie jsme se zaměřili na sledovaná oddělení, kde sestry daných oddělení používaly HemaGel na dekubity. Po vyhodnocení jsme zjistili, že jsme za IV. čtvrtletí 2014 vyhojily 32 dekubitů. Při porovnání se II. čtvrtletím 2014 se nám podařilo vyhojit pouze 16 dekubitů.

**Obrázek 1** Přehled dekubitů za II. čtvrtletí 2014 na sledovaných odděleních



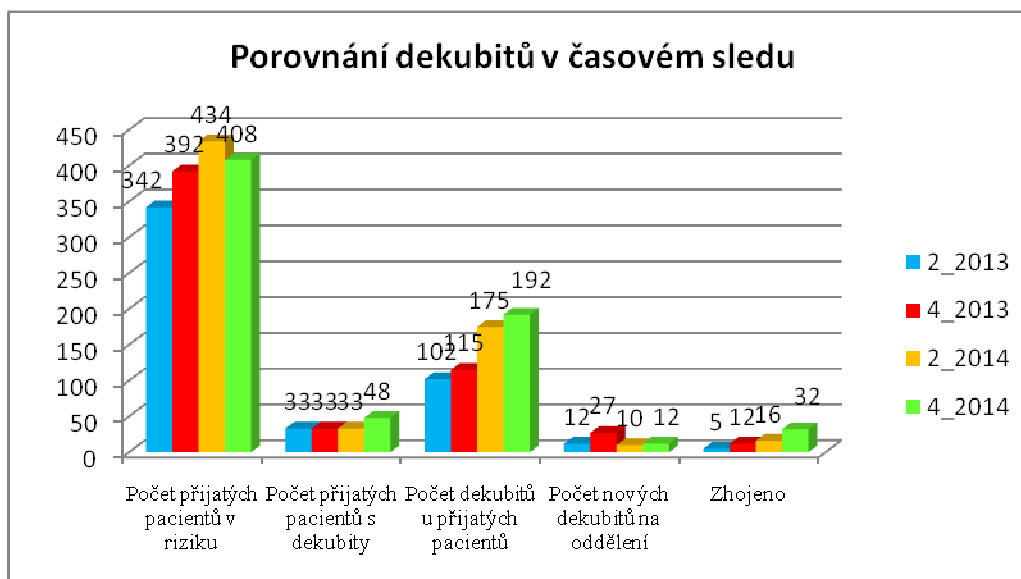
Za II. čtvrtletí 2014 jsme do nemocnice na sledovaná oddělení přijali 33 pacientů se 175 dekubity, kdy se nám podařilo vyhojit 16 dekubitů.

**Obrázek 2 Přehled dekubitů za IV. čtvrtletí 2014 na sledovaných odděleních**



Za IV. čtvrtletí 2014 jsme do nemocnice na sledovaná oddělení přijali 48 pacientů se 192 dekubity, kdy se nám podařilo vyhojit 32 dekubitů. Výsledky sledování byly velmi pozitivní, ale i tak jsme chtěli zjistit, zda za stejné období roku 2013 nedošlo také k vyššímu zhojení dekubitů. Ze souhrného porovnání jednotlivých období II a IV. čtvrtletí 2013 a 2014 jsem zjistili, že za poslední čtvrtletí 2014 došlo v NJH k výraznému nárůstu zhojených dekubitů za pomoci zdravotnického prostředku HemaGel, spokojených pacientů, což je výsledkem kvalitně poskytované ošetrovatelské péče.

**Obrázek 3 Porovnání dekubitů na sledovaných odděleních za období 2013 a 2014**

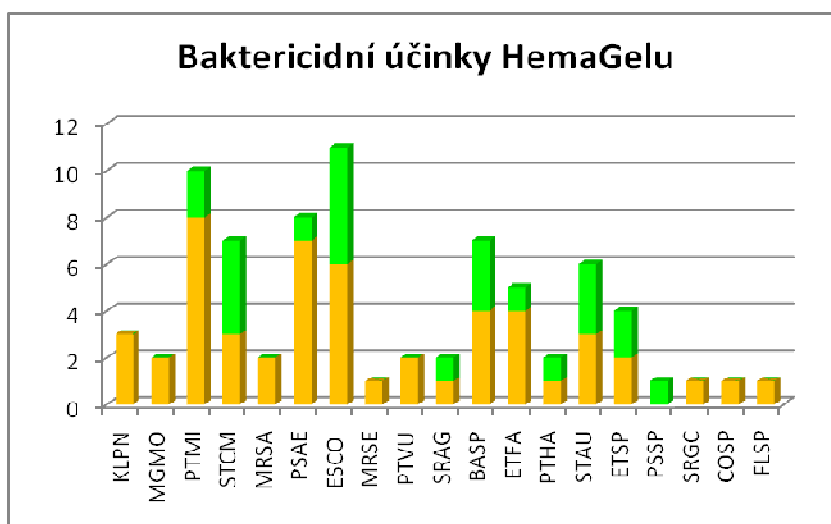


### Sledování baktericidních účinků

Jedním z našich stanovených cílů bylo také zjistit, zda je HemaGel baktericidní. Na odděleních sestry prováděly stěry z dekubitů, podle předepsané metodiky a odesílaly na mikrobiologické oddělení. Z celkového počtu 46 pacientů s dekubitem za IV. čtvrtletí 2014 bylo sešetřeno 23 pacientů. Z výsledků stěrů byly prokázány jeho baktericidní účinky (v grafu znázorněny zeleně). Nejvíce baktericidní účinky měl HemaGel na bakterii ESCO+ (Escherichia coli), STCM (Staphylococcus Koaguláza negativní), BASP (Bakteroides species), STAU (Staphylococcus aureus).

U těchto 23 pacientů došlo ke zhojení dekubitu u 8 pacientů, 9 pacientů bylo propuštěno do domácího prostředí s doporučením používání HemaGelu a 6 pacientů zemřelo z důvodu primárního onemocnění.

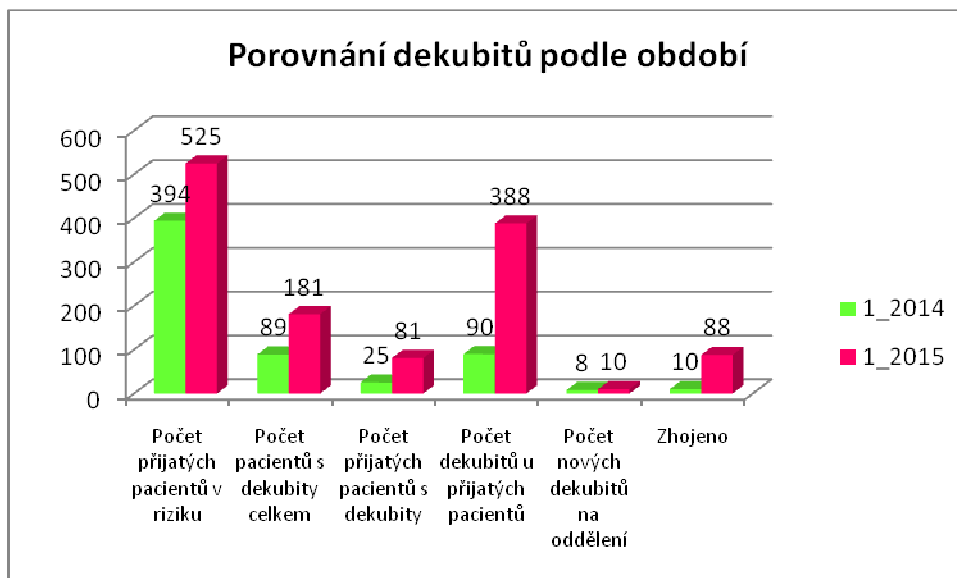
**Obrázek 4 Sledování baktericidních účinků HemaGelu**



### Výsledky

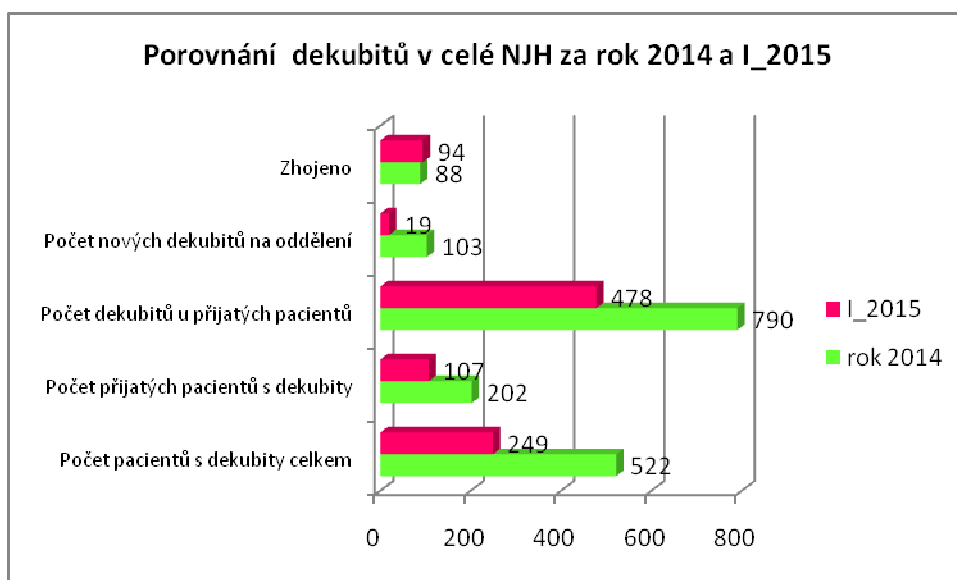
Z porovnání výsledků za poslední čtvrtletí 2014 jsme v naší nemocnici dali do standardů používání HemaGelu na všechny stupně dekubitů napříč nemocnici. Po vyhodnocení I. čtvrtletí 2015 jsme zjistili vysoký nárůst zhojených dekubitů. Tento nárůst jsme porovnali s I. čtvrtletím 2014 na sledovaných odděleních. Výsledky byly ohromující, kdy i přes nárůst pacientů s dekubity jsme vyhojili velké množství dekubitů.

**Obrázek 5 Porovnání dekubitů za I. čtvrtletí na sledovaných odděleních**



Za I. čtvrtletí 2015 jsme vyhojily i více dekubitů v porovnání s celým rokem 2014, kde se nám v celé nemocnici podařilo vyhojit 94 dekubitů pouze za I. čtvrtletí 2015. V porovnání s celým rokem 2014 jsme v celé nemocnici vyhojili jen 88 dekubitů.

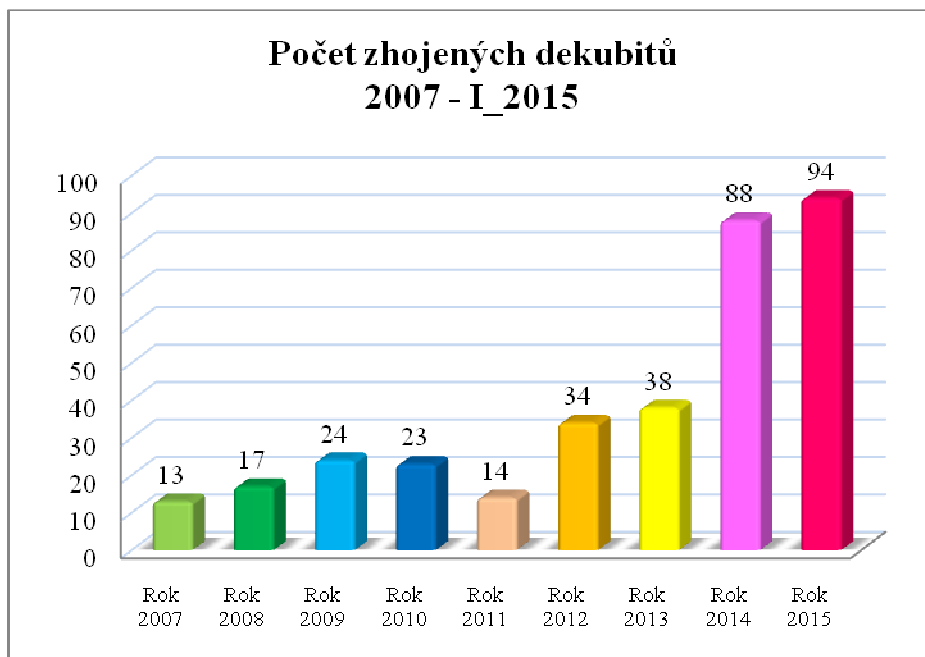
**Obrázek 6 Porovnání dekubitů v celé nemocnici za rok 2014 a I\_2015**



Pro porovnání výsledků jsme chtěli zjistit, zda za zhojenými výsledky stojí HemaGel, udělali jsme si přehled od roku 2007 až do I. čtvrtletí 2015. Z výsledků je evidentně vidět, že HemaGel opravdu urychluje hojení dekubitů a zkvalitňuje péči a práci sester.

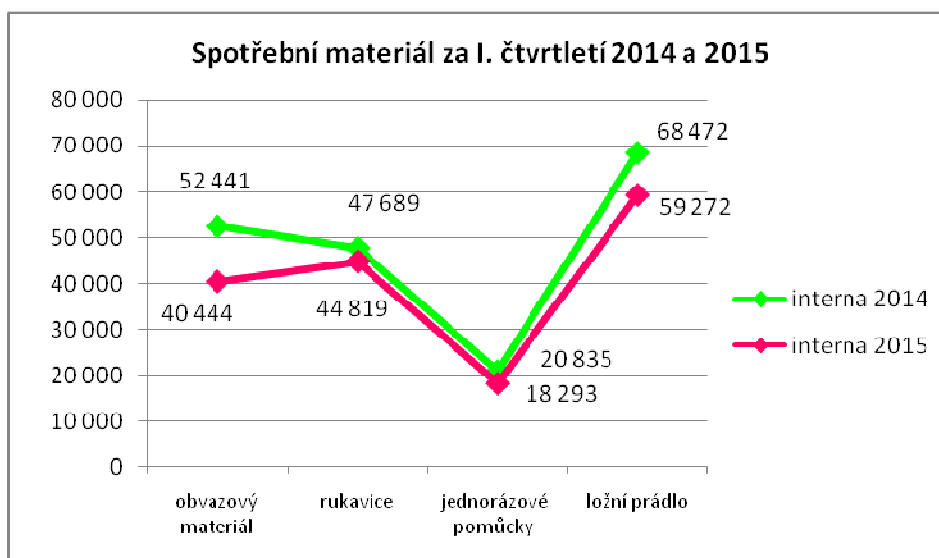


**Obrázek 7 Sledování zhojených dekubitů od roku 2007**

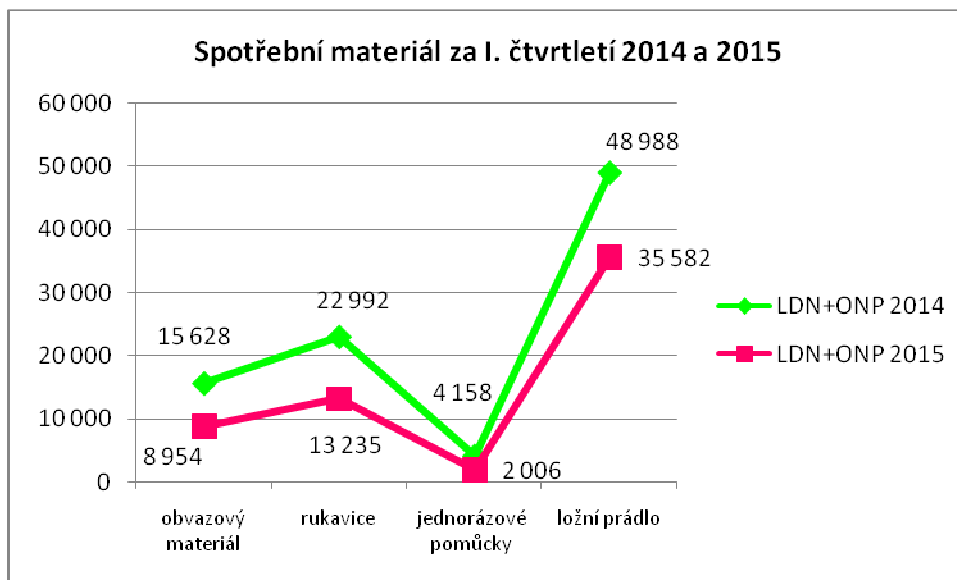


V neposlední řadě nás také zajímala úspora spotřebního materiálu při používání HemaGelu, kterou jsme vyhodnotili za I. čtvrtletí 2014 a I. čtvrtletí 2015. Při porovnání roku 2014 a 2015 jsme zjistili, že v roce 2014 bylo u 25 pacientů zjištěno 90 dekubitů, oproti I. čtvrtletí 2015, kde bylo 81 pacientů s 388 dekubity, což byl obrovský rozdíl, a proto jsme nečekali, velké úspory. Výsledky nás velmi ohromili, kdy i přes nárůst pacientů v I. čtvrtletí 2015 jsme dokázali ušetřit na spotřebním materiálu při používání HemaGelu.

**Obrázek 8 Úspora spotřebního materiálu na interních odděleních**



**Obrázek 9 Úspora spotřebního materiálu na odděleních následné péče**



Z výsledků porovnání vyplývá, že s používáním HemaGelu se snížily náklady na spotřebním materiálu na interním oddělení o 26 609,- Kč, a na odděleních následné péče byla úspora spotřebního materiálu až 31 989,- Kč.

### Závěr

Při péči o pacienta s dekubity je nutné zajistit odstranění primární příčiny vzniku dekubitů, polohování, zajištění správné výživy pacienta a v neposlední řadě ošetřování dekubitů. Naše nemocnice zvolila na ošetřování všech stupňů dekubitů zdravotnický prostředek HemaGel. Z výsledků používání HemaGelu je zřejmé, že zdravotnický prostředek HemaGel je účinný a jeho používání nám naplnilo, všechny naše stanovené cíle. Velký význam používání HemaGelu je pro pacienty, kdy snižuje zápach z dekubitů, má analgetický efekt a snižují se počty převazů. Hlavním cílem zdravotnického personálu je snaha bojovat preventivně proti proleženinám a to pravidelným polohováním, co nejlepší hygienou, výměnou lůžkovin a použitím antidekubitálních lůžek u rizikových pacientů. Pacient s dekubity znamená mnohem vyšší fyzickou a časovou zátěž. Úmrtnost pacientů s proleženinami je pětikrát vyšší než u osob stejně starých, kteří proleženinami netrpí.

### Literatura:

U autorky.

**Korespondence:**

Mgr. Jana Beránková, DiS.  
Auditorka léčebné péče  
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.  
U nemocnice 380/III  
377 38 Jindřichův Hradec

## VIDEOTRÉNINK JAKO VYUČOVACÍ METODA V KOMUNIKACI SESTER

**Šárka Tomová**

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn**

*Autorka příspěvku se zamýšlí nad významem nácviku komunikace a komunikačních dovedností v dnešním pojetí ošetřovatelské péče. Požadavek profesionálního zvládnutí komunikace s pacientem je součástí zvyšování kvality ošetřovatelské péče. Příprava v oblasti osvojování komunikačních dovedností sester je velmi významným prvkem v jejich vysokoškolské přípravě. Efektivní zvládnutí komunikačních dovedností pomocí vhodných metod výuky má velký vliv na prohlubování důvěry mezi sestrou a pacientem. Praktický nácvik metodou hraní rolí a analýza situací z videonahrávek je jednou z nejučinnějších metod výuky komunikace. Vychází z potřeb a možností sester plynoucích z průběhu efektivního učebního procesu.*

### **Klíčová slova:**

*Komunikace; Měkké dovednosti; Sociální interakce; Videotrénink*

### **Summary:**

*This report is focused on the mening of the communication training and communication skills in present nursing care. The request of professionally managed communication with a patient is a part of rating the quality of the nursing care. The preparation of imbibing the communication skills among the upcoming nurses may be very important element at the beginning of their professional career. Suitable and effective methods of teaching have a massive effect on imbibing and deepening the trust among the nurses and the patient. Practical training by a reole-playing method and the analysis of the videotaped situations i sone of the most effective method of all communication teaching methods. It comes from the student's Leeds during the effective teaching process.*

### **Keywords:**

*Communication; Soft-skills; Social interaction; Video-training*

### **Úvod**

Komunikace ve zdravotnické péči je téma, které je stále v popředí zájmu laické i odborné veřejnosti. Úroveň komunikace je součástí zjišťování kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Ne nadarmo je několik otázek v průzkumech spokojenosti pacientů s ošetřovatelskou péčí v daném zařízení věnováno právě pohledu pacienta na komunikaci mezi členy ošetřovatelského týmu, na informovanost pacienta o průběhu léčby, srozumitelnost podávaných informací, adekvátně volený jazyk apod. Tento zájem v posledních desetiletích souvisí v neposlední řadě s pojetím pacienta jako partnera v ošetřovatelské a léčebné péči a tedy změnou přístupu k nemocnému.

Komunikace je lidská schopnost, která využívá slovních a mimoslovních výrazových prostředků k vytváření a udržení mezilidských vztahů. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, v němž jedinec projevuje svoji vůli, myšlenky, city a sděluje informace (Honzák, 1999). Vždy dochází k oboustrannému působení a ovlivňování, které označujeme jako sociální interakce (Bedrnová, Nový a kol., 2009).

### **Vlastní text**

Ve všech pomáhajících profesích je osobnost člověka tím nejdůležitějším nástrojem, protože hranice možností jejího zatížení a flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání (Plevová, 2008). Činnost sestry je postavena na etických zásadách, mezi něž např. patří ochota sestry hájit zájmy pacientů a provádět u nich ošetrovatelskou péči s akceptováním důstojnosti a intimity. Při vstřícnosti a ochotě sestry, vhodné komunikaci pacient vyjadřuje v daleko větší míře své problémy a vnímá pohodu a podporu ošetrovatelského týmu. Takto vytvořený vzájemný vztah, umožňuje velice úzkou spolupráci s pacienty, urychluje edukační a terapeutický účel ošetrovatelského procesu. Naopak neprofesionální jednání, nezvládnutí zátěžových situací sestrou může ošetrovatelskou péči komplikovat.

Při výuce komunikačních dovedností vycházíme z potřeb studenta ve vyučovacím procesu, které jsou nezbytné pro úspěšné osvojení dovedností nebo způsobilostí. Vysvětlit studentovi proč se daná vyučovací metoda užívá, je základem jeho dalšího pochopení. Jestliže užíváme postupy, kterým nerozumíme, cítíme se často nejistě. V rámci vysvětlení bychom se měli seznámit se všemi závažnými souvislostmi tématu. Jak uvádí Petty (2008, s. 23) „*Učení bez porozumění je povrchní.*“ Jak dále uvádí, mezi další potřeby žáka plynoucí z vyučovacího procesu patří mimo jiné ukázka, činnost, aktivní opakování a testování. V rámci ukázky, student cítí potřebu velmi přesně vědět, co se od něj očekává, jak to má nejlépe provést, jak užít svých dovedností či způsobilostí správně a při jaké příležitosti jich může využít. Většina studentů právem požaduje procvičování a praktické užívání dovedností za nejúčinnější metodu učení. Procvičování dovedností zabírá ve výukovém procesu nepoměrně více času než ostatní činnosti. Tento aspekt je z didaktického hlediska při výuce komunikačních dovedností na lékařských fakultách vesměs opomíjen. Potřeba „testování“ je další potřebou studenta, která zakončuje efektivitu získané dovednosti. Předvádět schopnost nebo dovednost za situace, kdy je v blízkosti učitel, mentor apod. je jednodušší, než zvládat dovednost

sám/a, v běžných podmínkách. Tento poslední krok ke zvládnutí dovednosti nebo způsobilosti, je nejvýznamnější a student může posoudit jeho zvládnutí sám v praktické části své odborné přípravy. Je schopen v komunikaci s pacientem posoudit, nakolik je připraven zvládat nepředvídatelné komunikační bariéry a uplatňovat své nabyté komunikační dovednosti. Dovednosti komunikovat se můžeme naučit, ale je nutné ji prohlubovat celý život (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Profesní učení je chápáno jako sociální proces vázaný na profesní situace. Vezmeme-li v úvahu vysokoškolský stupeň přípravy sester na jejich povolání, lze se zcela ztotožnit s výše zmíněným výrokiem. Získávání profesních znalostí a dovedností je procesem, kde se náplň vyučovacího procesu stává aplikační situací. Z výše uvedeného vychází i pojetí reflektivního vedení výuky, kde se sestry učí převážně jednáním prostřednictvím vlastních videonahrávek. Proces je reflektivní především ze dvou hledisek. Jak uvádí Janík a kol. (2009, s. 83), „*pomáhá studentům profitovat z reflexe v akci, a když to funguje, podněcuje dialog mezi koučem a studentem, který nabývá reciproční reflexe v praxi.*“

Můžeme si položit otázku, v čem lze spatřovat přínos využití videa ve výuce. Herzig a kol. (2005, s. 56) zdůrazňují, že videotrénink umožňuje studentům prožít reflektivní dialog, v němž figurují oni sami, nebo jiná osoba. Díky „vidění sebe nebo jiné osoby“ mohou nazírat na své vlastní jednání a chování s odstupem, konfrontovat je se svými aktuálními pocity, porovnávat se svými představami a reflektovat je na kognitivní úrovni. Videozáznamy podle nich plní především tyto úlohy: aktivizaci znalostí a modelů, pokud jimi jedinec disponuje, konstrukce znalostí a modelů na základě získaných dovedností, zaměření pozornosti na dílčí aspekty (umožňuje korekci, doplnění, diferenciaci) a v neposlední řadě plní tzv. substituční funkci, kdy nahrazuje dosud nevytvořené modely. Každá situace, která je na videonahrávce zachycená, obsahuje mnoho dat. Je doloženo, že využívání videa je efektivní tehdy, když je student předem informován na jaké parametry hodnocení má zaměřit svou pozornost. Pokud by tomu tak nebylo, účinnost této metody by byla nízká, jelikož rozprostření pozornosti jedince dle jeho osobního nastavení a naladění by neumožnilo analýzu objektivních dat. Další výhodou je možnost rozvinutí diskuze kolem sledovaného aspektu. Výzkumné poznatky zabývající se vlivem videa a jeho účinností ve výuce se shodují, že video „někoho jiného“ se jeví jako vhodnější pro pozorování modelového jednání, video „sebe sama“ se jeví vhodnějším pro reflektivní učení, je východiskem pro změnu či rozšíření

modelů jednání. Audiovizuální záznam můžeme považovat za trénink percepce, analýzy a komunikačních zpráv (Valenta, 2010, s. 61). Kontakt s nemocným, s rodinou, interpersonální problematika, vyvíjí náročné situace na úspěšné zvládnání komunikačních dovedností. Připravenost, pohotovost, účinné jednání a chování může být samozřejmě získáno zkušenostmi, nicméně je to proces dlouhodobý, a pokud vezmeme v úvahu požadavky na výstupní dovednosti sester po jejich absolvování vysokoškolského studia, pak je oprávněná naše snaha sestry připravit a pomoci jim se na situace připravit a upevnit určité modely jednání a chování. Nezapomeňme, komunikace je dovednost. Každý ji může do větší či menší hloubky vylepšit. Hurst (1994, s. 17) v úvodu své legendární Encyklopedie komunikačních technik upozorňuje, že komunikace není možná bez porozumění, společného východiska, uvědomění, sebevědomí, zřetelnosti a vnímání. Profesionální empatie je schopnost porozumět aktuálním pocitům druhých, přistupovat k nim bez předsudků a sdělit druhým lidem své porozumění (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 74).

Abychom videotréninku mohli plně využít, je při výuce žádoucí zvolit vhodnou vyučovací metodu. Hraní rolí (Role Play) je známá vyučovací metoda, kdy mají studenti možnost uplatnit teoretické znalosti v praktických činnostech, navozených životních situacích nebo situacích typických pro dané konkrétní povolání (Sitná, 2009). Za pozitivní považujeme při využití této metody její význam při rozvoji nejen komunikativních a sociálních kompetencí, ale jak uvádí Sitná také: „...*respekt k názorům druhých lidí, schopnost vcítit se do jejich situace, úcta k vnitřním hodnotám druhých.*“ (Sitná, 2009, str. 80).

Cílem našeho nácviku komunikačních dovedností sester na vysokoškolském stupni vzdělávání je kromě jiného osvojení dovednosti aktivního naslouchání. Jako nejvýhodnější se nám v této části praktického nácviku jeví aktivizující metoda hraní rolí. Metodu využíváme v rámci výuky předmětu Komunikace v ošetřovatelství v bakalářském studijním programu oboru Všeobecná sestra. Syllabus předmětu vychází z požadavků MZ ČR. Kromě tematických celků zaměřených na verbální, neverbální a paralingvistickou komunikaci je součástí seminářů například nácvik aktivního naslouchání. Schopnost naslouchat považujeme za jeden ze základních předpokladů profesionálního chování sester. Jednotlivé součásti aktivního naslouchání se stávají předmětem natáčení samotnými studenty. Zadání, které části aktivního naslouchání natočit a konkrétní požadavky na videozáznam, si jednotlivé skupiny studentů losují.

Náhodným výběrem je tedy zajištěna objektivita videozáznamu, který nemusí vždy odpovídat přání skupiny. Po zhotovení cca 7-10 minutového videozáznamu, je tento představen skupinou ostatním studentům. Úkolem pozorujících je označit, která část aktivního naslouchání absentuje a uvědomit si tak důležitost významu této dovednosti v praktickém životě. Svobodná volba komunikační situace, rozdělení rolí pro vznik videozáznamu, tematická linie aktivního naslouchání je podle našich zkušeností dostatečnou výzvou pro studenty ke zhotovení vlastního „filmu“. Tvorba videozáznamu podporuje nejen uvědomění významu komunikační dovednosti, nýbrž podporuje týmovou spolupráci, time management, respektování odlišných názorů, schopnost objektivního hodnocení, schopnost obhajoby vlastního produktu a přijímání kritických podnětů, v neposlední řadě kreativitu studenta a umění přijmout pochvalu a uznání za vykonanou práci.

### **Závěr**

Pro efektivní komunikaci ve zdravotnictví je důležitý krok uvědomění si, pochopení komunikačních bariér a jejich překonávání. Příčiny komunikačních bariér jsou v názorech, znalostech, v postojích, v sociálním zařazení, komunikačních dovednostech a zkušenostech. Na jedné straně existují komunikační bariéry, které mohou být způsobeny strachem z neúspěchu, problémem komunikujícího, rozdílností v kultuře, skákáním do řeči, užíváním slangové mluvy, či odborných názvů. Můžeme mezi ně zařadit i neúctu, nesympatii, nadřazenost, nepřipravenost ke komunikaci a nesoustředěnost. Praktickým nácvikem aktivního naslouchání a jiných komunikačních dovedností se snažíme předcházet nedorozuměním, ke kterým v interakci s pacientem může dojít. Zvládnutí konfliktních situací, vhodná volba řešení náročné situace, pocit důvěry a bezpečí pacienta v péči celého zdravotnického týmu je smyslem naší komunikační přípravy sester.

### **Literatura**

1. BÁRTLOVÁ, S. - CHLOUBOVÁ, I. - TREŠLOVÁ, M. 2010. *Vztah lékař – sestra*. Brno: NCO NZO, 2010. 126. ISBN 978-80-7013-526-6.
2. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol. 2009. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vydání. Praha: Management Press, s.r.o., 2009. 800 s. ISBN 978-80-7261-169-0.
3. HONZÁK, Radkin. 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN80-7262-032-0.



4. HERZIG, Bardo – GRAFE, Silke - REINHOLD, Peter. 2004. Reflexives Lernen mit digitalin Video – zur Auseinandersetzung mit them theorie-Praxisverhältnis in der Lehrerausbildung. In WELZEL, Manuela – STADLER, Helga. *Nimm' doch mal die Kamera! Nutzung von Video für die Professionalisierung in der Lehrerausbildung*. Munster: Waxmann, 2004. s. 45 – 64.
5. HURST, Bernice. 1994. *Encyklopedie komunikačních technik*. Praha: Grada, 1994. 304 s. ISBN 80-85424-40-1.
6. JANÍK, Tomáš. 2009. *Možnosti rozvíjení didaktických znalostí obsahu u budoucích učitelů*. Brno: Paido, 2009. 150 s. ISBN 978-80-7315-176-8.
7. PETTY, Geoffrey. 2008. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
8. PLEVOVÁ, I. 2008. Zdravotní sestra a pomáhající profese. In *Profese*. ISSN 1803-4330, 2008, č. 1, roč. 3, s. 9.
9. PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
10. SITNÁ, Dagmar. 2009. *Metody aktivního vyučování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-246.
11. VALENTA, Josef. 2010. *Učíme (se) komunikovat*. 2. vyd. Kladno: Aisis, 2010. 215 s. ISBN 978-80-904071-5-2.

#### **Kontaktní adresa**

PhDr. Šárka Tomová, PhD.

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5

Email: [sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz](mailto:sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz)

## ELDERSPEAK V OŠETROVATELSTVE

### **Oľga Kabátová**

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

#### **Súhrn:**

*Príspevok sa zaoberá inhibujúcim komunikačným štýlom používaným pri komunikácii so seniormi, ktorý je označovaný ako elderspeak. Jedná sa o jeden z prejavov vekovej diskriminácie, ktorý negatívne vplyva na komunikáciu medzi sestrou a starším pacientom.*

#### **Kľúčové slová:**

*Komunikácia; Ošetrovateľstvo; Senior; Ageizmus.*

## ELDERSPEAK IN NURSING

#### **Summary:**

*The paper deals with inhibiting communication styles in communication with seniors, which is referred to as elderspeak. It is one of the manifestations of age discrimination, which negatively affects the communication between the nurse and the elderly.*

#### **Key Words:**

*Communication; Nursing; Elderly; Ageism*

### **Úvod**

Komunikácia je kritický, no často podceňovaný prvok pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti starším ľuďom. Je základom vzťahu medzi sestrou a pacientom. Pre starších pacientov je obzvlášť dôležitá, pretože ich schopnosť porozumieť a dodržiavať liečebný režim a ich spokojnosť s poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti sú do značnej miery ovplyvnené práve komunikáciou.

Sestry pracujúce so seniormi by mali byť citlivé k ich špecifickým potrebám a schopné posilňovať existujúce silné stránky starších pacientov s cieľom podpory, ochrany, upevňovania či prinavrátenia zdravia. Mnohé sestry sa však pri komunikácii so seniormi veľakrát nevedomky dopúšťajú elderspeaku, štýlu prejavu, ktorý má na podporu týchto cieľov potenciálne negatívny dopad.

### **Elderspeak**

Ageizmus, teda vekovú diskrimináciu možno definovať ako negatívne alebo pozitívne stereotypy, predsudky a/alebo diskrimináciu proti (alebo v prospech) starších osôb na základe ich chronologického veku, alebo na základe ich vnímania ako „starých“.

Elderspeak je jednou z foriem ageizmu, možno hovoriť o tzv. ageizme v komunikácii alebo komunikačnom ageizme. Hultgren (2012) dokonca píše, že elderspeak je jednou z najčastejších foriem diskriminácie na základe veku.

Elderspeak je anglické označenie pre eticky nevhodné hovorenie o starších ľuďoch a so staršími ľuďmi a k jeho hlavným formám patrí urážlivé hovorenie a dešpekt voči seniorom, verbálne prejavy vekovej diskriminácie a segregácie, fenomén zvecnenia, neprimerane neosobné jednanie, ponížujúca pseudofamiliárnosť a infantilizácia (Kalvach, 2005). Tento komunikačný štýl využívaný pri komunikácii so seniormi je založený na stereotypoch, že starší ľudia sú menej kompetentní a na základe tejto mylnej predstavy mladší ľudia komunikáciu s nimi zjednodušujú. Elderspeak je bežne používaný poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti v domovoch pre seniorov, nemocniciach a iných zariadeniach, kde je možné sa so staršími ľuďmi stretnúť (Simpson, 2002). Pri komunikácii so seniormi je takmer pre každú sestru automatické, že s nimi začne komunikovať ako s malým dieťaťom a neberie pritom ohľad na ich schopnosť chápať obsah hovoreného a reagovať naň.

### **Prejavy elderspeaku**

Elderspeak sa prejavuje vo všetkých oblastiach komunikácie – vo verbálnej, neverbálnej i paralingvistickej a vyznačuje sa nasledovnými charakteristikami:

Vo verbálnej komunikácii:

- používanie zdobnenín a pojmov z detského jazyka (papať), jednanie so seniormi ako „rodič s dieťaťom“,
- používanie familiárneho oslovenia či oslovenie seniora prezývkou (dedko, babka), využívanie „nežných výrazov“ ako miláčik, zlatko,
- disjunktívne otázky, ktorými núkame odpoveď a senior tak nemôže vyjadriť svoj vlastný názor (obvyklé prostriedky v slovenčine sú dodatky „že áno“, „je to tak“),
- používanie plurálu pri komunikácii s jednou osobou (ideme jesť, ideme sa umyť),
- obmedzený slovník, používanie jednoduchých, krátkych viet a časté opakovanie toho, čo už bolo povedané,
- obmedzovanie výberu témy rozhovoru, prerušovanie hovoriaceho, prehnané chválenie seniora.

V neverbální komunikácii:

- nadměrná gestika a mimika, často inkongruentná (nezhodná) vo vzťahu k hovorenému, v mimike často prehnané usmievanie sa lebo naopak zachmúrená tvár, či zdvihnuté obočie, v gestike časté krčenie ramien, ruky v bok,
- neudržanie či vyhýbanie sa vizickému kontaktu alebo naopak prehnaný vizický kontakt (zízanie),
- bezdôvodné obmedzenie haptických kontaktov alebo prehnané využívanie dotyku v zmysle častého pohladenia po hlave, rukách,
- nedodržiavanie proxemickej vzdialenosti, časté zasahovanie do intímnej zóny alebo komunikácia z príliš veľkej diaľky.

V paralingvistickej komunikácii:

- spomalené rečové tempo,
- prehnaná intonácia,
- zvýšený tón hlasu bez overenia si porúch sluchu (Pokorná, 2010; Simpson, 2002; Williams, 2004; Torrey et al., 2005).

### **Dôvody používania elderspeaku**

Dôvody používania elderspeaku v komunikácii so seniormi môžu byť rôzne. Ryan et al. (1986) navrhla štyri faktory, ktoré by mohli ovplyvňovať účinnú medzigeneračnú komunikáciu. Prvým faktorom je *fyzikálno – senzorické postihnutie*, kedy komunikátor prispôsobuje svoj jazykový prejav mimo optimálnej úrovne seniora, ktorý je vnímaný ako zvláštne handicapovaný, pričom fyzikálny ani senzorický handicap mať nemusí. Druhým faktorom je *závislosť* pacienta vyššieho veku, ktorá spôsobí zmenu komunikačného štýlu poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalším faktorom je samotný *vek* pacienta a negatívne stereotypy voči starším ľuďom, podceňovanie ich spôsobilosti a nezávislosti (ageizmus). Posledným faktorom, o ktorom sa autorka zmieňuje je *túžba mladých odlišiť sa* spôsobom komunikácie od starších (napr. rýchlou rečou, slangom).

### **Dôsledky elderspeaku**

Elderspeak môže byť zo strany sestier pokus o dosiahnutie efektívnej komunikácie so seniormi, tento cieľ ním však nie je možné dosiahnuť, práve naopak. Využívanie elderspeaku pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má výrazné negatívne účinky a to ako na seniora, tak i na celkovú sociálnu interakciu medzi sestrou a starším

pacientom. Elderspeak môže znížiť dôveru starších ľudí v ich vlastné schopnosti a kompetencie a narušiť ich sebavedomie (Thomas, 2010). U seniorov dochádza k zníženiu zapojenia sa do sociálnej interakcie i do celkovej starostlivosti o seba, čo je alarmujúci fakt, pretože tieto dva faktory znižujú úmrtnosť a zvyšujú životnú spokojnosť u pacientov v dlhodobej starostlivosti (Williams, 2006). Medzi ďalšie negatívne účinky elderspeaku patrí zvyšovanie, rozvoj izolácie či depresie a následne pokles fyzických, kognitívnych i funkčných schopností seniora (Williams, Kemper, Hummert, 2004). Zaujímavé je však zistenie, ktoré uvádzajú Caporaël et al. (1983). Ich štúdia totiž ukázala, že nie na všetkých starších pacientov má používanie elderspeaku zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti negatívny vplyv. Štúdia totiž ukázala, že pacienti, ktorí sú na tom po fyzickej či duševnej stránke horšie, nachádzajú v tomto štýle reči útechu.

### **Záver**

Eliminácia eldespeaku, podobne ako i iných foriem ageizmu, spočíva vo vzdelávaní. Výskumy dokazujú, že i krátky vzdelávací program, zameraný na zvýšenie povedomia o elderspeaku a jeho negatívnych dopadoch na staršiu osobu, má za následok merateľné zmeny v znížení jeho používania poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti (Williams, 2013).

### **Literatúra**

1. Caporaël, L.R.; Lukaszewski, M.; Culbertson, G. (1983) Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, vol. 44, pp. 746–754. ISSN 0022-3514.
2. Hultgren, K. (2012) Speak loud and clear: Intergenerational service-learning to ageism and elderspeak. *Psychology Student Work*. 2012. 3rd series.
3. Kalvach, Z. (2005) Geriatrie, geriatrický pacient, geriatrický lekář. [online]. 2005. [cit. 2012-12-1]. Dostupné na internete: <http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=549>.
4. Pokorná, A. (2010) *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
5. Ryan, E. B. et al. (1986) Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. *Language & Communication*. 1986. vol. 6, no ½, pp. 1 – 24. ISSN 0271-5309.
6. Simpson, J. (2002) Elderspeak – Is it helpful or just baby talk? In *The Know*. [online]. The University of Kansas Merrill Advanced Studies Center, 2002. [cit. 2012-07-24] Dostupné na internete: <http://merrill.ku.edu/IntheKnow/sciencearticles/elderspeak.html>.
7. Thomas, K. E. (2010) *Dialogue Systems, Spatial Tasks and Elderly Users: A Review of Research into Elderspeak*. Spatial cognition. SFB/TR 8 Report No. 2010. Universität Bremen/Universität Freiburg.

8. Torrey, C. et al. (2005) Appropriate Accommodations: Speech Technologies and the Needs of Older Adults. [online]. Proc. AAAI Fall Symposium, Caring Machines. AAAI Press, 2005. [cit. 2012-11-24] Dostupné na internete: <http://www.cs.cmu.edu/~ctorrey/TorreyAAAI2005.pdf>.
9. Williams, K. N. (2013) Evidence-based Strategies for Communicating with Older Adults in Long-term Care. JCOM Journal. 2013, vol. 20, no. 11, pp.507 – 512. ISSN 1079-6533.
10. Williams, K. N. Improving outcomes of nursing home interactions. Research in Nursing and Health. 2006, vol. 29, no. 2, pp. 121 – 133. ISSN 1098-240X.
11. Williams, K. N.; Kemper, S.; Hummert, M. L. (2012) Enhancing Communication With Older Adults - Overcoming Elderspeak. [online]. Journal of gerontological nursing. 2004. [cit. 2012-12-2]. Dostupné na internete: <http://www2.ku.edu/~kugeron/sklab/pdf/JOGNWilliams.pdf>.

**Korespondence:**

PhDr. Olga Kabátová, PhD.  
TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva  
Univerzitné námestie 1  
Trnava 918 43  
Email: [olga.kabatova@truni.sk](mailto:olga.kabatova@truni.sk)

## „ÁNO ČI NIE?“ - PRÍTOMNOSTI PRÍBUZNÝCH RESUSCITOVANÉHO PRI KARDIOPULMONÁLNEJ RESUSCITÁCII

**Jana Boroňová**

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

### **Súhrn:**

*Príspevok sa venuje problematike kardiopulmonálnej resuscitácie pacienta, pri ktorej sú prítomní aj jeho príbuzní. Záchranári, ale aj sestry pracujúce na urgentnom príjme alebo v intenzívnej starostlivosti často krátko stoja pred otázkou - „nechať príbuzných blízko resuscitovaného, alebo ich požiadať, aby sa vzdialili“, ak sú prítomní pri postihnutom v čase resuscitácie. „Áno“ aj „nie“ má svoje pozitíva i negatíva. Nezhodnú sa na tom ani poprední intenzivisti či záchranári. Z právnej stránky je prítomnosť príbuzných možná – pacient má právo mať pri sebe svojich príbuzných, a to aj v situácii, ktorá môže skončiť neúspechom – v tomto prípade smrťou.*

### **Kľúčové slová:**

*Kardiopulmonálna resuscitácia; Etická dilema; Zdravotnícki záchranári; Príbuzní pacienta*

## „YES OR NO?“ – PRESENCE OF RELATIVES OF RESUSCITATED PATIENT DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

### **Summary:**

*The report is dedicated to cardiopulmonary resuscitation in front of relatives of a patient. Rescuers, as well as nurses working at emergency department or intensive care often deal with dilemma to let the relatives stay by the resuscitated patient or ask them to leave during resuscitation. Both „yes“ and „no“ have their pros and cons. Prominent intensivists and rescuers have different opinion. According to law – presence of relatives is allowed – patient has got the right to have his relatives by him also in a situation which might fail – finish – in this case by death.*

### **Keywords:**

*Cardiopulmonary resuscitation; Ethical dilemma; Medical rescuers; Patient relatives*

### **Úvod**

Pojem resuscitácia znamená oživovanie. Cieľom kardiopulmonálnej resuscitácie (KPR) je zvýšiť počet prežívání u obetí kardiopulmonálneho zlyhania (Šimková – Benedikovičová – Boroňová, 2015).

Postupy KPR sú jednotné a záväzné a inovujú sa každých 5 rokov, posledná inovácia je z roku 2010. Výrazné zmeny v resuscitačných postupoch boli Európskou resuscitačnou radou (ERC) stanovené v roku 2005 a uvedené do praxe 1. januára 2006.

Sestra sa so zlyhaním životných funkcií u pacienta môže stretnúť prakticky na každom oddelení a v ktoromkoľvek čase. Vo väčšine prípadov sa v takejto situácii u hospitalizovaného pacienta nenachádzajú jeho príbuzní. Sú však momenty, keď sú

príbuzní při člověku, kterého treba resuscitovat. Skôr ako na bežnej ošetrovacej jednotke to môže byť v rámci intenzívnej starostlivosti, zvlášť, ak je prípadné zlyhanie predpokladané. Taktiež sa s resuscitovaným pacientom, pri ktorom sú prítomní príbuzní, možno stretnúť v rámci urgentného príjmu, v prípade, že je pacient do nemocnice privezený „v poslednej chvíli“.

Vtedy prichádza k závažnej etickej dileme – umožniť príbuzným postihnutého byť prítomnými pri kardiopulmonálnej resuscitácii alebo nie? Do popredia sa tak dostáva „konflikt“ v rámci prvých dvoch etických princípov – beneficencie a non-maleficencie. Je prospešné vidieť (mnohokrát neúspešnú) KPR svojho blízkeho, alebo sa prikloniť k princípu „neuškodiť“ a teda nechať možnosť blízkym na vlastné oči vidieť prehratý boj?

Najčastejšie sa však v danej situácii ocitnú zdravotnícki záchranári.

### **Náhla smrť**

Jednou z najťažších situácií, s ktorými sa stretávajú záchranári v rámci urgentnej starostlivosti, je smrť, najmä náhla, neočakávaná, napr. po autonehode či inom úraze; taktiež ak ide o akútny infarkt či cievnú mozgovú príhodu. Zvlášť, ak sa odohráva pred očami najbližších príbuzných, ktorí síce vidia všemožnú snahu zachrániť postihnutého, avšak bez pozitívneho výsledku. Takáto smrť je pre nich nepochopiteľná, často až neprijateľná. Nedokážu spracovať, že ich blízky, ktorý ešte pred chvíľou s nimi v plnom zdraví komunikoval, teraz leží bez známok života.

Často krát nevypovedaná otázka, ktorej – okrem iných – sú príbuzní vystavení je, či chcel byť postihnutý v prípade zastavenia obehu oživovaný. Toto závisí od mnohých faktorov a príbuzní zväčša sú za vykonávanie resuscitácie. Mnohí si stihnú uvedomiť, že tá z dlhodobejšej perspektívy nemusí mať ani v prípade aktuálnej úspešnosti priaznivý výsledok – v podobe napr. vigilnej kómy postihnutého.

Boj o život je psychicky náročný pre každého - pre samotného postihnutého, pre volajúceho na tiesňovú linku, pre príbuzných, pre svedkov udalosti, či prípadných okoloidúcich, ale aj pre záchranárov či iných zdravotníkov. Treba si uvedomiť, že najmä u prítomných laikov dominuje pocit neistoty.

Pri mimoriadnej zdravotnej udalosti alebo tiesňovej situácii neexistujú predpísané pravidlá pre správanie sa a komunikáciu záchranej služby s rodinnými príslušníkmi a známymi, ktorí sú jej svedkami. Je samozrejmé, že komunikácia musí byť empatická



a na vysokej profesionálnej úrovni. Zúčastnení musia mať pocit, že v problémoch nie sú sami, pomoc je nablízku, každému záleží na tom, aby to dobre dopadlo.

### **Pocity a možné reakcie príbuzných**

Ak už dôjde k smrti, príbuzní si často prajú byť pri resuscitácii svojich blízkych. Ich prítomnosť je však diskutovaná kontroverzne. Musia byť presvedčení, že sa vykonalo všetko pre záchranu života ich blízkeho a jeho ďalšiu kvalitu, či už kardiopulmonálna resuscitácia končí s úspechom, neúspešne alebo možno predpokladať následky rôznej závažnosti.

Vlastné emócie dokáže málokto z príbuzných resuscitovaného potlačiť. Rôzne pocity sa navzájom kombinujú, niektoré z nich prevládajú viac. Závisí to od typu osobnosti, psychického stavu, životných skúseností, odborných vedomostí, od schopnosti logického uvažovania vo vypätej situácii, ktorá predstavuje závažnú odchýlku od životného optima.

Medzi najbežnejšie pocity príbuzných resuscitovaného patria:

- *obavy a strach* – obavy z neúspechu resuscitácie, z toho, čo bude ďalej, ak resuscitovaný zomrie, prípadne ak sa činnosť srdca obnoví, ale mozog bude vykazovať ireverzibilné zmeny. Strach a obavy z vnímania vlastného života, keď nastane pocit, že si bez zomrelého blízkeho nevie ďalej predstaviť svoj život;
- *agresia, hnev a výčitky (voči postihnutému)* - prečo neriešil svoje zdravotné problémy, prečo nešiel k lekárovi skôr, prečo nedodržiaval pokyny lekára? Prečo sa vystavoval riziku úrazu? Hnev voči osudu;
- *(ne)realistická nádej striedaná so zúfalstvom* - nádej vo chvíľach náznaku obnoveného srdcového rytmu a zúfalstvo v období „nekonečnej“ asystólie;
- *bezmocnosť* – uvedomenie si vlastnej neschopnosti urobiť čokoľvek pre záchranu života, ktorý sa nedarí prinavrátiť ani profesionálnym záchranárom;
- *výčitky voči sebe* – čo mohol príbuzný urobiť, aby k úmrtiu blízkeho nedošlo.

### **„Nechat príbuzných blízko resuscitovaného, alebo ich požiadať, aby sa vzdialili?“**

- toto je otázka, ktorá často „stojí“ pred záchranármi. Každopádne je nutné upozorniť príbuzných na to, že centrom záujmu je pacient a že na jeho záchranu sa musí sústrediť celá činnosť záchranného tímu.

V Európskej federácii ošetrovateľstva v intenzívnej starostlivosti (EfCCNa) je uvedené, že **všetci pacienti majú právo na to, aby ich príbuzní boli prítomní pri kardiopulmonálnej resuscitácii**. Príbuzní pacienta by mali mať túto možnosť navrhnutú (Fulbrook et al., 2007).

Európska resuscitačná rada (ERC) 2010 uvádza, že prítomnosť príbuzných pri resuscitácii je spájaná s mnohými výhodami, vrátane ľahšieho pochopenia a uvedomenia si procesu umierania a smrti. Avšak, **voľba je len na príbuzných pacienta** (Bossaer et al., 2010).

I keď zdravotnícky personál bežne nemá námietky, postoje sa navzájom líšia – **z etickej stránky všeobecne platný postoj k tejto otázke neexistuje**. Celé prostredie však musí pôsobiť odborne, lege artis, pohotovo, musí zachovávať dôstojnosť resuscitovaného, udržiavať profesionálnu istotu v prostredí navzdory možnému neúspešnému zakončeniu.

#### **ÁNO prítomnosti príbuzných pri resuscitácii**

- koncepcia prítomnosti príbuzných počas resuscitácie bola zavedená v 80. rokoch 20. storočia;
- rozhodnutie príbuzných byť pri resuscitácii musí byť ponechané výlučne na nich;
- mnoho príbuzných chce byť počas resuscitácie prítomných;
- vyše 90 % z nich hovorí, že ak by boli v podobnej situácii, opäť by to chceli;
- možnosť blízkych osôb byť aj v kritickej situácii s členom svojej rodiny;
- čas na prijatie faktu kritickeho stavu alebo možného úmrtia;
- prínos podľa príbuzných – konfrontácia so skutočnosťou umierania a smrťou;
- možnosť pre príbuzných vidieť transparentné postupy zdravotníkov;
- ak príbuzní začali s vykonávaním základnú neodkladnú resuscitáciu pred príchodom záchranárov, treba oceniť ich úsilie a ponechať im možnosť ostať na mieste resuscitácie.

#### **Ak sú príbuzní prítomní pri resuscitácii, je užitočné, ak záchranár**

- priebežne informuje prítomných o priebehu záchranárskeho postupu;
- dáva si pozor na voľbu slov pri komunikácii;

- ak je ochota zo strany príbuzných, môžu pomáhať pri záchrane...; niekedy stačí, ak záchranári dovoľia príbuznému držať ruku postihnutého, alebo sa ho len tak dotýkať.

**Ak je nevyhnutné požiadať príbuzných, aby opustili miesto resuscitácie, alebo ak ho opustia po vzájomnej dohode**

- podávať príbuzných informácie o stave a priebehu;
- poskytovať im oporu;
- zvážiť, aké informácie a do akej hĺbky podať príbuzným;
- dbať na zachovanie tzv. „lekárskeho tajomstva“.

**NIE prítomnosti príbuzných pri resuscitácii dôvody negatívnych postojov voči prítomnosti príbuzných pri resuscitácii:**

- traumatizácia príbuzných úkonmi pri resuscitácii;
- príliš veľa stresu;
- negatívne emočné dôsledky blízkych;
- neprehľadnosť situácie – laici môžu prekážať záchranárom pri činnosti;
- obštrukcie zo strany príbuzných pri práci záchranárov;
- riziko následných sťažností na postup zdravotníkov;
- psychická záťaž pre záchranársky tím;
- v neprospech prítomnosti príbuzných pri resuscitácii hovorí fakt, že ľudia príliš veria v „zázračné oživenie“, ktoré často vidia vo filmoch. Niekedy potom nadobúdajú pocit, že personál neurobil všetko, čo podľa nich urobiť mal.

**dôvody z praxe:**

- „prekážajú“;
- „nie je istota, že vedia, o čo ide“;
- „neprajú si byť svedkami resuscitácie“;
- „nemožnosť odhadnúť ich reakcie“;
- „ak neprimerane reagujú, často je potrebné postarať sa aj o nich“ .

Ak sa záchranári rozhodnú, že požiadajú – z akejkoľvek príčiny – príbuzných resuscitovaného, aby opustili miesto resuscitácie, v mysliach príbuzných víria rôzne otázky, napr.:

- „vedia o čo ide? Nie som si tým istý“;
- „čo sa tam deje? Robia to správne?“;
- „asi chcú predou mnou niečo zatajiť“;
- „určite tam robia niečo, čo nesmie nikto vidieť“.

### Záver

Každý zdravotník by si mal uvedomiť, že je „len“ hosťom v živote svojich pacientov a ich príbuzných. A ak to len trochu ide, mal by sa aspoň na niekoľko okamihov „premiestniť“ do ich kože, mysle a pocitov...

Záverom si dovoľím citovať slová špičkového lekára záchranára – docenta Dobiáša: „dôvera pacientov a ich príbuzných voči záchranárom je príjemná, či už je vyslovená priamo, alebo len vyplývajúca z náznakov. Sme radi, ak ju nesklameme, alebo nebudaj aj posilníme (Dobiáš, 2014)“.

### Literatúra:

- 1 BOSSAER, L. – GEORGIOUM, M. – LIPERT, K. F. – RAFFAY, V. – STEEN, A. P. (2010) *Etyka resuscitacji oraz problemy końca życia*. W: Wytuczne resuscitacji krażeniowo-oddechowej 2010. red. Anders J. Polska Rada Resuscitacji 2010, 280-28
- 2 DOBIÁŠ V. (2013) *Volali ste záchránku?* vyd. Havlíčkův Brod: Dixit, 2013, 192 s. ISBN 978-80-89662-07-4
- 3 ERC 2010 - *Kardiopulmonálna resuscitácia*. Odporúčania ERC 2010
- 4 FULBROOK, P. – LATOUR, J. – ALBARRAN, J. - GRAAF DE W. – LYNCH, F. – DEVICTOR, D. – NOREKVAL, T. (2007) *The presence of Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation Working Group (2007) - Join Position Statement*. Connect: The World of Critical Care Nursing 5 (4), 86-88.
- 5 ŠIMKOVÁ, A. - BENEDIKOVIČOVÁ, A. - BOROŇOVÁ, J. (2015) *Intenzívna medicína v ošetrovatelstve a jej medicínsko-právne aspekty*. 1. vyd. Bratislava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015, 219 s. ISBN 978-80-8082-843-1

### Korespondence:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Katedra ošetrovatelstva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

E-mail: [jana.boronova@truni.sk](mailto:jana.boronova@truni.sk)

## SKÓROVACIE SYSTÉMY V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI A ICH VYUŽITIE

**Gabriela Doktorová**

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

### **Súhrn:**

*V teoretickom príspevku sa autorka zaoberá skórovacími systémami v intenzívnej starostlivosti, venuje sa základnému rozdeleniu skórovacích systémov a ich využitiu. Autorka predkladá prehľad o najčastejšie používaných skórovacích systémoch, limitoch a benefitoch ich používania v intenzívnej starostlivosti.*

### **KLúčová slová:**

*Skórovacie systémy, Intenzívna starostlivosť, Kriticky chorý pacient, Morbidita, Mortalita*

### **Scoring systems in intensive care and their utilization**

#### **Summary:**

*In a theoretical contribution the author deals with scoring systems in intensive care, the basic division of scoring systems and their usage. The author presents an overview of the most commonly used scoring systems, limits and benefits of their use in intensive care.*

#### **Key words:**

*Scoring systems, Intensive care, Critically ill patient, Morbidity, Mortality*

## **Úvod**

Skórovacie systémy sa v intenzívnej starostlivosti začali používať posledné dve desaťročia. Spolu s hodnotiacimi škálami sú súčasťou každodennej praxe. Používajú sa na definovanie závažnosti akútneho ochorenia, náročnosti liečby a ako prostriedok, ktorý umožňuje posúdenie rizika komplikácií a úmrtia. Pomáhajú definovať porovnateľnosť kohort pacientov na vedecké štúdie, posúdiť kvalitu starostlivosti a náklady na liečbu (Zadák - Havel, 2007). Okrem vyššie uvedeného, skórovacie systémy ovplyvňujú rozhodnutia týkajúce sa hodnotenia rizika mortality, ktoré je nutné prijímať veľmi opatrne (Ševčík, 2003).

Závažnosť zdravotného stavu charakterizujú skórovacie systémy, ktoré slúžia na predikciu pravdepodobnosti výsledkov starostlivosti u pacientov (napr. morbidita, mortalita, handicap, zmenený funkčný zdravotný stav). Vývoj skórovacích systémov zahŕňa presnú identifikáciu spoľahlivých predikčných premenných, definovanie prediktorov a výsledkov, ktoré sledujeme, následný zber údajov týkajúcich sa prediktorov a výsledkov, analýzu vzťahu medzi nimi a validáciu tohto vzťahu (Hadorn, 1993). Tvorba skórovacích systémov vychádza z predpokladu, že ak je pozorovaným výsledkom smrť pacienta, tá závisí nielen od vstupov (zariadenie, personál) a procesov starostlivosti (načasovanie poskytnutia starostlivosti, typ starostlivosti), ale aj od

charakteristiky pacientov. Populácia pacientov prijímaných na JIS (Jednotka intenzívnej starostlivosti) je veľmi rôznorodá, so širokým spektrom klinických indikácií. Hodnotenie pravdepodobnosti úmrtia pacientov počas hospitalizácie na JIS na základe skóre závažnosti zdravotného stavu sa nevzťahuje na jednotlivcov, ale na podobnú skupinu pacientov. Skórovacie systémy by mali informovať, ale v žiadnom prípade nemôžu byť hlavným kritériom určujúcim ďalší diagnosticko liečebný postup. Vždy rozhoduje klinické vyhodnotenie a skórovacie systémy slúžia len ako pomôcka. Inak povedané, skórovacie systémy môžu napomôcť rozlíšiť pacientov, ktorých stav je tak závažný, že hospitalizácia na JIS by im neprinesla benefit a tých pacientov, ktorých stav nie je natoľko závažný, aby vyžadoval hospitalizáciu na JIS. Predikcia výsledku umožňuje skoršiu intenzívnu starostlivosť o pacientov, ktorí by mali z včasnej a agresívnej terapie najväčší benefit. Skórovacie systémy v intenzívnej starostlivosti napomáhajú pri procese akreditácie externými organizáciami, kedy sa vopred musí overiť ich dôveryhodnosť, validita, objektivita, schopnosť odolávať voči manipulácii (Keegan, 2011).

### **Rozdelenie skórovacích systémov**

Skórovacie systémy môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Prvá skupina zahŕňa špecifické skórovacie systémy, ktoré sú určené len pre určité orgány, ochorenia, typ pacientov, napr. Glasgowská stupnica kómy. Do druhej skupiny patria všeobecné orgánové systémy, ktoré sú určené pre všetkých pacientov prijatých na JIS. Patria sem skóre, ktoré hodnotia závažnosť ochorenia pacienta pri prijatí a využívajú sa na predikciu výsledku (APACHE, SAPS, MPM), skóre hodnotiace prítomnosť a závažnosť orgánovej dysfunkcie (MODS, SOFA) a skóre hodnotiace pracovnú záťaž zdravotníkov (TISS, NEMS) (Vincent - Moreno, 2010).

Iné rozdelenie skórovacích systémov pre kriticky chorých pacientov:

- anatomické skóre - väčšinou sa využíva u pacientov s traumou, závisí od postihnutej anatomickej oblasti - Abbreviated Injury Score (AIS), Injury Severity Score (ISS),
- orgánovo - špecifické skóre - predpokladá, že u väčšmi chorého pacienta bude viac orgánových systémov s dysfunkciou alebo zlyhávaním - napr. Sepsis related Organ Failure Assessment (SOFA),
- terapeutické skóre - je založené na predpoklade, že kriticky chorí pacienti si vyžadujú náročnejšie terapeutické intervencie a ošetrovateľskú starostlivosť v

porovnání s méně chorými pacientmi, napr. Therapeutic Intervention Scoring System (TISS),

- jednoduché škály - sú založené na klinickom úsudku, či pacient prežije alebo zomrie,
- fyziologické hodnotenie - je založené od stupňa odchýlky od fyziologických charakteristík,
- špecifické skóre - sú určené pre konkrétne ochorenia, ako sú napr. Ransonove kritériá pre hodnotenie akútnej pankreatitídy, World Federation of Neurosurgeon score slúži na hodnotenie subarachnoideálneho krvácania.

Skórovacie systémy predikujúce výsledok

Pred viac ako 25 rokmi vznikli prvé skórovacie systémy, ktoré slúžili na predikciu výsledkov. Ich úlohou bolo popísať riziko mortality pacientov hospitalizovaných na JIS. Od vtedy sa zmenil demografický charakter pacientov, prevalencia ochorení, postupy liečby kriticky chorých pacientov, štatistické metódy a výpočtová technika zaznamenala prudký rozvoj (Vincent - Moreno, 2010). Hlavné skórovacie systémy na hodnotenie celkovej závažnosti ochorenia u kriticky chorých pacientov sú APACHE, SAPS a MPM.

**Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)** - skóre vzniklo v roku 1981, slúžilo ako pomôcka na rozdeľovanie pacientov podľa závažnosti ich ochorenia. Skladalo sa z dvoch častí :a) fyziologické skóre hodnotiace závažnosť akútneho ochorenia pri prijatí, b) skóre hodnotiace chronické ochorenia pred prijatím pacienta (Knaus, 1985). V APACHE skóre bolo 34 premenných zameraných na fyziologický stav pacienta. V súčasnosti je najviac rozšírené APACHE II skóre, ktoré vzniklo prehodnotením a zjednodušením pôvodného skóre. V APACHE II je len 12 premenných znakov. Chronický zdravotný stav a vek pacienta je včlenený do systému na výpočet jednoduchého skóre s maximálnou hodnotou 21. Každá fyziologická premenná predstavuje najhoršiu hodnotu zaznamenanú počas prvých 24 hodín od prijatia na JIS. APACHE II podľa dôkazov slúži aj na predikciu vzniku nozokomiálnych infekcií spojených s prístrojovou technikou, najmä s pneumóniou súvisiacou s UPV pacientov na JIS. Pacienti, ktorí majú vysoké skóre APACHE, sú vystavení vysokému riziku nozokomiálnych infekcií a pneumónie súvisiacej s UPV (umelá pľúcna ventilácia) (Lee, 2008).

Skóre APACHE III bolo používané aj na výpočet predpokladanej dĺžky hospitalizácie na JIS. Nevýhodou modelu je jeho vysoká finančná náročnosť (Knaus, 1993., Wing Wa, 2009).

System APACHE IV vznikol pretvorením systému APACHE III. Odlišuje sa predikčnými premennými a štatistickými metódami (Vincent - Moreno, 2010).

**Simplified Acute Physiology Score (SAPS)** - na predikciu rizika mortality pacientov hospitalizovaných na JIS využíva 13 fyziologických premenných a vek pacienta. Aj systém SAPS bol vypočítaný z najhorších hodnôt získaných za prvých 24 hodín od prijatia (Le Gall, 1984). SAPS II vznikol v roku 1993, zahŕňa 17 premenných: 12 fyziologických premenných, vek pacienta, typ prijatia a 3 premenné, týkajúce sa základného ochorenia.

**Mortality Probability Model (MPM)** - Mortality Probability Model delíme na dva základné modely : prvý model pri prijatí pacienta na JIS, obsahuje sedem premenných pri prijatí, druhý model zahŕňa sedem premenných za 24 hodín, posudzuje sa 24 hodín od prijatia (Lemeshow, 1988).

#### **Skóre orgánovej dysfunkcie**

Definuje stupeň orgánovej dysfunkcie, až sekundárne predikciu prežívania. Skóre orgánového zlyhania musí brať na zreteľ čas aj závažnosť orgánovej dysfunkcie. Ich benefitom je schopnosť porovnávať v skupine pacientov s rozličnými diagnózami, v rozličnom čase od prijatia na JIS v rovnakom bode procesu ochorenia (Bewley, 2000).

**Logistic Organ Dysfunction Score (LODS)** - Systém obsahuje 12 premenných charakterizujúcich činnosť 6 orgánových systémov (nervového, kardiovaskulárneho, renálneho, pulmonálneho, hematologického a hepatálneho). Pre každú premennú sa zaznamenávajú najhoršie hodnoty za prvých 24 hodín od prijatia. Systém LODS sa nachádza na hranici medzi systémami na predikciu mortality a modelmi orgánového zlyhania. Vyššia mortalita súvisí s väčšou závažnosťou orgánovej dysfunkcie jednotlivých orgánov.

**Multiple Organ Dysfunction Score (MODS)** - model MODS pri vzniku vychádzal z 30 odborných publikácií, ktoré charakterizovali orgánovú dysfunkciu. Bolo vybraných 7 orgánových systémov (respiračný, kardiovaskulárny, renálny, hepatálny, hematologický, nervový, gastrointestinálny). Skóre má rozsah od 0 (bez dysfunkcie) po 4 (závažná



dysfunkcia). Maximálne skóre MODS je 24. Na jeho výpočet sa využíva prvý parameter dňa pre každý zo 6 orgánových systémov. S počtom zlyhávajúcich systémov stúpa aj mortalita na JIS (Vincent - Moreno, 2010).

**Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)** - vznikol v roku 1994, na skórovanie bolo vybraných šesť orgánových systémov (respiračný, centrálny nervový, kardiovaskulárny, renálny, hepatálny a koagulačný). SOFA skóre objektívne kvantifikuje stupeň dysfunkcie jednotlivých orgánových systémov u kriticky chorých pacientov, pretože pri skórovaní využíva najhoršiu nameranú hodnotu za deň (Ceriani, 2003).

**Hodnotenie závažnosti stavu pacienta založené na pracovnej záťaži ošetrovateľov**

**Therapeutic Intervention Scoring System** - Skórovací systém TISS bol prvým skórovacím systémom, ktorý vznikol za účelom nepriameho hodnotenie celkovej závažnosti zdravotného stavu pacienta hospitalizovaného na JIS na základe intenzity jeho liečby. Na základe typu a množstva terapie, ktorú pacienti hospitalizovaní na JIS dostávajú, TISS kvantifikuje závažnosť ochorenia pacientov. Základná filozofia je tvorená ideou, že čím je stav pacienta závažnejší, tým dostáva väčšiu a komplexnejšiu terapiu (Gunning -Rovan, 1999).

**Nine Equivalent of Nursing Manpower Use Score (NEMS)** - s cieľom vytvoriť jednoduchší systém so širším využitím bolo vytvorené skóre NEMS odvodením od TISS-28. Ošetrovateľské aktivity sa delia do 9 kategórií: základný monitoring, intravenózna medikácia, podpora mechanickej ventilácie, doplnková ventilačná starostlivosť, jednoduchá vazoaktívna medikácia, viacnásobná vazoaktívna medikácia, dialyzačné techniky, špecifické intervencie na JIS, špecifické intervencie mimo JIS. Systém je možné použiť na hodnotenie efektivity pracovnej záťaže ošetrovateľského personálu s využitím úrovni JIS a tiež na objektívnu klasifikáciu JIS založenú na množstve poskytovanej starostlivosti. Nevýhodou systému NEMS je jeho časová náročnosť a redukovaná sila na úrovni jednotlivých pacientov v porovnaní s TISS-28 (Miranda, 1997).

Skórovacie systémy na hodnotenie závažnosti stavu pacienta založené na pracovnej záťaži ošetrovateľského personálu môžu upozorniť na potreby zmeny v pracovnej záťaži, odhadnúť celkové náklady pre skupiny pacientov JIS. Systémy informujú o vplyve pacientovho ochorenia na potreby personálu a na využitie zdrojov (Vincent - Moreno, 2010). Kisorio (2009) uvádza, že pri výskume vzťahu medzi TISS-28 a SAPS II bola zistená dobrá korelácia, z čoho vyplýva, že závažnosť pacientovho stavu

významne súvisí s pracovnou náplňou ošetrovateľov, s typom a počtom terapeutických intervencií na JIS.

### **Limity vo využívaní skórovacích systémov**

Používanie skórovacích systémov je limitované. Ako prvú limitáciu môžeme spomenúť skutočnosť, že všetky všeobecné skórovacie systémy predikujúce výsledok majú najlepšiu predikčnú schopnosť na skupine pacientov zhodnou so skupinou pacientov, ktorých údaje boli použité pri tvorbe skóre. Presnosť skórovacích systémov závisí od kvality vstupných údajov. Použitie správnych definícií, pravidiel o chýbajúcich údajoch a čas zberu údajov musí byť zhodné s tými, ktoré boli použité pri tvorbe systémov (Vincent - Moreno, 2010).

Ďalší z limitov predstavuje ovplyvnenie štatistickej metodiky použitej na hodnotenie kalibrácie predikčných modelov viacerými faktormi, napr. počtom premenných, ktoré sú hodnotené, spôsobom, akým sú roztriedené pozorovania s rovnakou pravdepodobnosťou výsledku, veľkosťou vzorky. Interpretácia spoľahlivosti si vyžaduje znalosť použitia štatistických testov (Vincent - Moreno, 2010). Iným limitom je, že skórovacie systémy nie sú lineárne. Skóre 20 neznamena, že pacient je raz toľko chorý ako ten, ktorý má skóre 10 (Bouch - Thompson, 2008). Ignorovanie základných charakteristík (funkčný stav, kvalita života, preferencie pacienta v oblasti podpory života, reakcia na ochorenie, okolité prostredie, vplyv liečby na výsledok) a procesov starostlivosti a ich vplyv na výsledok predstavuje limit objektívnych skórovacích systémov (Sinuff, 2006).

### **Záver**

Skórovacie systémy v intenzívnej starostlivosti sa používajú na popis populácie pacientov prijatých na JIS, na hodnotenie fungovania orgánov a orgánových systémov pacienta, pri rozhodovaní o podpore života pacientov vzhľadom na závažnosť ich stavu a tiež na zhodnotenie pracovnej záťaže ošetrovateľského personálu. Informácia o rozdieloch predikcie výsledku medzi skupinami pacientov môže predstavovať kritérium výberu pacientov, ktorí budú na JIS prijatí prednostne. Identifikácia pacientov s vyššou potrebou intenzívnej starostlivosti má význam najmä v nemocniciach s obmedzeným počtom lôžok JIS. Jednotná klasifikácia skórovacích systémov, ktorá by sa dala aplikovať na kriticky chorých pacientov, neexistuje (Bouch - Thomson, 2008).

### Literatúra:

1. BEWLEY, J.S. (2000) Treatment withdrawal in Intensive Care: the decision making process [online]. Bristol: Frenchay Hospital, 2000. [cit. 2014-4-14]. Dostupné na internete: <[http://www.avon.nhs.uk/bristolitutrainees/dissertations/Jeremy\\_bewley\\_dissertation.pdf](http://www.avon.nhs.uk/bristolitutrainees/dissertations/Jeremy_bewley_dissertation.pdf)>.
2. BOUCH, D.C. - THOMPSON, J.P. (2008) Severity scoring systems in the critically ill. In *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. ISSN 1743-1824, 2008, roč. 8, č. 5, s. 181-185.
3. CERIANI, R. et al. (2003) Application of the Sequential Organ Failure Assessment Score to Cardiac Surgical Patients. In *CHEST*. ISSN 1931-3543, 2003, vol. 123, p. 1229-1239.
4. GUNNING, K. - ROWAN, K. (1999) Outcome data and scoring system. In *British Medical Journal*, ISSN 1756-5833, 1999, roč. 319, s. 241-244.
5. HADORN, D.C. et al. (1993) *Assessing the Performance of Mortality Prediction Models*. Santa Monica (CA): Rand Corporation, 1993. 37 s. ISBN 0-8330-1335-1.
6. KEEGAN, M. T. - GAJIC, O. - AFESSA, B. (2011) Severity of illness scoring systems in the intensive care unit. In *Critical Care Medicine*. ISSN 1530-0293, 2011, vol. 39, No. 1, p. 163-170
7. KISORIO, L.C. - SCHMOLLGRUBER, S. - BECKER, P.J. (2009) Validity and reliability of the simplified therapeutic intervention scoring system in intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg. In *Southern African Journal of Critical Care*. ISSN 1562-8264, 2009, Dec, 2009.
8. KNAUS, W.A. et al. (1985) APACHE II: A severity of disease classification system. In *Critical Care Medicine*. ISSN 1530-0293, 1985, vol. 13, p. 818-829.
9. LEE LEE, C. (2008) Association of Apache II scores with risk of device associated infection in an Intensive Care Unit. [online]. Hong Kong: The University of Hong Kong, 2008. 47 p. [cit. 2014-4-12]. Dostupné na internete: <<http://hub.hku.hk/bitstream/10722/55168/1/FullText.pdf?accept=1>>.
10. LE GALL, J.R. et al. (1984) A simplified acute physiology score for ICU patients. In *Critical Care Medicine*. ISSN 1530-0293, 1984, vol. 12, No. 11, p. 975-977.
11. LEMESHOW, S. et al. (1988) Refining intensive care unit outcome prediction by using changing probabilities of mortality. In *Critical Care Medicine*. ISSN 15300293. 1988, vol. 16, p. 470-477.
12. ŠEVČÍK, P. a kol. (2003) *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
13. VINCENT, J.L. - MORENO, R. (2010) Clinical review: Scoring systems in the critically ill. In *Critical Care*. ISSN 1364-8535, 2010. roč. 14, č. 2, s. 207-215.
14. ZADÁK, Z. a kol. (2007) *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2007. 335. ISBN 978-80-247-2099-9.

### Kontaktná adresa

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.  
FZaSP Trnavská univerzita  
Univerzitné námestie 1  
917 01 Trnava  
Email: [g.doktorova@zoznam.sk](mailto:g.doktorova@zoznam.sk)

## NORMOTERMICKÁ EX VIVO PERFÚZE PLIC

**Hedvičák Pavel, Meruňka Petr**

Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Hlavní myšlenkou normotermické ex vivo perfúze plic je, že v podmínkách ex vivo, které přesně imitují situaci in vivo – normotermie, kontrolovaná perfúze a ventilace, lze posoudit funkci orgánu a dokonce tuto funkčnost ovlivnit a optimalizovat. V České republice, jako jediné pracoviště, jsme přes fázi přípravnou, poté experimentální přešli k fázi klinické a od 1.1.2014 byl zahájen program ve FN Motol.*

### **Klíčová slova:**

*Transplantace plic, normotermická ex vivo perfúze plic*

### **Úvod**

Transplantace plic představuje etablovanou klinickou metodu určenou pro pacienty v terminální fázi respiračního selhání u onemocnění plicního parenchymu či kardiálního selhání při plicní hypertenzi.

### **Vlastní text**

Zásadním problémem a limitem většího počtu transplantací je nedostatek vhodných orgánů. Až 80% plic je nutno odmítnout pro špatnou funkci v době multiorgánového odběru. V posledních letech byla vyvinuta metoda normotermické ex vivo perfúze plic, kdy plíce po odběru mohou být ex vivo ventilované a perfundované a jejich funkce tak může být přehodnocena a v případě zlepšení a stability funkce takové štěpy mohou být akceptovány k transplantaci se stejnými krátko a dlouhodobými výsledky jako po standartně provedeném odběru. Během ex vivo perfúze jsou hodnoceny tyto parametry: plicní vaskulární resistance, průtok plicní tepnou, tlaky v dýchacích cestách, oxygenace, bronchoskopie, RTG plic. Základní principy ex vivo perfúze plic jsou následující: ohřívání a perfúze plic poskytne čas k obnovení normální funkce v optimalizovaných podmínkách, ex vivo perfúze je pečlivě kontrolovaná a využívá pro plíce všechny protektivní strategie, patofyziologické procesy způsobené neurogenním plicním edémem (dysbalance elektrolytová, onkotický tlak a teplotní dysbalance) jsou korigovány, všechna zůstávající krev dárce (koagulační faktory, komplement, aktivované leukocyty, zánětlivé cytokiny a nefyziologické substance – léky použité při péči o dárce) je vymyta a filtrována během EVLP (EX Vivo Lung Perfusion). Ex vivo perfúze v dnešním konceptu poskytuje komplexní, záchovnou evaluaci štěpu před transplantací tzv.

kontrolu „nekontrolovatelných“ dárců, může snížit mortalitu na čekací listině, může snížit incidenci primární dysfunkce štěpu a může zvýšit prediktabilitu výsledku transplantace plic.

**Závěr:**

Klinický perfuziolog musí být schopen se orientovat v medicínské, ale i ošetrovatelské problematice. Celoživotní vzdělávání je součástí jeho profesního života, přičemž nejde jen o teoretické znalosti, ale především o praktické dovednosti a zkušenosti. Transplantace plic je v dnešní době, dalo by se říci, již rutinou. Avšak normotermická ex vivo perfúze plic nyní podporuje pojetí definice ošetrovatelství jako regulérního vědního oboru. Na prvním místě je vždy pacient a mezioborová spolupráce je výborná, profesionalita je samozřejmostí.

**Literatura:**

U autorů.

**Korespondence:**

Mgr. Hedvičák Pavel  
Klinika kardiiovaskulární chirurgie 2. LF UK v Praze  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
Email: [pavel.hedvicak@fnmotol.cz](mailto:pavel.hedvicak@fnmotol.cz)

## MOŽNOSTI V KOMPETENCIÁCH ANESTETICKÉHO TÍMU

<sup>1</sup>Andrea Bratová, <sup>2</sup>Helena Gondárová-Vyhničková, <sup>1,3</sup>Milan Laurinc

<sup>1</sup>FZaSP, Trnavská univerzita, Trnava

<sup>2</sup>Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP  
Ružomberok, fakultná nemocnica

<sup>3</sup>NÚSCH a. s., Detské kardiocentrum, OAIM, Bratislava

### **Súhrn**

*Príspevok približuje kompetencie pri vedení anestézie a v anestetickej tíme. Charakterizuje problematiku v oblasti zákonných noriem a taktiež skúsenosti anestéziologických sestier na anestetickej starostlivosti.*

### **Kľúčové slová:**

*Sestra. Anestéziológia. Tím. Kompetencie.*

## POSSIBILITIES IN COMPETENCE ANESTHETIC TEAM

### **Summary**

*Contribution brings competencies in management of anesthesia and the anesthetic team. Characterizes issues of legal standards and experience of anesthetic nurses in anesthetic care.*

### **Keywords:**

*Sister. Anesthesiology. Team. Competence.*

### **Úvod**

Jednou zo základných charakteristík dnešnej turbulentnej doby je zmena. Tieto zmeny sa dotýkajú aj ošetrovateľstva. Sú to zmeny v dôsledku rozvoja technického pokroku, liečebných postupov, kladenia dôrazu na bezpečnosť (aj personálu), kvalitu a neposlednom rade na zefektívnenie zdravotníctva. Otázka šetrenia finančných a ľudských zdrojov a lepšie využívanie potenciálu otvára diskusie aj na tému kompetencií. Do popredia sa dostáva inšpirácia pre efektívnu zmenu z praxe krajín, ktoré sú OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development = Organizácia pre ekonomickú spoluprácu a rozvoj) hodnotené najlepšie v rámci stanovených kritérií i USA.

### **Vlastný text**

Organizácia poskytovania anestetickej a intenzívnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach trvale zabezpečuje (i počas ústavných pohotovostných služieb) odbornú úroveň i širokú dostupnosť odborných činností. Pri týchto výkonoch je nevyhnutné

dostatočné personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie v zmysle platných predpisov, aby výkony mohli byť kvalitné a bezpečné, realizované s maximálnym ohľadom na bezpečnosť pacienta. K hlavnej náplni činností v odbore AIM patrí podávanie anestézie a starostlivosť o chorého počas anestézie tak, aby sa počas liečebného alebo diagnostického výkonu zabránilo výskytu možných komplikácií a súčasne sa vytvorili podmienky pre optimálny priebeh výkonu (5).

Kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti zabezpečujú vedúci pracovníci AIM oddelení. Jej kontrolu vykonáva hlavný odborník spolu s krajskými odborníkmi a **stavovské organizácie**. Systém kontroly je neoddeliteľný od odborného riadenia. (5).

Zahraničné zdroje uvádzajú dva hlavné systémy podávania anestézie z pohľadu personálneho obsadenia. 1. **Physiciananaesthesia** – „lekárska anestézia“. To znamená, že počas celej doby vedenia anestézie je prítomný lekár, ktorému asistuje/s ktorým spolupracuje nelekársky zdravotnícky pracovník podľa zvyklostí konkrétnej krajiny. Funguje a je legislatívne upravený aj na Slovensku, v Česku a Nemecku. (9, 10) a 2. **Nonphysiciananaesthesia** – anestézia bez priamej účasti lekára znamená, že lekár je zodpovedný za vedenie anestézie u dvoch alebo viacerých pacientov a teda vykonáva supervíziu nad dvoma – troma „anestéziologickými“ sestrami, ktoré pracujú v priebehu anestézie samostatne pod lekársym priamym aj nepriamym dohľadom. Lekár rozhoduje o type anestézie a voľbe anestetika. Úvod do celkovej anestézie a prebúdzanie vrátane extubácie vykonávajú lekár a sestra spoločne. V priebehu anestézie sestra sama - bez priameho dohľadu lekára dávkuje lekárom ordinované anestetiká podľa stanovených postupov. Lekár je pre prípad potreby neustále v bezpečnom dosahu (telefón, intercom, emergency tlačidlo). Zodpovednosť za spôsob vedenia anestézie nesie lekár, sestra nesie zodpovednosť do výšky svojich kompetencií a činností, ktoré sama vykonáva v priebehu vedenia anestézie. U anestézií rizikových pacientov je po celú dobu anestézie prítomný lekár (14, 15). Periférne blokády a zvodová anestézia sú výlučne v kompetencii lekára. Je legislatívne upravený a funguje aj vo Francúzku, Holandsku, Nórsku, Švédsku, Švajčiarsku, USA (14, 15). Anglicko, ktoré malo doposiaľ physiciananaesthesia sa nedávno rozhodlo pristúpiť k zavedeniu nonphysiciananaesthesia. Okrem USA všade dodržiavajú pomer 1:2 (jeden lekár v supervízii nad dvoma sestrami). Z dostupných realizovaných štúdií vo svete vychádza, že oba systémy z pohľadu kvality a bezpečnosti vychádzajú rovnako (1, 15). Uvedené dva spôsoby podávania anestézie sa považujú za hlavné spôsoby ale existujú modifikácie týchto systémov (2, 7). Rozhodovanie o spôsobe vedenia anestézie ostáva v kompetencii lekára (3).

Oldřichová uvádza, že štúdia uverejnená v časopise *HealtAffairs* uvádza výsledky z porovnávania troch skupín. V prvej anestéziu viedla certifikovaná sestra, v druhej lekár, v tretej lekár a sestra. Vo výsledkoch starostlivosti nebol medzi uvedenými troma skupinami nájdený signifikantný rozdiel. V štúdiu je uvedené, že certifikované anestéziologické sestry musia mať úspešne absolvované príslušné magisterské štúdium, do ktorého sa môžu hlásiť až po absolvovaní bakalárskeho štúdia ošetrovateľstva. V súčasnosti ich v USA pôsobí 40 000 a ročne poskytnú 30 miliónov anestézií. V roku 2009 bol ich priemerný plat 189 000 dolárov ročne ale stále je to omnoho menej ako zarába lekár – anestéziológ (14). Globálna reforma zdravotníctva vo vyspelých krajinách vedie v záveroch a odporúčaniach k tomu, že treba prehodnotiť mnohé skutočnosti. Technickému sofistikovanému pokroku samozrejme odpovedá i väčšia finančná náročnosť ale i náhrada prevažne klinického sledovania pacienta v perioperačnom období prístrojovým monitorovaním pacienta. Aj tieto skutočnosti vyvolávajú zamyslenie, akým smerom sa bude uberať aj odbor anestéziológia. Treba odpovedať na otázky: Ako optimálne nastaviť personálne obsadenie pri vedení anestézie? Nie je doterajší systém anestézie – jeden lekár a jedna sestra pracujúci v tímu počas celého vedenia anestézie u každého pacienta – predimenzovaný? Ako nastaviť a rozdeliť činnosti a kompetencie medzi lekárom a sestrou? Je možné lepšie využiť odborný potenciál sestier na kvalitu, bezpečnosť a finančnú stránku vecí? Prečo mnohé európske krajiny vedú anestéziu kvalitne a bezpečne ale s menším počtom pracovníkov? Nepraktizuje sa nonphysician anestézia aj na Slovensku? A ak sa praktizuje, prečo sa to legislatívne a aj finančne „neošetrí“?

Hnacím motorom súčasných diskusií o rozšírení kompetencií je nielen emancipácia ošetrovateľstva ale i fakt, že práca lekárov bude čoraz drahšia. Ak by došlo k navýšeniu kompetencií a činností u nelekárskych činností, zákonite musí dôjsť k delegovaniu niektorých výkonov vykonávaných sestrou na anestetickom úseku na nižší zdravotnícky personál (napr. dezinfekcia, príprava na sterilizáciu). Z toho vyplýva, že pokiaľ sa delegovanie činností a kompetencií nastaví správnym smerom nedôjde ku zníženiu úrovne, bezpečnosti a kvality zdravotnej starostlivosti a zároveň zdravotnícky rezort ušetrí finančné prostriedky. V súvislosti so zvyšovaním kompetencií je nutné si uvedomiť, že vyššie kompetencie by mali znamenať vyššiu zodpovednosť, náročnejšie vzdelanie ale i vyššie platové ohodnotenie. (12). Docentka Drábková prezentuje nielen postoje českých sestier (3) ale i profesionálne perspektívy a činnosti sestier – anestetistiek vo svete (3).



Na základe opakovaných viacročných pripomienok sestier z praxe, vyslovených na rôznych odborných stretnutiach ale i tých, ktoré nám boli doručené, ako členovia výboru odbornej sekcie sme realizovali výskum, ktorého cieľom bolo zanalyzovať realitu v mnohých zdravotníckych zariadeniach, predovšetkým tam, kde je v službe jeden anestéziológ pokrývajúci súčasne anestetický úsek, lôžkovú časť OAIM a konziliárnu starostlivosť pre celé nemocničné zariadenie. A keď je pri anestézii na operačnej sále, nemôže byť fyzicky pri pacientovi na OAIM, ktorý potrebuje urgentné riešenie zdravotného stavu. A konziliárnu činnosť lekára anestéziológa (aj resuscitačnú) v rámci nemocnice okrem neho nik nevykoná. Teda ak tam má byť prítomný, nemôže byť súčasne fyzicky prítomný na operačnej sále (6).

Výskumnú vzorku tvorili sestry pracujúce na anestetických úsekoch na Slovensku. Na spracovanie postúpili dotazníky od 369 sestier s nasledovným vzdelaním: SZŠ; VOV; Bc.; Mgr.; PhDr. Výskum prebiehal v mesiacoch marec 2014 až júl roku 2014. Dotazníky vytlačené v pdf formáte boli respondentom rozdane osobne (50 kusov) počas odborných podujatí sestier, súkromnou e-mailovou cestou bol respondentom zaslaný link (odkaz) na elektronickú formu dotazníka (na 100 adries). Ďalšou cestou distribúcie elektronickej formy dotazníka bol portál Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, sociálna sieť - konkrétne otvorená skupina: Občianske združenie pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek Distribúcia dotazníkov na jednotlivých pracoviskách nebola použitá. Z analýzy odpovedí respondentov vyplýva, že:

- 17,89% respondentov vyslovene uviedlo, že nie je dodržiavané vedenie anestézie v personálnom zložení: lekár a sestra na ich pracovisku,
- vysoké percento (64,23%) respondentov bolo konfrontovaných so situáciou, keď lekár anestéziológ viedol anestéziu na dvoch operačných sálach. Teda sestry na oboch operačných sálach viedli nie legislatívne upravenú nonphysician anaesthesiu,
- 12,2% respondentov sa stretlo so situáciou, keď lekár viedol anestéziu na troch a viacerých operačných sálach. Z toho vyplýva, že sestry na všetkých troch operačných sálach viedli legislatívne neupravenú nonphysician anaesthesiu,
- viac ako polovica (54,47%) respondentov bolo konfrontovaných so situáciou, keď lekár anestéziológ počas vedenia anestézie musel opustiť operačnú sálu z dôvodu potreby riešiť stav pacienta na lôžkovej časti oddelenia a prakticky za

- čas jeho neprítomnosti na operačnej sále legislatívne neupravenú nonphysician anaestesiou viedla sestra,
- 7,32% respondentov vykonáva s poverením lekára zaistenie dýchacích ciest,
  - 0,81% respondentov vykonáva zaistenie dýchacích ciest intubáciou bez poverenia lekára,
  - 57,72% respondentov vykonáva samostatne s poverením lekára extubáciu,
  - 6,5% respondentov vykonáva samostatne bez poverenia lekára extubáciu,
  - až 44,72% respondentov vykonáva samostatne s poverením lekára úpravu ventilačných parametrov počas anestézie,
  - bez poverenia lekára úpravu ventilačných parametrov počas anestézie v 14,63%-ách,
  - záujem o samostatné vedenie nonphysician anestézie pri ASA I má rozhodne záujem 7,32% respondentov, menej rozhodné – vyjadrené ako „Skôr áno“ má 23,58% respondentov, najviac respondentov (38,21%) sa rozhodlo pre odpoveď „Skôr nie“, skoro štvrtina respondentov (24,39%) rozhodne nemá záujem o samostatné vedenie nonphysician anestézie pri ASA I, v iných odpovediach (n 24, 6,50%) respondenti slovne opísali dôvody prečo sú za alebo proti samostatnému vedeniu nonphysician anestézie pri ASA I,
  - 4,07% respondentov má rozhodne záujem o samostatné vedenie nonphysician anestézie pri ASA I a ASA II, skôr áno má záujem 20,33% respondentov, skôr nie 38,21% respondentov, samostatné vedenie nonphysician anestézie pri ASA I a ASA II rozhodne odmieta 29,27% respondentov, inú odpoveď 8,13% – v týchto odpovediach boli vyjadrenia, ktoré by sa zo značnej časti dali priradiť ku odpovediam: skôr áno, skôr nie, len boli slovne doplnené o určité podmienky,
  - prípadnú legislatívne upravenú alternatívu vedenia anestézie: jedna sestra a dvaja lekári anestéziológovia na dve operačné sály, uvíta 10,57% respondentov, uvedenú alternatívu jednoznačne odmieta 84,55% respondentov,
  - prípadnú legislatívne upravenú alternatívu vedenia anestézie: nahradiť sestru v anestetickej tíme zdravotníckym asistentom uvíta v rámci šetrenia 3,25% a odmieta 94,31% respondentov,
  - záujem o samostatné sestrou vykonávané extubovanie pacienta, ktoré by bolo právne upravené a legislatívne platné má rozhodne záujem 11,38% respondentov, odpoveď „Skôr áno“ zvolilo 25,2% respondentov, odpoveď „Skôr nie“ zvolilo 31,71% respondentov, samostatné sestrou vykonávané extubovanie

pacienta, ktoré by bolo právne upravené a legislatívne platné rozhodne odmieta 26,02% respondentov, respondenti, ktorí využili možnosť odpovede „Iná odpoveď“ uviedli dôvody prečo odmietajú túto činnosť alebo uviedli podmienky pri ktorých by túto činnosť mohla legálne vykonávať sestra,

- záujem o samostatné sestrou vykonávané upravovanie ventilačných parametrov počas anestézie, ktoré by bolo právne upravené a legislatívne má rozhodne 5,69% respondentov, odpoveď „Skôr áno“ uviedlo viac ako štvrtina respondentov (27,64%), približne toľko (28,46%) sa vyjadrilo, že rozhodne túto možnosť odmieta, o niečo viac (33,33%) sa vyjadrilo nie celkom presvedčivo, keď respondenti uviedli možnosť odpovede „Skôr nie“ (4).

Odpovedzme si na otázky: Existuje v praxi na Slovensku aj nonphysiciananaesthesia? Netreba aj v slovenskom zdravotníctve a školstve pristúpiť k určitým zmenám? Málo financií v zdravotníctve sa nás bytostne a mnohých bolestne dotýka. Nepredpokladá sa v slovenskom zdravotníctve s dopadom starnúcej generácie, teda aj prílevom operačných zákrokov, ktoré nebudú pokryté relevantným prílevom financií? Sestry si uvedomujú aj svoj know how, ktorý do práce na anestetickom úseku vkladajú, uvedomujú si aj finančné ohodnotenie i rozsah svojich kompetencií. Domnievame sa, že vzhľadom na súčasnú situáciu na Slovensku: vzdelanie sestier, kompetencie sestier, úsporné opatrenia v zdravotníctve, by bolo na mieste uvažovať o možnosti zavedenia iného (už praktizovaného) systému vedenia anestézií.

Príspevok je výzvou ale tiež na krokoch k dodržaniu Európskej smernice Working Time Directive 2003/88/EC o dodržiavaní pracovného času, resp. eliminovaní nadčasovej práce (14).

### **Záver**

V budúcnosti budeme zrejme čeliť nedostatku anestéziológov, zvýšenému počtu anestézií vďaka starnúcej populácii a zvýšenému tlaku na prevádzkové náklady (2). S ohľadom na budúcnosť by sme sa mali jednotlivé systémy podávania anestézie v Európe porovnávať a následne ten najvhodnejší vybrať. Mnohé vyjadrenia sestier pracujúcich na úseku anestézie uvádzajú ich skúsenosti, že v praxi to nie je tak. Sestry, podľa ich vyjadrení, sú často konfrontované so situáciou, keď vedú nonphysiciananaesthesiu. Možno aj preto, aby sa v čase turbulencií a „plátania dier“ nás nezaskočili v slovenskej praxi aj ďalšie pojmy: anaesthesiaphysicianassistants, anaesthesiatechnicians, circulationnurse. Lacnejšie versus drahšie, nadbytok versus nedostatok niečoho, resp. niekoho. Aj toto

budú zrejme kľúčové slová mnohých „strategických“ diskusií. Dôležité je spolupracovať s všetkými zainteresovanými a hľadať konštruktívny prístup k riešeniu problematiky dodržiavania kompetencií v rámci anestetického tímu, s racionálnym pohľadom na súčasnú situáciu i trend vývoja – súčasná ekonomická, demografická a vzdelanostná situácia, personálna situácia so záujmom o odstránenie práce nonlegartis a efektívnosť anestetikovej starostlivosti a so zohľadnením európskej smernice o pracovnom čase.

### Literatúra:

1. BÁRTLOVÁ, S. - HAJDUCHOVÁ, H. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou [online]. 2007. [citované 2012-11-10]. Dostupné na internete:
2. <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2010/561-predavani-kompetenci-mez-lekarem-a-sestrou.%20pdf>.
3. CLERGUE, F. Time to consider nonphysician anaesthesia providers in Europe? [online]. 2010. [citované 2012-11-10]. Dostupné na internete: [http://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2010/09000/Time\\_to\\_consider\\_nonphysician\\_anaesthesia.1.aspx](http://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2010/09000/Time_to_consider_nonphysician_anaesthesia.1.aspx)
4. DRÁBKOVÁ, J. Jak se staví anesteziologické sestry k možnostem samostatné činnosti k podávání anestezie v České republice? [online]. 2012. [citované 2012-11-10]. Dostupné na internete: <http://www.nlk.cz/publikace-nlk/referatove-vybery/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/2012/ar-2012-2>
5. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. (2015) Správa z výskumu: Skúsenosti sestier s personálnym zabezpečením vedenia anestézie, kompetencie v rámci anestetického tímu. In *Sestra – poskytovateľka ošetrovateľskej starostlivosti v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti*. s. 76 -90, Trnava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. ISBN 978-80-89542-48-2
6. KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA. Uverejnené vo Vestníku MZ SR č. 29589-1/2006 - OZSO, čiastka 11, ročník 55 [online] 2007. [citované 2012-11-10]. Dostupné na internete: [www.health.gov.sk/swift\\_data/source/.../vestnik0704.pdf](http://www.health.gov.sk/swift_data/source/.../vestnik0704.pdf).
7. LAURINC, M. – BOROŇOVÁ, J. (2014) Kompetencie sestier v odbore anestéziológia a intenzívna starostlivosť. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. 2014, č. 5. ISSN 1339-5920.
8. MATRIX SPECIFICATION OF CORE CLINICAL CONDITIONS FOR THE PHYSICIAN ASSISTANT BY CATEGORY OF LEVEL OF COMPETENCE [online]. 2006. [citované 2012-11-10]. Dostupné na internete: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4139318](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4139318)
9. OŠETŘOVATELSTVÍ OKOPÁVAJÍ KOTNÍKY. [online]. 2012. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: <http://www.tribune.cz/clanek/28508-oseetrovatelstvi-okopavaji-kotniky>
10. PHYSICIAN ASSISTANTS'. [online]. 2011. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: [http://www.aagbi.org/sites/default/files/PA%28A%29%20Review\\_FINAL%2016M\\_AR2012.pdf](http://www.aagbi.org/sites/default/files/PA%28A%29%20Review_FINAL%2016M_AR2012.pdf)

11. PHYSICIANS' ASSISTANT (ANAESTHESIA). [online].2011. [citované 2012-10-3]. Dostupné na: <http://www.rcoa.ac.uk/node/261>
12. PHYSICIANS ASSISTANT (ANAESTHESIA) POSTGRADUATE DIPLOMA. [online]. 2012. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: <http://www.birmingham.ac.uk/students/courses/postgraduate/taught/med/physicians-assistant-anaesthesia.aspx>
13. PYTEL, M. - KUPEČKOVÁ, I. (2012) Diskuze nad zložením anesteziologického týmu. Prednáška. *Mezinárodní kongres sesterpracujících v oboru ARIM*. 26. – 27. 10. 2012
14. SESTRY V USA VEDOU ANESTEZII BEZPEČNĚ. A TY ČESKÉ? [online].2011. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: <http://www.tribune.cz/clanek/21257>
15. SMERNICA EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY 2003/88/ES [online].2003. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:32003L0088:SK:PDF>
16. THE COMPETENCE AND CURRICULUM FRAMEWORK FOR THE PHYSICIAN ASSISTANT. [online].2006. [citované 2012-10-3]. Dostupné na internete: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4139319.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4139319.pdf)

**Korespondence:**

PhDr. Andrea Bratová, PhD. [abratova@centrum.sk](mailto:abratova@centrum.sk)

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s. [helenagondar1@centrum.sk](mailto:helenagondar1@centrum.sk)

PhDr. Milan Laurinc, dipl. s. [laurinc@sksapa.sk](mailto:laurinc@sksapa.sk)

## SEKCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ANESTÉZIOLÓGII A INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI A MEDZINÁRODNÁ SPOLUPRÁCA

<sup>1</sup>Helena Gondárová-Vyhničková<sup>1,2</sup>, Milan Laurinc,<sup>1,2</sup> Andrea Bratová

<sup>1</sup>Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SK SaPA

<sup>2</sup>FZaSP, Trnavská univerzita, Trnava

### **Súhrn**

*Príspevok sa zaoberá zahraničnými aktivitami a medzinárodnou spolupracou Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek.*

### **Kľúčové slová:**

*Sestra. Anestéziológia. Intenzívna starostlivosť. Medzinárodná spolupráca.*

## SECTION NURSES WORKING IN ANESTHESIA AND INTENSIVE CARE AND INTERNATIONAL COOPERATION

### **Summary**

*The paper deals with foreign activities and international cooperation Sections nurses working in anesthetics and intensive care, Slovak Chamber of Nurses and Midwives.*

### **Key words:**

*Sister. Anesthesiology. Intensive care. International cooperation.*

### **Úvod**

Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti (AaISaUS), Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek obnovila svoju činnosť po dlhoročnom odmlčaní v roku 2008. V tomto roku sa konala v Košiciach I. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti a urgentnej starostlivosti, ktorej spoluorganizátorom bola spomínaná sekcia. Počas konferencie sa uskutočnili voľby do výboru sekcie.

### **Vlastný text**

Jedným z hlavných cieľov novozvoleného výboru bola snaha o nadviazanie a rozvíjanie zahraničnej a medzinárodnej spolupráce so sesterskými stavovskými a odbornými organizáciami.

Následne slovenské sestry prijali pozvanie českých kolegýň na Dvoudenní celostátní kongres sester pracujúcich v anesteziologii, resuscitaci a intenzívni péči (ARIP) v Kladne. Aj tu prebiehali rozhovory výborov slovenskej a českej odbornej sekcie o novej spolupráci. Delegáti sa dohodli na možnosti výhodnej účasti slovenských sestier na odborných podujatiach v Česku (slovenské sestry – členky Sekcie AaISaUS, ktoré sa

zúčastní ARIP Kongresu uhradí poplatky ako české sestry, ktoré sú členkami ARIP. Možnosť určitej garancie aktívnej účasti na českom kongrese.

Druhá konferencia našej sekcie v roku 2009 už bola s medzinárodnou účasťou. Zúčastnili sa jej aj sestry z Česka, vrátane členov výboru Sekcie sester pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej péči pri Českej asociácii sestier. (Pozn.: Na tejto konferencii bol zmenený názov sekcie. Nový názov sekcie je Sekcia sester pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti – AaIS)

Slovenské sestry, členky sekcie v prezentovaní svojej práce a postavenia sestier pokračovali na mnohých medzinárodných kongresoch v Česku (Šternberk, Ostravice, Ostrava, Praha, Brno, Kladno) – za dohodnutých, už uvedených podmienok.

Od roku 2012 Sekcia AaIS spolupracuje s českou Profesní a odborovou unií zdravotníckých pracovníků (POUZP). Mnohé slovenské prednášky odzneli aj na kongresoch organizovaných sekciami POUZP: Traumatológia, Chirurgia, Perioperačná starostlivosť v Brne, Jaroměřicích nad Rokytnou.

V dňoch 19. – 21. 09. 2013 sa konal v Brne XX. Kongres České asociace anestéziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM). Tento významný kongres privítal účastníkov z celej ČR, Slovenska, Rakúska, Anglicka, USA. Členovia našej sekcie – PhDr. Milan Laurinc, Mgr. Helena Gondárová – Vyhníčková a PhDr. Andrea Bratová, PhD. – sa tohto kongresu zúčastnili s aktívnym príspevkom „Kompetencie sestier špecialistiek na Slovensku“ v odbornom bloku venovanom „nelekárskym zdravotníckym pracovníkom“. V predsedníctve tohto bloku prednášok boli aj slovenské sestry. Na kongrese za tri dni odznelo 118 lekárskejších a 40 nelekárskych prednášok, ktoré boli rozdelené do 34 blokov a bolo prezentovaných 41 posterov. V rokoch 2012, 2013, 2014 sa zúčastnili členovia sekcie AaIS na Sympoziiu intenzívnej péče v Česku v Ostrave. V dňoch 21. - 24. 01. 2014 sa konal v Ostrave 16. postgraduálny kurz sepsu a MODS - 16th COLOURS of SEPSIS, ktorého súčasťou bol aj historicky 1. Postgraduálny kurz sestier v intenzívnej péči, Nad "sesterským" kurzom prevzala záštitu aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek v zastúpení PhDr. Milana Laurinca, dipl. s.. Zišlo sa tu 900 odborníkov – lekárov a sestier prevažne z odborov intenzívnej starostlivosti, slovenské sestry okrem aktívnej prednáškovej účasti na tomto kongrese boli aj v predsedníctve odborných blokov prednášok kurzu sestier. Členovia výboru sekcie AaIS uvítali možnosť dlhších kuloárných rozhovorov s prof. dr. Gordanou Panovou z vysokej školy ošetrovateľstva v Macedónsku. Dňa 20. 08. 2010 sa na Slovensku v Bratislave konalo Bilaterálne pracovné stretnutie Sekcie sester pracujúcich v AaIS, Slovenskej komory

sestier a pôrodných asistentiek a zástupcov srbského Udruženja anestezičara. Stretnutie sa konalo za účelom nadviazania medzinárodnej spolupráce ktoré bolo spečatené zmluvou o spolupráci na III. Medunarodnim simpozijuma udruženja anestezičara, ktoré sa konalo 27. 11. 2010 v srbskom Belehrade. Predseda slovenskej Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SK SaPA a srbského Udruženja anestezičara podpísali Dohodu o vzájomnej spolupráci. Nadviazaná spolupráca spočíva v organizovaní medzinárodných odborných podujatí so vzájomnou spoluúčasťou sestier oboch krajín, vzájomnou výmenou odborných skúseností z praxe i zo vzdelávania, vzájomnej informovanosti svojich členov o plánovaných aktivitách sústavného vzdelávania (konferencie, sympózia) zmluvného partnera, umožňovaní prezentovania prednášok a posterov na konferenciách partnera a publikovaní príspevkov v zborníkoch príspevkov z konferencií partnera.

Výsledky podpísanej dohody:

V roku 2010 na spomínanom sympóziu v Srbsku sa zúčastnili štyri slovenské sestry a odzneli dve slovenské prednášky pred účastníkmi z piatich krajín, prevažne balkánskeho regiónu. Abstrakt príspevku bol publikovaný v zborníku konferencie. V roku 2011 na IV. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v AaIS s medzinárodnou účasťou v Ružomberku sa zúčastnili štyri srbské sestry. Ďalšie sa podieľali spoluautorstvom na troch prednáškach prezentovaných pred účastníkmi konferencie nielen zo Slovenska, Srbska ale i Česka, Poľska a Rakúska. V roku 2012 v srbskom Divčibare sa na kongrese s účastníkmi z deviatich krajín zúčastnili tri slovenské sestry, ktoré prezentovali jednu prednášku. Príspevok bol publikovaný v zborníku z konferencie. V Novom Smokovci na V. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v AaIS s medzinárodnou účasťou sa v rámci podpísanej zmluvy zúčastnili tri srbské sestry, ktoré prezentovali jednu prednášku. Konferencie sa zúčastnili aj sestry z Česka, Poľska a Rakúska. V roku 2013 tri slovenské sestry prezentovali dve prednášky a jeden poster na kongrese v srbskom Kragujevac. Spoluautorstvom na príspevkoch sa podieľali ďalšie slovenské sestry. Niektoré príspevky boli publikované v zborníku príspevkov konferencie. Konferencie sa zúčastnili sestry zo Srbska, Macedónska, Bosny a Hercegoviny, Česka, Chorvátska, Pakistanu, Tuniska, Švédska a Bulharska.

Na VI. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v AaIS s medzinárodnou účasťou v Nitre boli prezentované dve prednášky a dva postery v podaní piatich srbských kolegýň, ktoré sa konferencie zúčastňujú. Ďalšie sestry prispeli spoluautorstvom príspevkov. Konferencie sa zúčastnili sestry zo štyroch krajín. V roku 2014 v Poprade na



V. Celoslovenskej konferencii sestier pracujúcich v AaIS s medzinárodnou účasťou sa v rámci podpísanej zmluvy zúčastnili štyri srbské sestry, ktoré prezentovali tri prednášky. Konferencie sa zúčastnili aj sestry z Česka a Poľska. Medzinárodného kongresu v Srbsku sa v tomto roku zúčastnili štyri slovenské sestry a prezentovali dve prednášky. Kongresu sa zúčastnili sestry z piatich krajín. Okrem „oficiálnej“ časti odovzdávania a prijímania poznatkov a skúseností z ošetrovateľskej starostlivosti v anestéziológii a všetkých odborov intenzívnej starostlivosti boli cenné aj osobné neformálne stretnutia so sestrami z uvedených krajín. Stretnutie so zástupcami národných profesijných organizácií, medzinárodnej federácie anestéziologických sestier – International Federation of Nurse Anesthetists (IFNA): <http://ifna-int.org/ifna/news.php>), ktorá spadá pod Medzinárodnú radu sestier (ICN): <http://www.icn.ch/>

V máji 2013 tri slovenské sestry na celoeurópskom 5th EfCCNa and UINARS Congress – v Belehrade prezentovali jednu prednášku.

V roku 2014 sa vo Vrnjačke Banje v Srbsku zúčastnili dve slovenské sestry s aktívnou účasťou II. Kongresu národnej asociácie združení pracovníkov v zdravotníctve v Srbsku, ktorý bol akreditovaný ich Ministerstvom zdravotníctva. Kongresu sa zúčastnili sestry z piatich krajín. Počas kongresu sa sestry zúčastnili okrúhleho stola o postavení sestier na Slovensku a jednému predsedali bloku odborných prednášok.

Niekoľko rokov prebieha komunikácia členov výboru sekcie AaIS, SK SaPA s Polskiem Towarzystwom Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki a členmi prezídia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Polska.

Traja členovia výboru sekcie sestier pracujúcich v AaIS sú členmi redakčnej rady odborného časopisu „Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia“, ktorí úzko spolupracujú s Medzinárodnou redakčnou radou časopisu, ktorej členmi sú Prof. dr sci. med. Vida Živanović, Medical College of Professional Studies Belgrade, Serbia; Assoc. Prof. Natalia Shygonska, PhD., RN Zhytomyr Nursing Institute, Ukrainian scientific and practical journal Master of Nursing, Ukraine; dr n. med. Ewa Molka, RN, Journal of modern nurses and midwives, Poland, MA. Renata Mroczkowska, RN Journal of modern nurses and midwives, Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Department of Cardiology, Congenital Heart Diseases and Electrotherapy with the Division of Pediatric Cardiology, Medical University of Silesia in Katowice, Poland; mgr Wojciech Nyklewicz, Journal of modern nurses and midwives, Poland; PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA, Department of Nursing, 2nd Medical Faculty of Charles University, Faculty Hospital Motol, Prague, Czech Republic; PhDr. Renáta Zoubková, RN,

University of Ostrava, Department of Intensive Medicine and Forensic Studies, Czech Republic; Andy Gibbs, BSc (Hons), MSc, PGCert, RN, Glasgow Caledonian University, Scotland UK; Dr. Alice Coffey, PhD, M.Ed, BA, RGN, RM, RNT., Director of Globalisation and Internationalisation /College Lecturer, Leader of Healthy Ageing Research Theme, Catherine McAuley School of Nursing and Midwifery, Brookfield Health Sciences Complex, University College Cork, Cork, Ireland; mag. Josip Božič, MSN, RN, specialists in anesthesia activities, President of the Expert Society for the Suppression of pain, Croatian Nurses Pain Society, Croatia. Takéto zloženie medzinárodnej redakčnej rady nášho odborného časopisu je aj zásluhou aktivít nielen členov výboru ale i mnohých členov sekcie AaIS. Je výsledkom aj jej medzinárodných aktivít. K takémuto zloženiu medzinárodnej redakčnej rady nášho odborného časopisu prispeli aj aktivity členov sekcie AaIS. Je výsledkom aj medzinárodných aktivít našej sekcie.

Uvádzame prehľad zahraničných aktivít a medzinárodnej spolupráce, na ktorých sa podieľali členovia Sekcie sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti SK SaPA. Im patrí vďaka za reprezentovanie slovenských sestier v zahraničí, ktoré sa nezaobišlo bez adekvátnej prípravy prednášok, vyhotovenia posterov, preštudovania danej problematiky pre diskusiu v odborných blokoch prednášok a aj prezentáciu názorov a skúseností počas okrúhlych stolov. Venovanie osobného času, precestovanie v niektorých prípadoch aj 2 x 1200 km vlakom. Traja členovia výboru sekcie prevzali od zahraničných partnerov Ďakovné listy za rozvoj zahraničnej a medzinárodnej spolupráce. Mnohé aktivity boli realizované s finančnou pomocou Občianskeho združenia pre podporu vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek: <http://www.sksapa.sk/obsah/obcianske-zdruzenie/podporene-aktivity.html>

Bližšie informácie nielen o uvedených aktivitách sú dostupné na: <http://www.sksapa.sk/obsah/odborne-sekcie/zoznam-odbornych-sekci/sekcia-sestier-prac-v-anesteziologii-a-intenzivnej-starostlivosti.html>

A na stránke: <https://www.facebook.com/pages/Sekcia-sestier-pracujucich-v-anesteziologii-a-intenzivnej-starostlivosti>

## **Záver**

Z domácej spolupráce chceme poukázať na prínosnú spoluprácu našej sekcie so Sekciou sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej medicíne, Slovenskej spoločnosti sestier, organizačnej zložky Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Členovia výboru sekcie sestier pracujúcich v AaSI sa na uvedených aktivitách podieľali skoro dennodennou komunikáciou (v osobnom voľne) so zahraničnými sesterskými organizáciami, organizačným zabezpečením zahraničných účastníkov na našich konferenciách a účasťou našich sestier na zahraničných vzdelávacích aktivitách.

**Korespondence:**

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.  
Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti  
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek  
Amurská 71  
821 06 Bratislava  
Email: helenagondar1@gmail.com

## PREVENCIA NOZOKOMIÁLNYCH PNEUMÓNIÍ

<sup>1</sup>Andrea Bratová, <sup>2</sup>Dagmar Bodáková

<sup>1</sup>Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva

<sup>2</sup>Fakultná nemocnica Nitra, Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny

### **Súhrn:**

*Ventilátorom asociované pneumónie predstavujú v intenzívnej starostlivosti veľmi častý a závažný zdravotnícky, ošetrovateľský i ekonomický problém. Dôležitou súčasťou pri starostlivosti o pacientov preto zohráva vzdelávanie a edukácia, ktoré môžu významne pomôcť v napredovaní starostlivosti a pri liečbe.*

### **Kľúčové slová:**

*Prevenicia; Ventilátorom asociovaná pneumónia; Nozokomiálna nákaza; Vzdelávanie*

## PREVENTION NOSOCOMIAL PNEUMONIA

### **Summary:**

*Ventilator-associated pneumonia is a very common and serious medical and nursing problem with huge negative impact to the patient outcome and to the hospital economy as well. An important part of patients care plays education, which can significantly help advance of the treatment and nursing care. In the paper we present intervention applied at the Department of Anesthesiology and Intensive Care unit of Nitra University Hospital.*

### **Keywords:**

*Prevention; Ventilator-associated pneumonia; Nosocomial infection; Education*

### **Úvod**

Mnohé zdravotnícke zariadenia sa riadia vlastnými protokolmi preventívnych opatrení v súlade s medicínou založenou na dôkazoch (EBM – Evidence based medicine – Medicína založená na dôkazoch) pod názvom best practice protocol a edukáciu realizujú formou kontinuálneho viacstupňového preventívneho programu pre lekárov i ošetrovateľský personál na všetkých úrovniach vrátane pravidelných odborných previerok (Rosenthal, 2010). Medzi jednotlivé podtypy v epidemiológii nozokomiálnych pneumónií zaradíme: Pneumónia získaná v komunite – Community – Acquired Pneumonia (CAP - Community Acquired Pneumonia - Pneumónia získaná v komunite) je komunitná pneumónia vyvolaná typickým alebo atypickým respiračným patogénom, ktorá vyžaduje hospitalizáciu. Pneumónia získaná v nemocnici – Hospital Acquired Pneumonia (HAP) je definovaná ako pneumónia, ktorá vznikla 48 hodín alebo neskôr po prijatí do nemocnice. Ventilátorom asociovaná pneumónia – Ventilator – Associated Pneumonia (VAP) je definovaná ako pneumónia, ktorá vznikla 48 hodín alebo neskôr po napojení pacienta na umelú pľúcnu ventiláciu prostredníctvom orotracheálnej alebo tracheostomickej kanyly. Za skorú formu VAP považujeme pneumóniu vznikajúcu do 96 hodín od počiatku UPV (umelá pľúcna ventilácia), VAP, s nástupom 96 hodín považujeme za neskorú formu (Gadani, 2010). Pneumónia spojená so zdravotníckou starostlivosťou – Health – Care –Associated Pneumonia (HCAP) je pneumónia diagnostikovaná u pacientov, ktorí: V ykazujú klinické známky pľúcnej infekcie a boli hospitalizovaný 2 a viac dní v rozmedzí posledných 90 dní. Žijú v domove

opatrovatelské služby alebo liečebni dlhodobo chorých. Užívali intravenózne antibiotiká, chemoterapeutická, alebo absolvovali ošetrovanie akejkoľvek rany v období posledných 30 dní od predchádzajúcej hospitalizácie. Podrobili sa hemodialýze z akýchkoľvek príčin (Gadani, 2010).

### **Vlastný text**

Intenzívna medicína za nozokomiálnu pneumóniu považuje infekciu, ktorej prvé klinické symptómy sa objavili 48 hodín po prijatí, pričom, musí byť zrejmé, že infekcia alebo jej inkubačná doba neprebíhala v okamihu prijatia do nemocničného zariadenia (Chroneou, 2007).

Rozvoju nozokomiálnych pneumónií možno zabrániť implementáciou programu prevencie, ktorý sa skladá z 6 základných pilierov:

1. Dodržiavanie nižšie uvedených preventívnych antiinfekčných opatrení.
2. Edukácia.
3. Dohľad nad klinickým výsledkom každého zahrnutého pacienta.
4. Procesný dohľad.
5. Spätná väzba incidencie VAP.
6. Spätná väzba antiinfekčných opatrení.

Medzinárodné konzorcium pre kontrolu nozokomiálnych infekcií, ktoré sa rozhodlo uskutočniť multicentrickú medzinárodnú štúdiu s názvom Efektívnosť multidimenzionálneho prístupu k prevencii ventilátorom asociovanej pneumónie, ktorej sa zúčastnilo 14 krajín na 4 kontinentoch. Štúdia trvala 12 rokov a 8 mesiacov od marca 1999 do januára 2011. základ metodiky tvorilo už uvedených 6 opatrení. Preventívne opatrenia boli stanovené na podklade odporúčaní Americkej spoločnosti pre epidemiológiu zdravotnej starostlivosti (SHCEA – Society for Health Care Epidemiology of America) a Americkej spoločnosti pre infekčné choroby (IDSA – Infectious Disease Society of America - Americká spoločnosť pre infekčné choroby) (Rosenthal, 2012).

### **Odporúčané opatrenia:**

1. Aktívny dohľad na VAP
2. Hand wash guidelines – protokol čistých rúk (17% zlepšenie).
3. Semirekumbentná poloha pacienta (zlepšenie o 6%).
4. Vedenie denného weaning – odvykacieho protokolu.
5. Antiseptická starostlivosť o ústnu dutinu.
6. Použitie neinvazívnej ventilácie via mask, akonáhle je to možné.
7. Preferencia orotracheálnej intubácie pred nazotracheálnou.
8. Udržiavanie tlaku v balóniku kanyly do 20 cm H<sub>2</sub>O.
9. Pravidelné odstraňovanie kondenzačnej tekutiny z ventilačného okruhu (zlepšenie o 5%).

10. Udržiavanie uzatvoreného ventilačného okruhu (zlepšenie o 27%).
11. Vymieňanie ventilačného okruhu podľa odporúčenie výrobcu.
12. Prevencia distenzie žalúdka.
13. Vyhnúť sa použitiu H<sub>2</sub> blokátorov protónovej pumpy.
14. Použitie sterilnej vody v humidifikátore.

Výsledkom štúdie bolo zníženie incidencie VAP o 55,83% (Rosenthal, 2012). Zmeniť incidencia a rozvoj VAP je možné jedine a výlučne zmenou správania, vnímania, poddajnosti a profesionálneho prístupu personálu na všetkých úrovniach. Edukácia je prvým krokom k úspešnej prevencii. Implementáciu troch základných prvkov preventívnej stratégie je kontinuálny dlhodobý proces (Rosenthal, 2010).

### **Metódy**

V rámci metód sme na snažili aplikovať prevenciu vo FN (Fakultná nemocnica) Nitra. Manažment prevencie VAP na KAIM (Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny) FN NITRA. Hlavným cieľom implementácie manažmentu prevencie VAP na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny vo Fakultnej nemocnici Nitra, ktorého cieľom je zefektívnenie prístupu k ventilovaným pacientom.

### **Opatrenia vo FN KAIM Nitra, zahŕňajú nasledovné:**

- Efektívny airway manažment.
- Prevencia gastroezofageálneho refluxu.
- Preferencia sucralfatu pred H<sub>2</sub> blokátormi.
- Starostlivosť o ústnu dutinu ako aplikácia selektívnej dekontaminácie, brushingu, shiveringu.
- Základné hygienické opatrenia ošetrojúceho personálu.
- Drenážna poloha pacienta.
- Polohovanie a rehabilitácia, sofistikované lôžka.
- Intermittentné zníženie analgosedácie, vedenie, weaning protokolu.
- Poklopová drenáž, podpora expektoračnej schopnosti.
- Starostlivosť o orotracheálnu a tracheostomickú kanylu.
- Používanie uzavretého systému odsávanie, sugblotické odsávanie.
- Udržiavanie sterility prístrojového okruhu vrátane zvlhčovačov.
- Používanie invazívnej kanyláčnej techniky s antimikrobiálnym filmom.
- Preferencia orotracheálnej a tracheostomickej kanyly pred nazotracheálnou.
- Včasná a efektívna i cieleňá antimikrobiálna liečba na základe systematickej invazívnej i neinvazívnej mikrobiologickej diagnostiky.

- Komplexná podpora vitálních funkcí, vrátane prevencie tromboembolických komplikácií.
- Preferencia enterálnej výživy pred parenterálnou.
- Včasná vertikalizácia a rehabilitácia.

Všetky opatrenia sú súčasťou manažmentu kvality na lôžkovej časti Kliniky anestéziológie a intenzívnej medicíny, sú zakomponované do príručky manažmentu kvality ako príprava na proces auditu.

Ventilátorom asociovaná pneumónia je najčastejšou príčinou mortality v kategórii prístrojovou technikou asociovaných infekcií - DAI- Device –Associated Infections. Zo všetkých typov DAI, práve VAP rozhodujúcim spôsobom zvyšuje nemocničnú mortalitu a zvyšuje finančné náklady. Prevencia predstavuje teda jediný spôsob, ako znížiť incidencia VAP, znížiť tým mortalitu kritických pacientov a znížiť finančné náklady na liečbu. V prevencii VAP vo všeobecnosti prevláda striktný hygienický režim personálu, s nutnosťou dlhodobej ventilácie, včasná tracheostomizácia a redukcia analgosedácie, selektívna dekontaminácia ústnej dutiny a skorá preferencia enterálnej výživy. U pacientov s poruchami vedomia je dokázaná vysoká efektivita včasnej parenterálnej profylaktickej antimikrobiálnej liečby.

#### **Záver:**

Dôsledná starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť v prevencii VAP zlepšiť stav u ventilovaných pacientov, taktiež i zlepšiť starostlivosti o pacientov.

Hnacím motorom pre prijatie rozmanitých protiepidemických opatrení sa môže stať zavedenie systému kvality v zdravotníckych zariadeniach či už sú to Medzinárodné ISO normy a akreditácia. Sestry sa spolupodieľajú na všetkých oblastiach prevencie nozokomiálnych nákaz v teoretickej i praktickej rovine. Vytváranie smerníc, štandardov a edukačných plánov pomáha k stanoveniu jasných kritérií, ktoré zaistia praktické zavedenie výkonu za podmienok dodržania všetkých hygienicko-epidemiologických zásad. K základnému preventívnemu opatreniu v prevencii nozokomiálnych nákaz radíme zodpovedne realizované surveillance vo všetkých zdravotníckych zariadeniach. Ak nesledujeme a nemáme prehľad o nozokomiálnych nákazách, nie je možné vytvárať opatrenia a závery s preventívnymi opatreniami (Červeňanová, Blažejová, 2011).

#### **Literatúra:**

1. CHRONEOU, A., ZIAS, N., BEAMIS, J. F. JR. et al. (2007) Healthcare – associated pneumonia: principles and emerging concept on management. In *Expert opinion on pneumacotherapy*. ISSN 1465-6566, 2007, roč. 8, č. 18, s. 3117 – 3131.
2. ČERVEŇANOVÁ, E. – BLAŽEJOVÁ, A. (2011) Edukácia zdravotníckych pracovníkov v nových trendoch hygienického režimu ako prevencie nozokomiálnych ochorení. In *Nozokomiální nákazy* [online]. 2011, č. 3. ISSN 1336-3859. [cit. 2015-06-18]. Dostupné z: [http://www.mediconsulting.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=75&Itemid=28](http://www.mediconsulting.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=28)
3. GADANI, H., VYAS, A., KAR, A. K. (2010) A study of ventilator – associated pneumonia: incidence, outcome, risk, factor, and measures to be taken for

- prevention. In *Indian journal of anaesthesia*. ISSN 019-50449, 2010, roč. 54, č. 6, p. 535 - 540.
4. ROSENTHAL, V. D., MAKI, D., G., JAMULITRAT, S., et al. (2010) International Nosocomial Infection Control Consortium (INCC) report data summary for 2003-2008 issued June 2009. In *American journal of infection control*. ISSN 0196-6553, 2010, roč. 38, č. 2, s. 95-104.e.2
  5. ROSENTHAL, V. D., RODRIGUES, C., ÁLVAREZ – MORENO, C., et al. (2012) Effectiveness of multidimensional approach for prevention of ventilator-associated pneumonia in adult intensive care units from 14 developing countries of four continents: findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. In *Critical care medicine*. ISSN 0090-3493, 2012, roč. 40, č. 12, p. 3121 – 3128.

**Korespondence:**

[andrea.bratova@truni.sk](mailto:andrea.bratova@truni.sk);

[bodakova.dagmar@gmail.com](mailto:bodakova.dagmar@gmail.com)



## **EORNA KONGRES ŘÍM 2015**

**Jana Wichsová**

Centrální operační sály pro dospělé FN Motol

### **Souhrn:**

*Příspěvek představuje organizaci EORNA, pojednává o průběhu VII. Kongresu EORNA v Římě, stručně uvádí nejzajímavější příspěvky a upozorňuje na novou publikaci EORNA Standardy.*

### **Klíčová slova:**

*EORNA, perioperační péče, EORNA kongres*

## **EORNA CONGRESS ROME 2015**

### **Summary:**

*VII. EORNA Congress in Rome is the aim of the presentation, discusses about the association EORNA, briefly presents the most interesting contribution and points to a new publication The EORNA Standards.*

### **Key words:**

*EORNA, perioperative care, EORNA Congress*

## **EORNA – European Operating Room Nurses Association**

Evropská asociace sálových sester vznikla v r. 1992. Sdružuje v současné době 28 členských zemí a stále se rozrůstá. Česká republika je jejím členem od 90. let. Pravidelná pracovní setkání organizuje 2x ročně. Členky výboru EORNA se ještě mimo hlavní jednání řeší speciální odborné úkoly v pracovních skupinách:

- Edukační
- Organizační
- Vědecko-výzkumná
- Propagační
- Perioperační péče

**Cílem práce EORNA** je zvyšování prestiže perioperačních sester, jejich vzdělávání, vymezení kompetencí, tvorba standardů, péče o kvalitu perioperační péče. Mimoto pořádá mezinárodní kongres doposud jednou za 3 roky a od letošního roku jedenkrát za 2 roky.

Dosavadní místa konání kongresů EORNA byly:

- 1997 Brusel
- 2000 Bergen
- 2003 Herakleion
- 2006 Dublin
- 2009 Kodaň
- 2012 Lisabon
- 2015 Řím

## VII. EORNA KONGRES ŘÍM 2015 byl 7.-10. 5. 2015.

Jeho mottem bylo heslo: *Umění perioperační péče: neustále se vyvíjející.*

Tohoto mezinárodního setkání perioperačních sester se zúčastnilo více než 1300 delegátů ze 43 zemí. Na kongresu zaznělo více než 90 prezentací a prezentováno bylo na 180 posterů. Tématem odborných sdělení bylo:

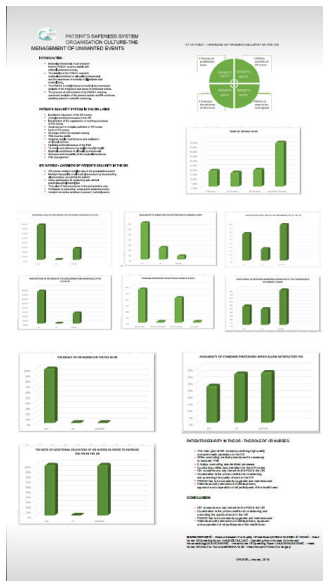
- Vzdělávání
  - Celoživotní
  - Nesesterské profese na OS
- Týmová práce
- Prevence infekce
- Management perioperační péče
- Bezpečnost
  - Normotermie
  - Chirurgický kouř
  - Prevence dekubitů

Nejlepší přednášky i postery byly odměněny. Mezi orálními prezentacemi to byla přednáška irské kolegyně Teresy Donnelly „*Dva, čtyři, šest, osm.. Zastav se a počítej, než bude pozdě.*“, která tematizuje prevenci ponechání materiálu v chirurgické ráně. Jako nejlepší byl ohodnocen poster Belgičana Oliviera Williama „*Bezpečná chirurgie zachraňuje životy. Vliv na denní činnosti sálového personálu.*“ (Obrázek 1) Oceněny byly i postery Margaret Givern z Irska „*Bezpečné nakládání s ostrými předměty*“ (Obrázek 3) a Chorvatky Ivanky Budišelič „*Pacientovo bezpečí v kultuře organizace – management nenadálých příhod na operačním sále.*“ (Obrázek 2)

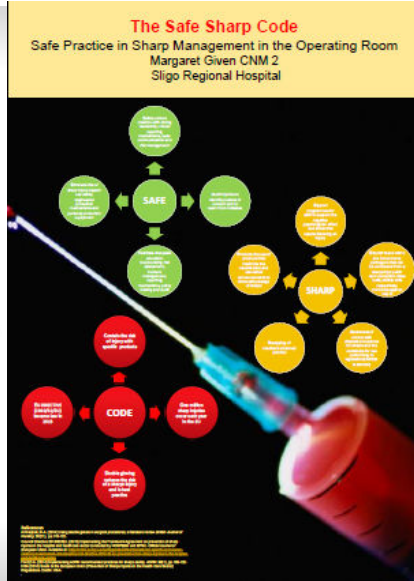
Obrázek 10



Obrázek 11



Obrázek 12



EORNA využila letošního kongresu k představení **Standardů EORNA** (Obrázek 4) pro jejichž záhlaví využila citát *Florence Nightingale*: „Ničeho bychom nedosáhli, nebýt nespokojených“

V publikaci jsou uvedeny:

**Zásady :**

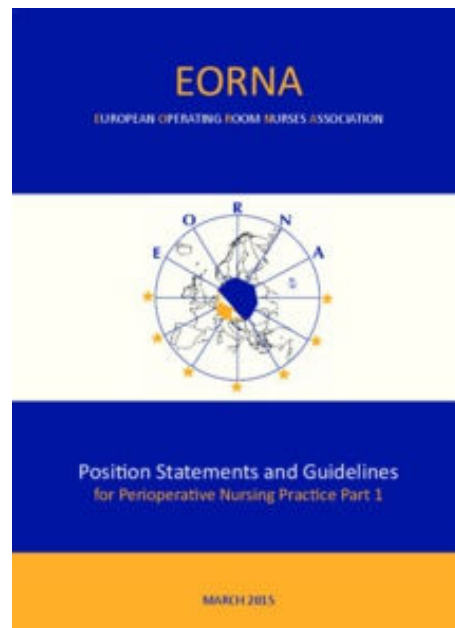
- Péče založené na důkazech
- Personální zabezpečení PP
- Uplatňování EN 13795
- Volného pohybu profesionálů
- Posgraduálního vzdělávání perioperačních sester
- Prevence poranění ostrým předmětem
- Použití WHO checklistu
- Ošetřování pacienta s Ebolou

**Standardy PP EORNA**

**Bezpečnost pacienta a zaměstnance**

- Normotermie
- Počítání roušek, jehel a nástrojů
- Laserová bezpečnost
- Ostré předměty
- Latexové alergie

Obrázek 13



- Turnikety
- Polohování
- WHO checklist
- Radiační bezpečnost
- Chemická bezpečnost
- Biologický materiál
- Elektrochirurgie

### **Standardy PP EORNA**

#### Prevence infekce

- Pomůcky na jedno použití
- Oblečení
- Bariérový režim
- Biologické vzorky
- Pláště a rukavice
- Prevence infekce
- Příprava operačního pole
- Aseptické techniky
- Hygiena rukou

Přednáška „*Aktuální problémy IMCHV*“, kterou přednesla **Judith Tanner** z Velké Británie z University of Nottingham, zaujala svou otevřeností i osobností přednášející. Autorka prezentovala svůj výzkum, ve kterém oslovila 17 pacientů, kteří byli postiženi infekcí v místě chirurgického výkonu. V průběhu kvalitativního šetření odhalila, že 9 z nich vůbec nebylo informováno o příčině svých potíží. Přestože rána vykazovala všechny obecně známé příznaky infekce (otok, zarudnutí, teplotu, bolest) a navíc byl přítomen zánětlivý sekret, v dokumentaci byl zánět opakovaně negován. Podobně i u pacienta, který byl opakovaně operován, byla mu podávána troje antibiotika, chyběla informace o zánětu v ráně. Profesorka Tannerová se pacientů ptala i na příčiny jejich potíží a odpovědi byly rozmanité a překvapivé: „spal jsem na boku“, „nenosila jsem mateřské kalhoty“, „nepečoval jsem o ránu“ (v případě hluboké IMCHV), „je to prostě smůla“, „je to jediná infekce, která se panu doktorovi stala“. Odpovědi špatně informovaných pacientů svádí k pousmání. O to smutnější jsou jejich další komentáře:

„bojím se propuštění“, „nevím komu zavolat“, „bojím se, že doma nikdo nebude“, „nechce se mi žít“

Tannerová upozornila na nutnost surveillance, která je nedostatečná. Oficiální statistika hovoří dlouhodobě o 0,7 – 10,6 % IMCHV, ale pokud počítala ranné infekce sama po dobu 30 dní, vyšlo jí 27% IMCHV. Mimoto doporučovala konkrétní zodpovědnost za konkrétní úkony.

**Geert Driessen** z firmy 3 M, který je známým a vyhledávaným řečníkem ve svém příspěvku sledoval dopady infekcí z trochu jiného hlediska. Vyčíslil průměrné náklady na jednu chirurgickou infekci na ohromujících 97 433,-\$. Neváhal totiž započítat i úslou mzdu nemocného a jeho blízkých, kteří byli nuceni se vzdát výdělku, aby o něj mohli pečovat.

Bohužel mi rozsah tohoto příspěvku nedovoluje hovořit o všech shlednutých přednáškách, a proto jsem se podrobněji mohla věnovat jen těm nejzajímavějším.

VII. EORNA KONGRES byl opravdovým svátkem perioperačního ošetřovatelství, který všechny účastníky obohatil o řadu zkušeností pro jejich další praxi.

**Literatura:**

U autorky.

**Korespondence:**

Mgr. Jana Wichsová  
Centrální operační sály pro dospělé FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
Email: [Jana.Wichsova@fnmotol.cz](mailto:Jana.Wichsova@fnmotol.cz)

## VYSOKOŠKOLSKÉ VZDELÁVANIE NELEKÁRSKÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV V ODBORNOM A ETICKOM KONTEXTE

<sup>1</sup>Tatiana Rapčíková, <sup>2</sup>Michaela Harabišová

<sup>1</sup>Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Slovenská republika

<sup>2</sup>Zdravotnícká záchranná služba Moravskoslezského kraje, Česká republika

### **Súhrn:**

*Hlavným cieľom tohto príspevku je zdôrazniť zmeny súvisiace s vysokoškolským vzdelávaním nelekárskych zdravotníckych pracovníkov v Slovenskej republike po roku 1990 v zmysle požiadaviek a štandardov Európskej únie. Autorky nekladú dôraz len na odbornú prípravu študentov, ale aj na etiku majúcu rozhodujúci význam špeciálne pre ľudí pracujúcich v pomáhajúcich profesiách, pričom zdôrazňujú, že zdravotnícki pracovníci nemôžu byť skutočnými profesionálmi bez etiky. Autorky predstavujú proces komplexnej akreditácie v Slovenskej republike hodnotiaci kvalitu vysokoškolského vzdelávania nelekárskych zdravotníckych pracovníkov, jeho pozitíva i negatíva.*

### **Kľúčové slová:**

*Vzdelávanie; Vysoká škola; Nelekárski zdravotnícki pracovníci; Etika; Akreditácia*

## UNIVERSITY EDUCATION OF NON-MEDICAL HEALTH CARE WORKERS IN A PROFESSIONAL AND ETHICAL CONTEXT

### **Summary:**

*The main ambition of this article is to highlight on the changes connected to university education of non-medical health care workers in Slovakia after 1990 according to European Union requirements and standards. The authors have focused not only professional education and preparation of the students, but also on the ethics having a decisive meaning especially for people working in so called helping professions. Any healthcare worker can't be a read professional without it. The authors introduce accreditation process evaluating a quality of the university education of non-medical health care workers in Slovakia, it's positives and negatives.*

### **Key words:**

*Education; University; Non-medical health care workers; Ethics; Accreditation*

### **Úvod**

Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti je dnes aktuálnou témou nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v širokej verejnosti. Pacienti očakávajú, že im budú poskytnuté kvalitné, efektívne a štandardné služby a zdravotnícki pracovníci očakávajú prostredie a vybavenie, v ktorom by bolo možné tieto služby poskytovať. Možno namietat', že kvalita predsa nemôže závisieť len od prostredia, vybavenia a iných

materiálních vecí. Samozřejmě, že nemůže, protože vo veľkej miere závisí od spoluzúčastnených ľudí. Od ich nadšenia, zaujatia, ochoty, šikovnosti, spokojnosti, a v neposlednom rade aj od ich vzdelania (Kováčiková, 2008, s. 116).

Vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, ako hlavných predstaviteľov tzv. pomáhajúcich profesií, nemôže byť zamerané len na odbornú stránku ich profesie. Jeho neoddeliteľnou súčasťou je štúdium humanitných vedných disciplín, z ktorých prioritné postavenie má zdravotnícka etika a psychológia. Práve uvedené disciplíny prispievajú k zmene pohľadu na chorého, hendikepovaného a mnohokrát bezbranného človeka a formujú postoje študentov i zdravotníckych pracovníkov v tom, aby v chorom nevideli len „poistenca“, ale predovšetkým jedinca, ktorému je potrebné pomôcť, poradiť a chrániť ho.

Je nevyhnutné, aby odborná i etická rovina vysokoškolského vzdelávania nelekárskych zdravotníckych pracovníkov reflektovala nielen celospoločenské zmeny, ale aj požiadavky a celoeurópske vzdelávacie kritériá vyplývajúce z direktív Európskej únie a Európskej komisie.

### **Vlastný text**

Pre zdravotnícku profesiu je typická práca v tíme, v ktorom každý člen zastáva svoju nezastupiteľnú úlohu. Okrem lekárov, ktorých základnou úlohou je diagnostikovať a liečiť, sa na zdravotnej starostlivosti, množstve rôznorodých diagnostických a terapeutických výkonov súvisiacich so starostlivosťou o chorých, ale majúci aj preventívny charakter, podieľajú tzv. nelekárski zdravotnícki pracovníci (ďalej NZP), z ktorých najpočetnejšiu skupinu predstavujú sestry. K danej skupine NZP získavajúcich odbornú spôsobilosť vysokoškolským štúdiom zaraďujeme aj pôrodné asistentky, fyzioterapeutov, zdravotníckych záchranárov, zdravotníckych laborantov, rádiologických asistentov, asistentov výživy, príp. absolventov iných študijných odborov.

V Slovenskej republike je možné vzdelávanie vo vyššie uvedených študijných odboroch na viacerých vysokých školách, z ktorých najpočetnejšiu skupinu - v počte päť predstavujú verejné vysoké školy, zvyšné tri reprezentuje štátna, súkromná a cirkevná vysoká škola. Ide o nasledovné vysoké školy:

Fakulta zdravotníctva a Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií  
Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská univerzita Trnava

Fakulta sociálních vied a zdravotníctva Univerzita Konštantína Filozofa Nitra

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovská univerzita Prešov

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Ústav ošetrovateľstva Jeseniova lekárska fakulta Univerzita Komenského Bratislava so sídlom v Martine

Ústav ošetrovateľstva Lekárska fakulta Univerzita Pavla Jozefa Šafárika Košice

Penzum študijných odborov, akreditovaných študijných programov a ich obsahov i formy štúdia na jednotlivých vysokých školách sú variabilné.

V súlade s kritériami smernice Európskej únie dôležitými z hľadiska prípravy študentov na tzv. regulované povolania (sestra, pôrodná asistentka), dochádza začiatkom 90-tych rokov minulého storočia k transformácii vzdelávania NZP, a to predovšetkým sestier, pôrodných asistentiek, fyzioterapeutov, zdravotníckych záchranárov... Prioritným cieľom transformácie bolo zlepšenie úrovne zdravotnej starostlivosti realizovanej absolventmi vysokoškolského štúdia, ktorí na vysokoškolské štúdium nastupujú po úspešnom absolvovaní strednej školy a nielen fyzicky, ale predovšetkým psychicky a emocionálne zrelší v porovnaní s predchádzajúcim obdobím. Podľa Farkašovej (2004, s. 6) uvedená vzdelávacia stratégia vytvára vhodné podmienky na prípravu NZP, ktorí budú pôsobiť ako vzdelaní a kompetentní profesionáli v transformovanom zdravotníctve.

Z dôvodu hlbšieho poznania a chápania chorého človeka, je nevyhnutné intenzívnejšie sprístupňovanie psychologických a etických poznatkov študentom. I to je jeden zo spôsobov vytvorenia predpokladov pre zlepšenie vzájomných vzťahov medzi aktérmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi, a tým i zvýšenia etickej úrovne zdravotníctva vo všeobecnosti. Príčiny rezerv v etických postojoch zdravotníckych pracovníkov vždy nespočívajú len v nich samotných. Neraz ide o objektívne dôvody, ktorých riešenie vyžaduje diskusie a zmeny. Ako príklad môžeme uviesť predovšetkým nepriaznivú atmosféru v spoločnosti, ktorá sa prenáša i na pracoviská, narušené interpersonálne vzťahy na pracovisku, nedostatočný počet zdravotníckych pracovníkov a ich enormnú pracovnú zaťaženosť, nedostatočné finančné ohodnotenie fyzicky i psychicky náročnej práce nelekárskych zdravotníckych pracovníkov, vo všeobecnosti ich málo výrazný spoločenský status, a podobne.

Problémy sú i v oblasti kompetencií NZP s rôznym stupňom dosiahnutého vzdelania. Daná situácia je najmarkantnejšia u sestier. I napriek tomu, že mnohé sestry dosiahli



vysokoškolské vzdelanie, nie sú doriešené ich kompetencie v ošetrovateľskom tíme, čoho dôsledkom je skutočnosť, že „všetci robia všetko“ (Rapčíková, 2013, s. 82-83).

V kontexte s potrebami praxe a obsahom vysokoškolského vzdelávania práve predmet zdravotnícka etika pomáha formovať adekvátne postoje študentov k rôznorodo chorým a hendikepovaným pacientom. Prostredníctvom účinne zvolených vhodných vyučovacích metód je možné kreovať adekvátne etické postoje a morálne svedomie súčasných i budúcich poskytovateľov zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.

Neuplynie deň, kedy by lekári, sestry a ďalší zdravotnícki pracovníci nemuseli riešiť etické otázky - mnohokrát bez vedomej analýzy a akoby mimochodom koná každý z nich hodnotové sudy a od nich závisiace rozhodnutia, ktoré môžu ovplyvniť tak ich vlastné životy, ako aj životy pacientov. V danom kontexte je zdravotnícka etika aj náukou o tom, ako sa rozhodovať v existenciálnom hodnotovom priestore, kde existuje dobré i zlé, prospešné i škodlivé (Adamczyk, 2011, s. 19).

Identické stanovisko zastávajú autorky Švadlenová a Nečasová (In: Baštecká, 2009, s. 96), ktoré konštatujú, že „etiku je nutné vnímať ako neoddeliteľnú súčasť každej pomáhajúcej profesie. Pomáhajúci, rovnako ako všetci ostatní ľudia, zastávajú určité postoje, na základe ktorých sa rozhodujú. Tieto postoje bývajú výsledkom osobných skúseností alebo môžu mať formu predsudkov. Ak pomáhajúci nie je schopný sebareflexie, môže to mať vážny dopad na užívateľa a celý profil služby. Preto je nutné, aby sa etika na kvalitatívnej úrovni stala súčasťou celoživotného vzdelávania každého pomáhajúceho a aby bola podporovaná po celú dobu výkonu profesie.“

V tomto kontexte Palovičová (In: Fobel, 2012, s. 33) zdôrazňuje, že „dôsledné napĺňanie rešpektu k ľudskej dôstojnosti, rovnosti a spravodlivosti je aj jedným z ukazovateľov kvality služby“.

Z vyššie uvedených vyjadrení odborníkov je zrejmé, že etiku nie je možné chápať len ako dobrú vec, na realizáciu ktorej nemáme dostatok času alebo iba ako jeden z mnohých predmetov dotvárajúci ucelený rámec príslušného študijného programu, ale ako činiteľ významnou mierou participujúci na kreovaní morálneho portfólia každého zdravotníckeho pracovníka. Mnoho pacientov nedokáže a ani nemá možnosť posúdiť odbornú stránku zdravotnej starostlivosti, ale jej etický rozmer dokáže vycítiť a posúdiť každý prijímateľ zdravotníckych služieb.

V kontexte s hodnotením kvality vysokoškolského vzdelávania vo všetkých jeho aspektoch, vrátane rešpektovania legislatívnych noriem a ich implementovania do študijných programov jednotlivých študijných odborov sa v rokoch 2014 a 2015 v

Slovenskej republike uskutočnila komplexná akreditácia vysokých škôl. Špecifikom komplexnej akreditácie súvisiacej s vysokými školami podieľajúcimi sa na vzdelávaní a odbornej príprave NZP bolo dvojúrovňové posúdenie akreditačných materiálov, a to:

1. Ministerstvom zdravotníctva SR (ďalej MZ SR), ktorého kladné stanovisko garantuje odbornú spôsobilosť absolventov príslušnej vysokej školy,
2. Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR (ďalej MŠVV a Š SR) posudzujúceho okrem vzdelávacích (pedagogických) aj iné kritériá, z ktorých prioritné postavenie zaujíma oblasť vedy a výskumu.

Príprava akreditačných materiálov v zmysle požiadaviek akreditačnej komisie si vyžadovala enormné pracovné nasadenie vysokoškolských učiteľov i ďalších pracovníkov (napr. úseku informačných technológií). Z nášho hľadiska za najväčšie pozitívum komplexnej akreditácie považujeme predovšetkým kreovanie nových, resp. prehodnotenie pôvodných študijných programov v súlade s platnou legislatívou, inovovanie pôvodných, resp. vypracovanie nových informačných listov, okrem iného zohľadňujúcich i pracovnú záťaž študenta, kladenie akcentu na adekvátne personálne obsadenie jednotlivých predmetov a zmapovanie úrovne vedecko-výskumnej činnosti vysokej školy. Za najmarkantnejší problém spojený s procesom komplexnej akreditácie považujeme zabezpečenie garantovania vybraných študijných programov, predovšetkým ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie v zmysle kritérií ministerstva zdravotníctva. Uvedeným kritériám je neraz problematické vyhovieť nie z dôvodu nízkej motivácie a nedostatočnej snahy vysokoškolských pedagógov, ale predovšetkým z dôvodu, že v Slovenskej republike v súčasnosti nie je možné habilitovať a inaugurovať vo vednom odbore ošetrovateľstvo, resp. v ďalších nelekárskych zdravotníckych vedách. To má za následok, že na niektorých vysokých školách v najbližšom období nebudú aktívované študijné odbory pôrodná asistencia - bakalárske štúdium a ošetrovateľstvo - magisterské štúdium.

I v kontexte s vyššie uvedeným sa v júni 2016 na pôde Univerzity Mateja Bela (ďalej UMB) v Banskej Bystrici uskutočnilo celoslovenské stretnutie vedúcich predstaviteľov rôznorodých akademických ustanovizní (rektorov, prorektorov, dekanov, prodekanov) so zástupcami MŠVV a Š SR. V súvislosti s procesom komplexnej akreditácie vyvstali i mnohé ďalšie otázky. Ich opodstatnenosť determinovali viaceré situácie, s ktorými sú predstavitelia vysokoškolských inštitúcií pomerne často konfrontovaní. Väčšina akademických funkcionárov sa zhodla v názore, že zámer komplexnej akreditácie ako evaluačného nástroja kvality vysokoškolského vzdelávania je správny, avšak ako

jednoznačný problém sa javí administrácia celého procesu (napr. akreditačný spis UMB pozostával z 11 000 strán). Z uvedeného vyplýva, že akreditácia v súčasnej podobe sa o šesť rokov nemôže opakovať a je potrebné ju modifikovať.

Rôznorodé úlohy, otázky a problémy súvisiace s vysokoškolským vzdelávaním študentov v nelekárskych zdravotníckych odboroch rieši i Asociácia vysokoškolských vzdelávateľov v nelekárskych zdravotníckych vedách (ďalej asociácia) založená v akademickom roku 2014/2015. Asociácia združuje veľkú väčšinu vysokých škôl zameraných na vysokoškolské vzdelávanie budúcich NZP. Jej predsedom je prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc., dekan Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Na základe uznesenia z posledného stretnutia asociácie konaného na pôde Fakulty zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici v júni 2015 je potrebné pripraviť návrhy za oblasť vzdelávania i za oblasť vedy a výskumu na jesenné zasadnutie asociácie, na ktoré sú pozvaní zástupcovia dvoch kľúčových ministerstiev - MZ SR a MŠVV a Š SR.

### **Záver**

Vzdelávanie nelekárskych zdravotníckych pracovníkov nekončí prevzatím vysokoškolského diplomu. Ide o cyklický proces nadobúdania vedomostí a praktických zručností v súlade s vedecko-technickým pokrokom. Súčasťou tohto procesu je i formovanie morálneho profilu zdravotníckeho pracovníka, pretože absencia morálnych hodnôt, cností typických pre zdravotnícke povolanie, empatie a adekvátnej komunikácie predstavuje jednu z príčin dehumanizácie zdravotníctva. Je nevyhnutné, aby komplexná akreditácia, ako nástroj hodnotenia kvality vysokoškolského vzdelávania NZP, pamätala i na tieto atribúty, pretože komplexnosť zdravotníckeho pracovníka predstavuje symbióza odborného vzdelania spoločne so zvnútornením morálnych zásad založených na konaní dobra a pomoci všetkým, ktorí sú na túto pomoc odkázaní.

### **Literatúra**

1. ADAMCZYK, R. (2011) Etika pro život - aktuální problémy zdravotní péče. In *Florence*, 2011, roč. 7, č. 9, s. 19-21. ISSN 1801-464X
2. FARKAŠOVÁ, D. (2004) Stratégia ošetrovateľského vzdelávania. In *Ošetrovateľský obzor*, 2004, roč. 1, č. 1-2, s. 6. ISSN 1336-5606
3. KOVÁČIKOVÁ, B. (2008) Kvalita poskytovanej zdravotnej starostlivosti. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík*, 2008, roč. 14, č. 3, s. 116. ISSN 1335-5090

4. PALOVIČOVÁ, Z. (2012) Aplikovaná etika: profesionálne kompetencie a možnosti praktickej implementácie. In Fobel, P. a kol. *Etika&Poradenstvo&Prax*, 1. vyd. Banská Bystrica: FHV UMB, 2012, s. 26-34. ISBN 978-80-557-0385-5.
5. RAPČÍKOVÁ, T. (2013) *Práva pacientov v etickom a ošetrovateľskom kontexte*, 1. vyd. Banská Bystrica: Agentúra MP, 2013, 96 s. ISBN 978-80-971453-0-9.
6. ŠVADLENOVÁ, J., NEČASOVÁ, M. (2009) Etika v pomáhajících profesích. In Baštecká, B. et al. *Psychologická encyklopedie~Aplikovaná psychologie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 92–97. ISBN 978-80-7367-4470-0.

### **Kontaktná adresa**

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.  
Fakulta zdravotníctva SZU  
Sládkovičova 21  
974 01 Banská Bystrica  
Email: tatiana.rapcikova@szu.sk

Mgr. Michaela Harabišová  
Jiráskova 566  
738 01 Frýdek Místek  
Email: harabisova.m@seznam.cz

## ZÍSKÁVÁNÍ A PROHLUBOVÁNÍ PRAKTICKÝCH KOMPETENCÍ VŠEOBECNÝCH SESTER OČIMA STUDENTEK KOMBINOVANÉ FORMY STUDIA

**Daniel Jirkovský**

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Příspěvek obsahuje stručný přehled požadavků souvisejících se získáváním a s prohlubováním praktických kompetencí všeobecných sester v bakalářském studijním programu Ošetřovatelství a výsledky pilotního dotazníkového šetření mezi studentkami kombinované formy studia 2. LF UK. Překvapivě pozitivněji hodnotí význam a přínos odborné ošetřovatelské praxe ve FN Motol studentky z praxe, starší studentky a studentky, které dřívějším studiem získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry než studentky - absolventky středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent.*

**Klíčová slova:** ošetřovatelství, studium, praktická výuka

## ACQUIRING AND IMPROVING PRACTICAL COMPETENCES OF GENERAL NURSES THROUGH EYES OF COMBINED FORM STUDY STUDENTS

### **Abstract:**

*Contribution contains brief overview of requirements related with acquiring and improving practical competences of general nurses in Nursing bachelor degree program and results of pilot survey between combined form study students of Second medical faculty Charles of University. Surprisingly enough more positively is reviewed importance and benefit of professional nursing practise in Motol University Hospital by older students and students who gained its competence for a profession of a general nurse earlier than those who graduated from health high schools in medical assistant discipline.*

**Key words:** nursing, study, practical training

### **Úvod:**

Chápeme – li kompetence jako soubor pravomoci a odpovědností spojený s výkonem určitého pracovního místa, neměla by odborná ošetřovatelská praxe vést pouze k získávání instrumentálních dovedností (přestože je to jejím hlavním cílem), ale také by měla být nástrojem pro propojení teorie s klinickou praxí. V rámci kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství se setkáváme se třemi základními skupinami studentů – se studenty, kteří již získali odbornou způsobilost k výkonu povolání Všeobecné sestry; se studenty, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu povolání Zdravotnického asistenta a seč studenty bez předchozí zdravotnické kvalifikace. Každá z těchto skupin nahlíží na vlastní ošetřovatelskou praxi v průběhu studia jinak. Cílem této práce je prezentovat výsledky pilotního šetření, kterým jsme

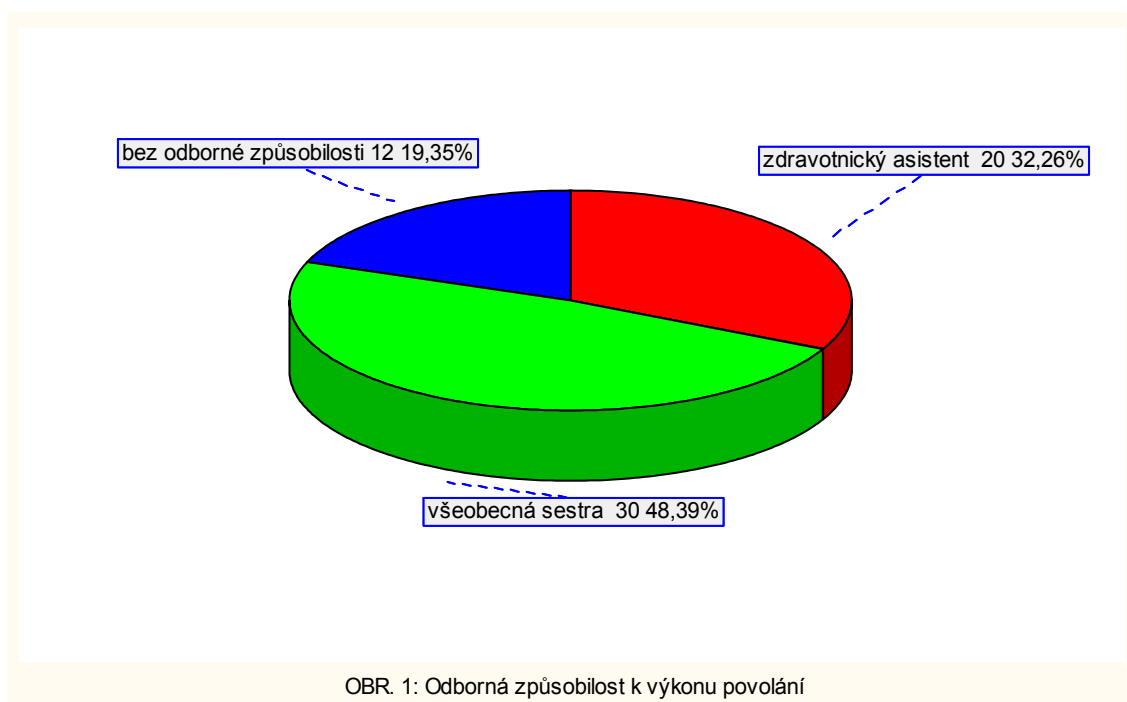
chtěli zmapovat názory našich studentů na odbornou ošetrovatelskou praxi a na další okolnosti realizace bakalářského studia Ošetrovatelství na LF.

#### **Organizace šetření a metodika:**

Vlastní šetření proběhlo na konci letního semestru akademického roku 2013-2014. Studentům prvního a druhého ročníku kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na 2. LF UK byl zadán jednoduchý anonymní dotazník, jehož zjišťovací otázky byly pouze uzavřené výběrové. Sebraná data byla roztříděna a převedena do datových listů v MS EXCEL. Následně byla data statisticky testována v programu STATISTICA CZ 12. Vzhledem k tomu, že se jednalo o poměrně jednoduchý dotazník a cílem statistického testování bylo pouze posouzení statistické významnosti zjištěných rozdílů mezi jednotlivými skupinami respondentů, postačoval ke statistickému posouzení jen Chí kvadrát s Yatesovou korekcí.

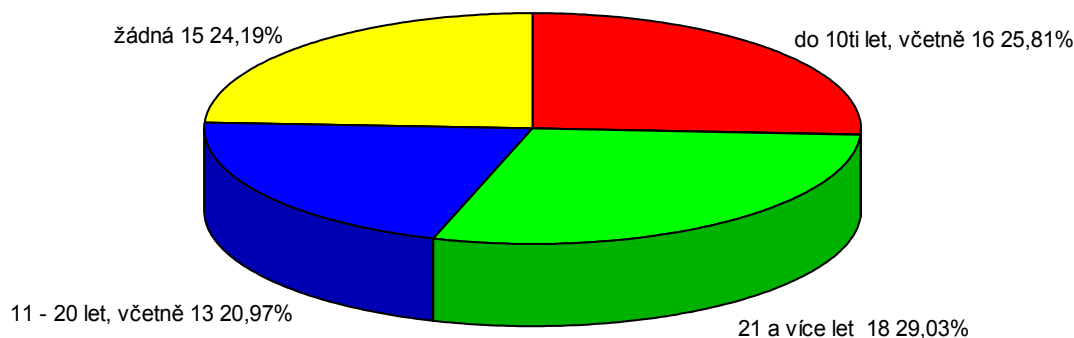
#### **Charakteristika souboru:**

Soubor respondentů tvořili studenti kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na 2. LF UK v Praze. Dotazník byl zadán celkem 68 studentům. Dotazník vyplnilo a odevzdalo celkem 62 studentů, návratnost tedy činila 91,18 %. V souboru respondentů bylo 60 žen (96,77 %) a jen 2 muži (3,23 %). V následujícím obr. č. 1 je znázorněna kvalifikační struktura účastníků šetření.



Z obrázku č. 1 vyplývá, že v souboru respondentů bylo nejvíce všeobecných sester (n = 30; 48,39 %) a dále zdravotnických asistentů (n = 20; 32,26 %). Početně nejmenší skupinu tvořili respondenti bez odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (n = 13; 19,35 %).

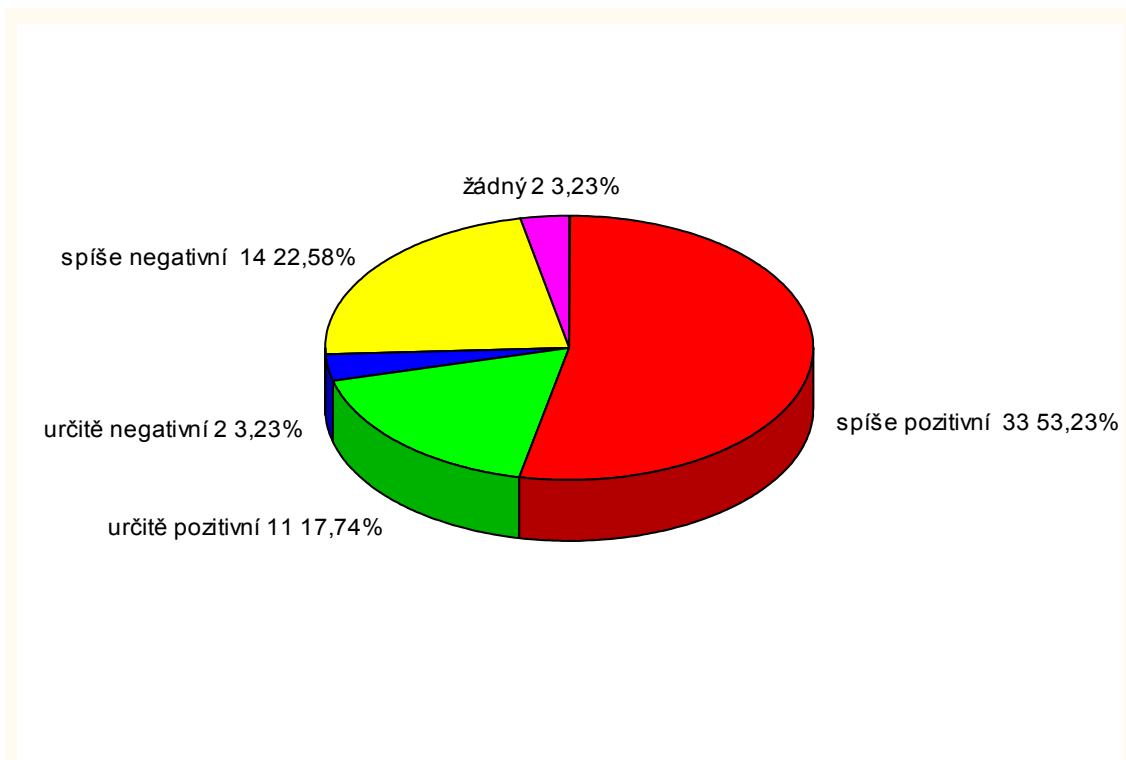
V následujícím obrázku č. 2 je vizualizována délka odborné praxe dotazovaných studentů a studentek. Nejpočetnější zastoupení měli respondenti s praxí 21 a více let (n = 18; 29,03 %), dále respondenti s praxí do 10ti let (n = 16; 25,81 %) a účastníci šetření bez praxe (n = 15; 24,19 %). V souboru bylo nejméně respondentů, kteří měli praxi v intervalu 11 – 20 let (n = 13; 20,97 %).



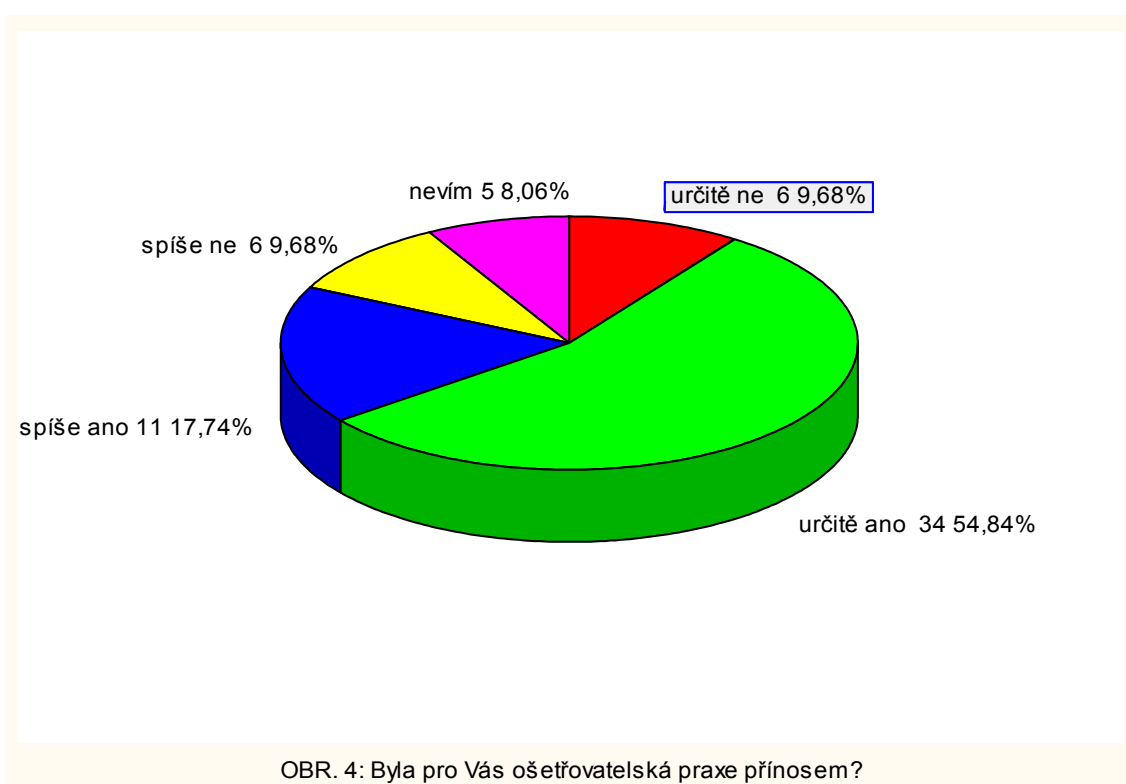
OBR. 2: Délka odborné praxe

### Výsledky:

Výsledky vlastního šetření jsou vizualizovány v následujících výšečových diagramech. U položky „*Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?*“ odpovědělo nejvíce studentů v pozitivním pásmu odpovědí, tj. označením varianty „*určitě pozitivní*“ a „*spíše pozitivní*“ (n = 44, 70,97 %). „*Spíše negativní*“ nebo „*určitě negativní*“ vliv praxe během studia na formování názoru respondentů na povolání všeobecné sestry byl zaznamenán u 16 dotazovaných (25,81%). Pouze 2 účastníci šetření (3,23 %) uvedli, že ošetrovatelská praxe v průběhu studia neměla žádný vliv na formování jejich názoru na výkon povolání všeobecné sestry.



OBR. 3: Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?

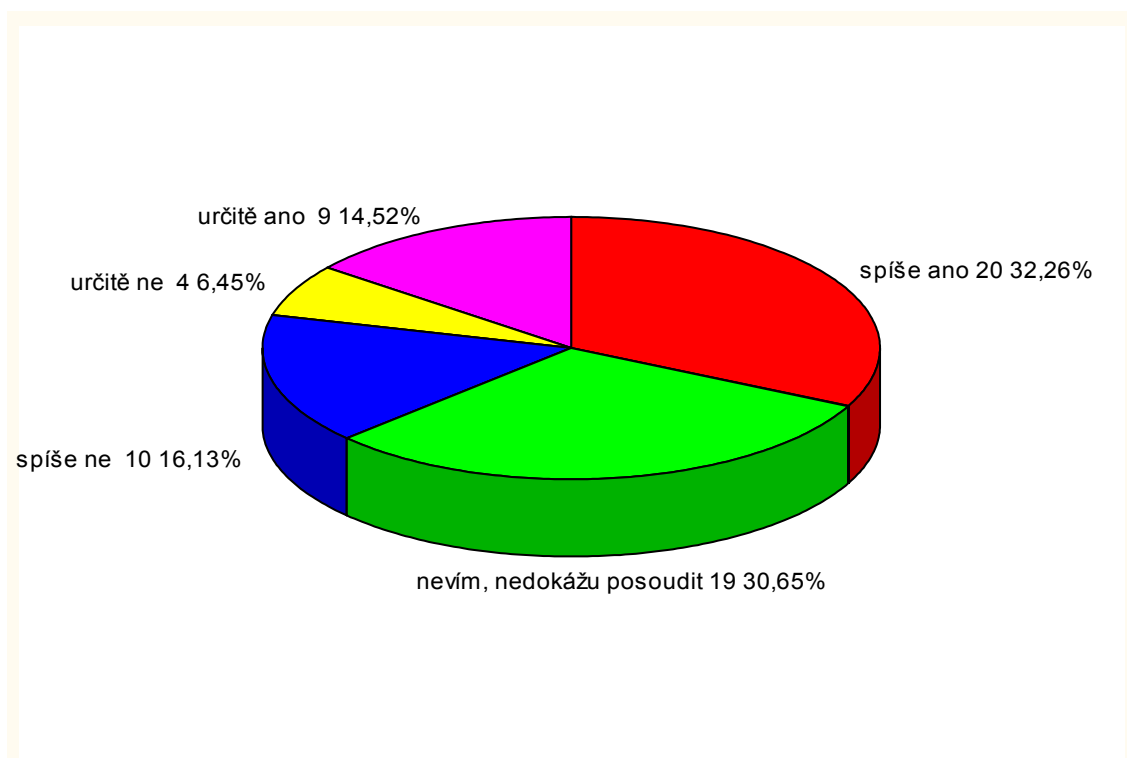


OBR. 4: Byla pro Vás ošetrovatelská praxe přínosem?

Z obrázku č. 4 vyplývá, že pro 54,84 % (n = 34) dotazovaných byla ošetrovatelská praxe v průběhu studia přínosem. Variantu odpovědi „spíše ano“ označilo 11 dotazovaných, tj. 17,74 %. V negativním pásmu („spíše ne“ a „určitě ne“) se vyjádřilo celkem 12



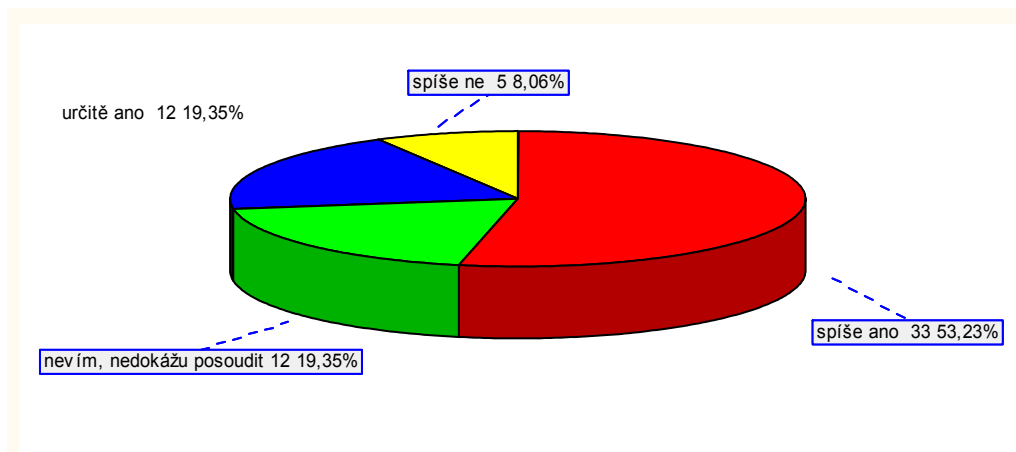
respondentů, tj. 19,36 % dotazovaných a to rovným dílem mezi obě nabízené varianty negativně formulovaných odpovědí. Celkem 5 respondentů (8,06 %) označilo odpověď „nevím“.



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

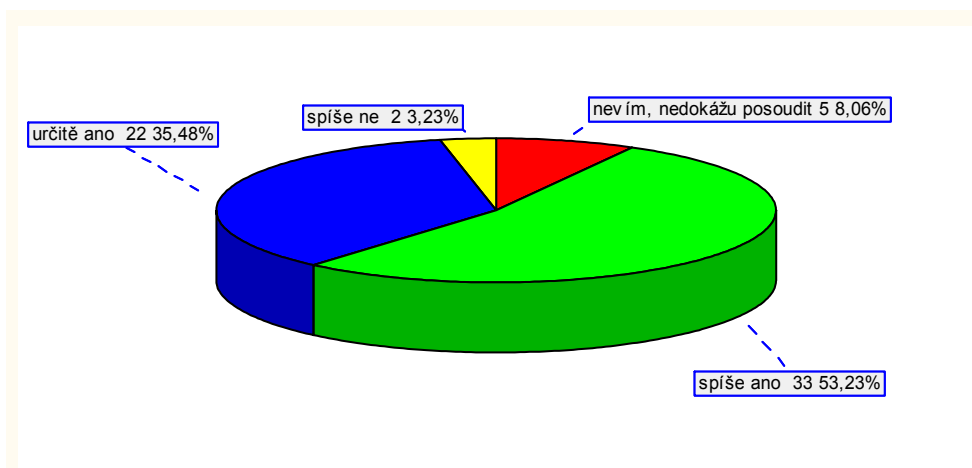
Pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetrovatelství v rámci praktických cvičení v modelových učebnách bylo 14,52 % dotazovaných ( $n = 9$ ) a „spíše ano“ 32,26 % ( $n = 20$ ). Variantu „spíše ne“ označilo 10 respondentů (16,13 %) a „určitě ne“ 4 dotazovaní (6,45 %). Nejvíce respondentů ( $n = 19$ , 30,65 %) označilo odpověď „nevím, nedokážu posoudit“.

Četnosti odpovědí na položku „Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetrovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?“ jsou uvedeny v následujícím výsečovém diagramu (obr. 6). Nejvíce respondentů využilo variantu odpovědi „spíše ano“ ( $n = 33$ , 53,23 %). Variantu „určitě ano“ (stejně jako možnost „nevím nedokážu posoudit“ označilo 12 účastníků šetření ( $n = 19,35$  %)). Odpověď „spíše ne“ 5 dotazovaných (8,06 %). Variantu „určitě ne“ nevybral žádný respondent.



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

Odpovědi na poslední položku dotazníku zjišťující názor respondentů na to, zda by měly mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání (bez specializované způsobilosti) jsou uvedeny v obr. č. 7. Z výšečového diagramu vyplývá, že nejvíce respondentek zvolilo odpověď „spíše ano“ (n = 33, 53,23 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo označení varianty „určitě ano“ (n = 22; 35,48 %). Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 5 dotazovaných (8,06 %). Pouze dva účastníci šetření označili odpověď „spíše ne“ (2,23 %).



OBR. 7: Měly by mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání? (bez specializované způsobilosti)

### Diskuse:

V rámci pilotního šetření nás zajímalo zda existují statisticky významné rozdíly v četnosti odpovědí vztažené k odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k délce odborné praxe studentek a studentů kombinované formy bakalářského studijního programu Ošetřovatelství na 2. LF UK. Výsledky jsou uvedeny v následujících tabelárních přehledech (tab. 1 – 10). U každé tabulky je uvedena vypočítaná hodnota testového kritéria p Yatesova korigovaného Chí kvadrátu. Ve všech případech je p hodnota nižší než stanovená hladina významnosti 0,05. Z výsledků statistické analýzy lze s 95% jistotou usuzovat, že všechny rozdíly prezentované v tabulkách 1 – 10 jsou statisticky významné.

TAB. 1: Jaký vliv měla ošetřovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?						
Odborná způsobilost k výkonu povolání	určitě pozitivní	spíše pozitivní	spíše negativní	určitě negativní	žádný	řádk. součty
zdravotnický asistent	0	16	4	0	0	20
Sloupc. četn.	0,00%	48,48%	28,57%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	0,00%	80,00%	20,00%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	0,00%	25,81%	6,45%	0,00%	0,00%	32,26%
všeobecná sestra	8	15	4	2	1	30
Sloupc. četn.	72,73%	45,45%	28,57%	100,00%	50,00%	
Řádk. četn.	26,67%	50,00%	13,33%	6,67%	3,33%	
Celková četn.	12,90%	24,19%	6,45%	3,23%	1,61%	48,39%
bez odb. způsobilosti	3	2	6	0	1	12
Sloupc. četn.	27,27%	6,06%	42,86%	0,00%	50,00%	
Řádk. četn.	25,00%	16,67%	50,00%	0,00%	8,33%	
Celková četn.	4,84%	3,23%	9,68%	0,00%	1,61%	19,35%
Sloupc. celk.	11	33	14	2	2	62
Celková četn.	17,74%	53,23%	22,58%	3,23%	3,23%	100,00%

Pearsonův chí-kv.  $p=,01050$

TAB. 2: Byla pro Vás ošetrovatelská praxe přínosem?

Odborná způsobilost k výkonu povolání	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne	řád. součty
zdravotnický asistent	5	5	0	6	4	20
Sloupc. četn.	14,71%	45,45%	0,00%	100,00%	66,67%	
Řádk. četn.	25,00%	25,00%	0,00%	30,00%	20,00%	
Celková četn.	8,06%	8,06%	0,00%	9,68%	6,45%	32,26%
všeobecná sestra	20	4	4	0	2	30
Sloupc. četn.	58,82%	36,36%	80,00%	0,00%	33,33%	
Řádk. četn.	66,67%	13,33%	13,33%	0,00%	6,67%	
Celková četn.	32,26%	6,45%	6,45%	0,00%	3,23%	48,39%
bez odb. způsobilosti	9	2	1	0	0	12
Sloupc. četn.	26,47%	18,18%	20,00%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	75,00%	16,67%	8,33%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	14,52%	3,23%	1,61%	0,00%	0,00%	19,35%
Sloupce celk.	34	11	5	6	6	62
Celková četn.	54,84%	17,74%	8,06%	9,68%	9,68%	100,00%

Pearsonův chí-kv. p=,00173

TAB. 3: Jste pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetrovatelství v rámci praktických cvičení v modelových učebnách s naprogramovanými klinickými scénáři (např. nácvik činnosti zdravotnických týmů při řešení neodkladných stavů atd.)?

Odborná způsobilost k výkonu povolání	určitě ano	spíše ano	nevím, nedokážu posoudit	spíše ne	určitě ne	řád. součty
zdravotnický asistent	0	6	10	3	1	20
Sloupc. četn.	0,00%	30,00%	52,63%	30,00%	25,00%	
Řádk. četn.	0,00%	30,00%	50,00%	15,00%	5,00%	
Celková četn.	0,00%	9,68%	16,13%	4,84%	1,61%	32,26%
všeobecná sestra	4	12	8	5	1	30
Sloupc. četn.	44,44%	60,00%	42,11%	50,00%	25,00%	
Řádk. četn.	13,33%	40,00%	26,67%	16,67%	3,33%	
Celková četn.	6,45%	19,35%	12,90%	8,06%	1,61%	48,39%
bez odb. způsobilosti	5	2	1	2	2	12
Sloupc. četn.	55,56%	10,00%	5,26%	20,00%	50,00%	
Řádk. četn.	41,67%	16,67%	8,33%	16,67%	16,67%	
Celková četn.	8,06%	3,23%	1,61%	3,23%	3,23%	19,35%
Sloupce celk.	9	20	19	10	4	62
Celková četn.	14,52%	32,26%	30,65%	16,13%	6,45%	100,00%

Pearsonův chí-kv. p=,02486

**TAB. 4: Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetrovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?**

Odborná způsobilost k výkonu povolání	určitě ano	spíše ano	nevím, nedokážu posoudit	spíše ne	řád. součty
zdravotnický asistent	1	12	5	2	20
Sloupc. četn.	8,33%	36,36%	41,67%	40,00%	
Řádk. četn.	5,00%	60,00%	25,00%	10,00%	
Celková četn.	1,61%	19,35%	8,06%	3,23%	32,26%
všeobecná sestra	4	19	5	2	30
Sloupc. četn.	33,33%	57,58%	41,67%	40,00%	
Řádk. četn.	13,33%	63,33%	16,67%	6,67%	
Celková četn.	6,45%	30,65%	8,06%	3,23%	48,39%
bez odb. způsobilosti	7	2	2	1	12
Sloupc. četn.	58,33%	6,06%	16,67%	20,00%	
Řádk. četn.	58,33%	16,67%	16,67%	8,33%	
Celková četn.	11,29%	3,23%	3,23%	1,61%	19,35%
Sloupce celk.	12	33	12	5	62
Celková četn.	19,35%	53,23%	19,35%	8,06%	100,00%

Pearsonův chí-kv.  $p=,01119$

**TAB. 5: Měly by mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání? (bez specializované způsobilosti)**

Odborná způsobilost k výkonu povolání	určitě ano	spíše ano	nevím, nedokážu posoudit	spíše ne	řád. součty
zdravotnický asistent	4	14	2	0	20
Sloupc. četn.	18,18%	42,42%	40,00%	0,00%	
Řádk. četn.	20,00%	70,00%	10,00%	0,00%	
Celková četn.	6,45%	22,58%	3,23%	0,00%	32,26%
všeobecná sestra	13	16	1	0	30
Sloupc. četn.	59,09%	48,48%	20,00%	0,00%	
Řádk. četn.	43,33%	53,33%	3,33%	0,00%	
Celková četn.	20,97%	25,81%	1,61%	0,00%	48,39%
bez odb. způsobilosti	5	3	2	2	12
Sloupc. četn.	22,73%	9,09%	40,00%	100,00%	
Řádk. četn.	41,67%	25,00%	16,67%	16,67%	
Celková četn.	8,06%	4,84%	3,23%	3,23%	19,35%
Sloupce celk.	22	33	5	2	62
Celková četn.	35,48%	53,23%	8,06%	3,23%	100,00%

Pearsonův chí-kv.  $p=,01865$

TAB. 6: Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?						
Délka odborné praxe	určitě pozitivní	spíše pozitivní	spíše negativní	určitě negativní	žádný	řád. součty
do 10ti let, včetně	0	12	4	0	0	16
Sloupc. četn.	0,00%	36,36%	28,57%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	0,00%	19,35%	6,45%	0,00%	0,00%	25,81%
11 - 20 let, včetně	1	8	2	2	0	13
Sloupc. četn.	9,09%	24,24%	14,29%	100,00%	0,00%	
Řádk. četn.	7,69%	61,54%	15,38%	15,38%	0,00%	
Celková četn.	1,61%	12,90%	3,23%	3,23%	0,00%	20,97%
21 a více let	6	9	2	0	1	18
Sloupc. četn.	54,55%	27,27%	14,29%	0,00%	50,00%	
Řádk. četn.	33,33%	50,00%	11,11%	0,00%	5,56%	
Celková četn.	9,68%	14,52%	3,23%	0,00%	1,61%	29,03%
žádná	4	4	6	0	1	15
Sloupc. četn.	36,36%	12,12%	42,86%	0,00%	50,00%	
Řádk. četn.	26,67%	26,67%	40,00%	0,00%	6,67%	
Celková četn.	6,45%	6,45%	9,68%	0,00%	1,61%	24,19%
Sloupce celk.	11	33	14	2	2	62
Celková četn.	17,74%	53,23%	22,58%	3,23%	3,23%	100,00%

Pearsonův chí-kv. p=,02716

TAB. 7: Byla pro Vás ošetrovatelská praxe přínosem?

Délka odborné praxe	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne	řad. součty
do 10ti let, včetně	2	6	0	4	4	16
Sloupc. četn.	5,88%	54,55%	0,00%	66,67%	66,67%	
Řádk. četn.	12,50%	37,50%	0,00%	25,00%	25,00%	
Celková četn.	3,23%	9,68%	0,00%	6,45%	6,45%	25,81%
11 - 20 let, včetně	6	1	2	2	2	13
Sloupc. četn.	17,65%	9,09%	40,00%	33,33%	33,33%	
Řádk. četn.	46,15%	7,69%	15,38%	15,38%	15,38%	
Celková četn.	9,68%	1,61%	3,23%	3,23%	3,23%	20,97%
21 a více let	14	2	2	0	0	18
Sloupc. četn.	41,18%	18,18%	40,00%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	77,78%	11,11%	11,11%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	22,58%	3,23%	3,23%	0,00%	0,00%	29,03%
žádná	12	2	1	0	0	15
Sloupc. četn.	35,29%	18,18%	20,00%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	80,00%	13,33%	6,67%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	19,35%	3,23%	1,61%	0,00%	0,00%	24,19%
Sloupce celk.	34	11	5	6	6	62
Celková četn.	54,84%	17,74%	8,06%	9,68%	9,68%	100,00%

Pearsonův chí-kv.

p=,00186

TAB. 8: Jste pro větší integraci studentů medicíny se studenty ošetřovatelství v rámci praktických cvičení v modelových učebnách s naprogramovanými klinickými scénáři (např. nácvik činnosti zdravotnických týmů při řešení neodkladných stavů atd.)?						
Délka odborné praxe	určitě ano	spíše ano	nevím, nedokážu posoudit	spíše ne	určitě ne	řád. součty
do 10ti let, včetně	0	4	6	4	2	16
Sloupc. četn.	0,00%	20,00%	31,58%	40,00%	50,00%	
Řádk. četn.	0,00%	25,00%	37,50%	25,00%	12,50%	
Celková četn.	0,00%	6,45%	9,68%	6,45%	3,23%	25,81%
11 - 20 let, včetně	1	7	5	0	0	13
Sloupc. četn.	11,11%	35,00%	26,32%	0,00%	0,00%	
Řádk. četn.	7,69%	53,85%	38,46%	0,00%	0,00%	
Celková četn.	1,61%	11,29%	8,06%	0,00%	0,00%	20,97%
21 a více let	2	7	5	4	0	18
Sloupc. četn.	22,22%	35,00%	26,32%	40,00%	0,00%	
Řádk. četn.	11,11%	38,89%	27,78%	22,22%	0,00%	
Celková četn.	3,23%	11,29%	8,06%	6,45%	0,00%	29,03%
žádná	6	2	3	2	2	15
Sloupc. četn.	66,67%	10,00%	15,79%	20,00%	50,00%	
Řádk. četn.	40,00%	13,33%	20,00%	13,33%	13,33%	
Celková četn.	9,68%	3,23%	4,84%	3,23%	3,23%	24,19%
Sloupc. celk.	9	20	19	10	4	62
Celková četn.	14,52%	32,26%	30,65%	16,13%	6,45%	100,00%

Pearsonův chí-kv. p=,01056



TAB. 9: Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetřovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?					
Délka odborné praxe	určitě ano	spíše ano	nevím, nedokážu posoudit	spíše ne	řád. součty
do 10ti let, včetně	2	10	2	2	16
Sloupc. četn.	16,67%	30,30%	16,67%	40,00%	
Řádk. četn.	12,50%	62,50%	12,50%	12,50%	
Celková četn.	3,23%	16,13%	3,23%	3,23%	25,81%
11 - 20 let, včetně	3	6	4	0	13
Sloupc. četn.	25,00%	18,18%	33,33%	0,00%	
Řádk. četn.	23,08%	46,15%	30,77%	0,00%	
Celková četn.	4,84%	9,68%	6,45%	0,00%	20,97%
21 a více let	0	13	4	1	18
Sloupc. četn.	0,00%	39,39%	33,33%	20,00%	
Řádk. četn.	0,00%	72,22%	22,22%	5,56%	
Celková četn.	0,00%	20,97%	6,45%	1,61%	29,03%
žádná	7	4	2	2	15
Sloupc. četn.	58,33%	12,12%	16,67%	40,00%	
Řádk. četn.	46,67%	26,67%	13,33%	13,33%	
Celková četn.	11,29%	6,45%	3,23%	3,23%	24,19%
Sloupc. celk.	12	33	12	5	62
Celková četn.	19,35%	53,23%	19,35%	8,06%	100,00%

Pearsonův chí-kv.  $p=,04791$

TAB. 10: Měly by mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání? (bez specializované způsobilosti)					
Délka odborné praxe	nevím, nedokážu posoudit	spíše ano	určitě ano	spíše ne	řád. součty
do 10ti let, včetně	2	12	2	0	16
Sloupc. četn.	40,00%	36,36%	9,09%	0,00%	
Řádk. četn.	12,50%	75,00%	12,50%	0,00%	
Celková četn.	3,23%	19,35%	3,23%	0,00%	25,81%
11 - 20 let, včetně	0	7	6	0	13
Sloupc. četn.	0,00%	21,21%	27,27%	0,00%	
Řádk. četn.	0,00%	53,85%	46,15%	0,00%	
Celková četn.	0,00%	11,29%	9,68%	0,00%	20,97%
21 a více let	1	11	6	0	18
Sloupc. četn.	20,00%	33,33%	27,27%	0,00%	
Řádk. četn.	5,56%	61,11%	33,33%	0,00%	
Celková četn.	1,61%	17,74%	9,68%	0,00%	29,03%
žádná	2	3	8	2	15
Sloupc. četn.	40,00%	9,09%	36,36%	100,00%	
Řádk. četn.	13,33%	20,00%	53,33%	13,33%	
Celková četn.	3,23%	4,84%	12,90%	3,23%	24,19%
Sloupc. celk.	5	33	22	2	62
Celková četn.	8,06%	53,23%	35,48%	3,23%	100,00%

Pearsonův chí-kv.  $p=,04452$

Ze shora uvedených více rozměrných tabulek vyplývá, že odlišné výsledky uvádějí především zdravotničtí asistenti než respondenti – všeobecné sestry a účastníci šetření bez způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a to pouze s jedinou výjimkou a to u položky „Měly by mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání?“, kdy byla zaznamenána nižší četnost odpovědí v pásmu „určitě ano – spíše ano“ u respondentů bez způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání než u zdravotnických asistentů.

S odkazem na výsledky statistické analýzy lze konstatovat, že odlišné odpovědi byly zaznamenány u respondentů s praxí do 10ti let, než u dotazovaných s praxí delší nebo naopak s vůbec žádnou. I v tomto případě byly zjištěny výjimky a to u položky „Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetrovatelství měli vzdělávat v

*rámcí jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?“, u které respondentky s praxí 21 a více let zaujaly rezervovanější postoj než ostatní účastníci šetření a u položky „Měly by mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání?“, u které se respondenti s nejkratší praxí výrazně častěji vyjádřili označením odpovědi „určitě ano“ a „spíše ano“, než účastníci šetření s delší nebo naopak s vůbec žádnou praxí. U této položky je také zřejmý rezervovanější postoj respondentů s praxí 21 a více let.*

V rámci jiného šetření provedeného u studentů 4. – 6. ročníku všeobecného lékařství na 2. LF UK použila Martina Růžičková (2014) stejné otázky, které zadala v rámci svého dotazníku v průběhu akademického roku 2013-14 celkem 88 studentům (56 studentkám a 32 studentům).

Na položku „*Jaký vliv měla ošetrovatelská praxe během studia na Váš názor týkající se profese všeobecné sestry?*“ v rámci vlastního šetření odpovědělo nejvíce studentů v pozitivním pásmu, tj. označením varianty „*určitě pozitivní*“ a „*spíše pozitivní*“ (70,97 %). U studentů všeobecného lékařství označilo stejné odpovědi celkem 78,41 % dotazovaných. Ve vlastním souboru byli pouze 2 účastníci (3,23 %), kteří uvedli, že ošetrovatelská praxe v průběhu studia neměla žádný vliv na formování jejich názoru na výkon povolání všeobecné sestry. U studentů všeobecného lékařství tuto nabízenou variantu odpovědi vybralo celkem 7,95 % dotazovaných.

Pro 54,84 % dotazovaných studentů Ošetrovatelství byla ošetrovatelská praxe v průběhu studia přínosem; u studentů Všeobecného lékařství to bylo v 51,14 %. Zatímco variantu odpovědi „*spíše ano*“ označilo 17,74 % dotazovaných studentů Ošetrovatelství, tak v případě studentů Všeobecného lékařství stejnou odpověď zvolilo 34,09 % dotazovaných. V negativním pásmu („*spíše ne*“ a „*určitě ne*“) se vyjádřilo 19,36 % dotazovaných studentů bakalářského studia a to rovným dílem mezi obě nabízené varianty negativně formulovaných odpovědí. U studentů Všeobecného lékařství to bylo pouze 11,36 % dotazovaných (volili pouze variantu „*spíše ne*“).

Pro větší integraci studentů obou studijních programů v rámci praktických cvičení v modelových učebnách bylo jednoznačně 14,52 % dotazovaných studentů Ošetrovatelství

a 23,86 % mediků. Variantu „spíše ano“ vybralo 32,26 % studentů bakalářského studia a 30,68 % studentů Všeobecného lékařství.

Četnosti odpovědí na položku „*Domníváte se, že by se studenti medicíny a studenti ošetrovatelství měli vzdělávat v rámci jedné instituce (lékařské fakulty), tzn. mít stejné vyučující?*“ se podle studijního programu respondentů liší. Nejvíce dotazovaných studentů Ošetrovatelství i Všeobecného lékařství označilo variantu odpovědi „spíše ano“ a to ve 53,23 % u bakalářského a v 30,68 % u magisterského studia. Variantu „určitě ano“ označilo jen 19,35 % studentů Ošetrovatelství, oproti 23,86 % respondentů ze skupiny studentů Všeobecného lékařství. Odpověď „spíše ne“ označilo 8,06 % studentů bakalářského studia a 17,05 % studentů magisterského studia. Variantu „určitě ne“ nevybral žádný respondent studijního programu Ošetrovatelství, ale 3,41 % dotazovaných studentů Všeobecného lékařství.

Odpovědi na poslední položku dotazníku zjišťující názor respondentů na to, zda by měly mít sestry s vyšším stupněm vzdělání, v případech, kdy je to možné, například na odděleních JIP a ARO, větší kompetence než sestry s nižším stupněm vzdělání (bez specializované způsobilosti) se liší podle studovaného oboru. Celkem 85,23 % dotazovaných všeobecného lékařství se domnívá (v pásmu odpovědí „určitě ano“ a „spíše ano“), že by se měly posílit kompetence sester s vyšším stupněm vzdělání, zatímco ve skupině studentů Ošetrovatelství stejný názor zastává 88,71 % respondentů. Rozdíl však spočívá v četnosti využití odpovědi „určitě ano“, kterou více využili studenti Všeobecného lékařství (57,95 %) než studenti Ošetrovatelství (35,48 %). Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 8,06 % studentů ošetrovatelství a 9,09 % studentů Všeobecného lékařství. Pouze dva studenti Ošetrovatelství označili odpověď „spíše ne“ (2,23 %) u studentů Všeobecného lékařství to bylo 4,55 % (n = 4).

### **Závěr:**

Z provedené pilotní studie vyplývá, že existují statisticky významné rozdíly v pohledu studentů a studentek kombinované formy studijního programu Ošetrovatelství na odbornou ošetrovatelskou praxi a to jak z hlediska jejich dosavadního odborného vzdělání, tak i podle délky jejich dosavadní praxe. Kritičtěji se k odborné ošetrovatelské praxi a k některým dalším otázkám souvisejícím se studiem Ošetrovatelství na LF staví účastníci šetření s odbornou způsobilostí k výkonu povolání zdravotnického asistenta a respondenti do 10ti let praxe. Odbornou ošetrovatelskou praxi významně příznivěji

hodnotí studenti bez dříve získané odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a všeobecné sestry, tj. zpravidla respondenti bez jakékoliv praxe a s praxí 21 a více let. Dalším pozoruhodným faktem je skutečnost, že čím delší praxi respondentky mají, tím jsou zdrženlivější k rozšiřování (navyšování) kompetencí sester podle stupně dosaženého vzdělání a zároveň i k větší integraci výuky se studenty Všeobecného lékařství. V rámci diskuse byly porovnány výsledky vlastního šetření s výsledky prezentovanými Růžičkovou (2014). Obecně lze tvrdit, že studenti Všeobecného lékařství jsou otevřenější ke společné výuce ošetřovatelských postupů a intervencí se studenty bakalářského studia v modelových učebnách a v klinické praxi, než studentky kombinované formy bakalářského studijního programu. Přestože byly v rámci této pilotní studie zjištěny celkově velmi dobré výsledky při hodnocení ošetřovatelské praxe studenty, budou závěry, vyplývající z této předběžné analýzy využity při plánování a organizaci výuky jak studentů bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, tak i studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na 2. LF UK v Praze.

#### **Literatura:**

1. JIRKOVSKÝ, Daniel, ed. a NIKODEMOVÁ, Hana, ed. *Inovativní přístupy ve výuce ošetřovatelství: recenzovaný sborník příspěvků z mezinárodního odborného sympózia: Praha, FN Motol, 27.09.2012* [DVD-ROM]. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-87347-12-6
2. JIRKOVSKÝ, Daniel, ed. *Sborník pomocných učebních textů a výukových prezentací Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání: (recenzovaný sborník)* [CD-ROM]. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-87347-04-1.
3. RŮŽIČKOVÁ, Martina, Profese sestry očima studentů medicíny *In.: Cesta k modernímu ošetřovatelství XVI. (recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí)* Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 37 – 45 [2014] ISBN: 978-80-87347-17-1

#### **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](mailto:daniel.jirkovsky@fnmotol.cz)

## NĚKOLIK POZNÁMEK K EVALUACI CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

**Hana Nikodemová**

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn**

*Príspevek se věnuje evaluaci vzdělávacích akcí realizované na 2. LF UK a ve FN Motol v rámci celoživotního vzdělávání. Pro účel tohoto příspěvku byl vybrán Certifikovaný kurz pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání. Pozornost je věnována internalizaci role sester v rámci studia. Zvláštní důraz je kladen na teoretické znalosti i praktické dovednosti mentorů klinické praxe a na přípravu na výkon činnosti mentora. Výše zmíněná kvalita je zjišťována pomocí dotazníkového šetření, evaluací a autoevaluací pedagogických pokusů realizovaných v rámci odborné praxe v certifikovaném kurzu. Výsledky šetření byly v naprosté většině položek příznivé. Statisticky významné rozdíly byly zjištěny především u výsledků evaluace a autoevaluace přípravné, realizační a hodnotící fáze pedagogických pokusů, kdy se účastnice kurzu samy hodnotily kritičtěji, než byly hodnoceny supervizory. Z výsledků vlastního šetření vyplynulo, že je nutné systematicky pracovat se skupinou mentorů i po ukončení kurzu, podávat mentorům zpětnou vazbu a pomocí supervize jim být lidskou i odbornou oporou.*

### **Klíčová slova:**

*certifikovaný kurz; evaluace a autoevaluace vzdělávání; mentoring; ošetřovatelství; všeobecná sestra*

## SEVERAL COMMENTS ON THE EVALUATION OF LIFELONG LEARNING

### **Summary:**

### **Key words:**

certified course; evaluation and self-education; mentoring; nursing; general nurse

### **Úvod**

V obecné rovině není problematika vedení klinické a komunitní ošetřovatelské praxe novým tématem, avšak změny, které provázejí současný dynamický vývoj, přinášejí s sebou celou řadu nových problémů, které jsou postupně řešeny nebo na své řešení teprve čekají. Všeobecné sestry zařazené na výukových pracovištích mají široké znalosti a dovednosti v oblasti své činnosti, ale někdy velmi malou, či vůbec žádnou, pedagogickou a pedagogicko – psychologickou průpravu pro vedení klinické ošetřovatelské praxe studentů. Deficit pedagogických znalostí a dovedností všeobecných sester, které vedou praktickou výuku studentů, mají vyrovnávat certifikované kurzy. Tyto kurzy jsou zaměřené na přípravu mentorů ošetřovatelské praxe, jejichž absolvováním získávají účastnice vzdělávání zvláštní odbornou způsobilost.

Úvodem tohoto sdělení budou vymezeny základní pojmy, které se vztahují k danému tématu jako je mentoring, mentor. Dále bude popsána metodika našeho šetření a hlavní výsledky dílčí části našeho evaluačního průzkumu, realizovaného na 2. LF UK a ve FN Motol po ukončení Certifikovaného, kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání v roce 2013. V těchto kurzech získávají všeobecné sestry nejen formální kompetence k vedení praktické výuky, ale také věcnou způsobilost k vedení ošetrovatelské praxe na požadované úrovni.

### **Vlastní text**

Vycházíme – li ze současného odborného pojetí slova mentor – **mentoring** v odborné komunikaci, předpokládá se, že se jedná o takové vedení studentů, jehož cílem je na základě vhodného vztahu (sociální a především profesní povahy) předávat zkušenosti, dovednosti, návyky a upevňovat významné postoje. Mentoring bývá obvykle definován jako déletrvající proces, v jehož rámci se jedna osoba (**mentor**) snaží podpořit učební proces osoby druhé (**mentee**). Dle jiné definice je popisován jako vztah mezi zkušenějším mentorem a méně zkušeným/nezkušeným mentee. Dle této druhé definice bývá většinou mentoring využíván v režimu zapracování nově příchozího zaměstnance zkušeným kolegou. Mezi hlavní zásady mentoringu bezesporu patří vzájemná důvěra mezi mentorem a mentee, nastavení jasných, srozumitelných a bezpečných pravidel pro obě strany a zajištění atmosféry bezpečí a přátelského vztahu. „Nositel této role – **mentor** – představuje kouče, učitele, rádce, který při vhodných podmínkách urychluje profesní růst spolupracovníků.“ (Svatoš, 2012) V souvislosti s požadavkem na zkvalitňování pregraduální přípravy všeobecných sester na vysokých školách nabývá problematika mentoringu klinické ošetrovatelské praxe na stále větším významu. Celá řada dříve realizovaných studií potvrzuje nutnost specifické přípravy **mentorek** klinické ošetrovatelské praxe jako jednoho z klíčových předpokladů pro další rozvíjení vzdělávacích programů určených pro přípravu všeobecných sester a porodních asistentek.

Problematice přípravy všeobecných sester na **roli mentora** a souvisejícím faktorům se několik let věnujeme. K získání informací nezbytných pro zpracování dat a k dosažení stanovených cílů byl sestaven dotazník a evaluační a autoevaluační záznam ze supervize odborné praxe realizované v rámci kurzu. Všechny dokumenty byly vlastní konstrukce. V evaluačním dotazníku byly zařazeny položky obsahové - zaměřené na zjišťování údajů nezbytných pro splnění záměru šetření a položky funkcionální, tedy kontaktní,

psychologické a kontrolní. Z hlediska formy položek byly použity jak otázky nestrukturované (otevřené), tak i strukturované (uzavřené) polynomické. Ze strukturovaných položek byly v dotazníku zařazeny položky výběrové uzavřené a výběrové polouzavřené. Při konstrukci dotazníku byla věnována maximální pozornost jednoznačnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek. Před plošným šetřením bylo použití dotazníku konzultováno s vybranou skupinou sester, kterým byly dotazníky zkušebně zadány. Z diskuse nad vyplněnými dotazníky vyplynula potřeba provedení některých dílčích a spíše formálních změn před jejich ostrým zadáním. Prostřednictvím evaluačního dotazníku byly od jednotlivých respondentů zjišťovány následující informace:

- pracovní zařazení;
- věk;
- dosavadní mentorská činnost;
- změny přístupu ke studentům po absolvování kurzu;
- položky vztahující se k superviznímu rozhovoru;
- položky umožňující hodnocení jednotlivých předmětů a celého kurzu;
- otevřené reflexivní otázky;
- položka zjišťující zájem respondenta o další vzdělávání v oblasti mentoringu;
- položka zjišťující ochotu doporučit vzdělávací aktivitu dalším případným uchazečům o certifikovaný kurz;
- připomínky a náměty k certifikovanému kurzu.

Pomocí záznamu o evaluaci a autoevaluaci odborné praxe realizované v rámci kurzu byly hodnoceny všechny tři fáze výuky, tj. přípravná, realizační a kontrolně hodnotící, a celkový dojem z výuky a to s využitím různých hodnotících kritérií. K třídění a k základnímu statistickému zpracování dat byl v první fázi využit tabulkový procesor Excel 2007. V uvedeném programu byla zpracována tabulka četností, vypočítány základní ukazatele variability a polohy souboru (absolutní a relativní četnost, aritmetický průměr, směrodatná odchylka, variační koeficient a variační šíře), jež jsou základem pro primární analýzu dat a zpracovány tabelární a grafické výstupy. Tabulka četností se stala podkladem pro detailnější zpracování dat pomocí specializovaného software.



## Organizace šetření

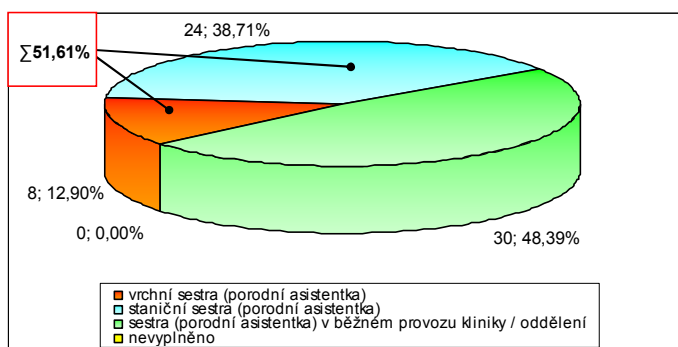
Vlastní šetření proběhlo ve Fakultní nemocnici v Motole v měsíci květnu v roce 2011 a v roce 2012 v době konání odborné praxe Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání. Celkem byli dotazováni a hodnoceni účastníci tří kurzů (dva kurzy v roce 2011, jeden kurz v roce 2012). Dotazníkové šetření proběhlo anonymním způsobem. Způsob realizace dotazníkového šetření znemožňoval zpětnou identifikaci respondenta i jeho pracoviště. Před zahájením odborné praxe byly účastníkům šetření předány autoevaluační záznamy z praxe tak, aby respondenti byli předem seznámeni se zaměřením prováděného hodnocení. Autoevaluační záznamy již nebyly anonymizovány. Byly vyplňovány po skončení odborné praxe a odevzdávány supervizorovi, který na praxi dohlížel. Stejný evaluační dotazník pak vyplnil supervizor. Celkem bylo vydáno 68 dotazníků pro účastníky uvedených kurzů, vráceno bylo 66 dotazníků, tj. 97,06%. Návratnost dotazníků, na základě stanovené taktiky jejich zadání, byla tedy vysoká. Vzhledem k tomu, že část dotazníků byla pro nevěrohodnost z dalšího zpracování vyřazena (celkem 4 dotazníky), byla pro vlastní šetření využita data z 62 vyplněných dotazníků. Pro vlastní šetření bylo tedy využito celkem 91,18 % z celkového počtu dotazníků vydaných.

Záznamy o evaluaci a autoevaluaci odborné praxe realizované v rámci kurzu byly realizovány u všech účastníků kurzu, kteří se zúčastnili odborné praxe. Bylo použito celkem 62 evaluačních záznamů a 62 autoevaluačních záznamů.

## Výsledky šetření

### Charakteristika souboru respondentů

Obr. 1: Pracovní zařazení respondentek a věk respondentek



Věk respondentek – 44,17 % věk do 40ti let a 54,84 % věk nad 40 let

### Hlavní výsledky evaluace:

#### V rámci evaluačního průzkumu měly zásadní význam položky zjišťující:

- míru spokojenosti respondentů s činností lektorů (*např. položky: Byl/a jste spokojen/a s přístupem lektorů?, Přednášky lektorů byly připravené a měly řád. Byli Vaši lektori energičtí a dokázali udržet Vaši pozornost a další*);
- spokojenost respondentů s průběhem kurzu;
- zájem o další vzdělávání v dané oblasti;
- ochotu poskytnout příznivé reference o absolvovaném kurzu.

V následujících tabulkách č. 1 a č. 2 jsou uvedeny dílčí výsledky šetření, které vypovídají o celkovém hodnocení kurzu, zjištěné v rámci konání odborné praxe Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání ve Fakultní nemocnici v Motole v měsíci květnu v roce 2011 a v roce 2012.

<b>Tab. 1: Celkové hodnocení kurzu</b>		
<b><i>Zájem o realizaci dalšího vzdělávání po skončení kurzu</i></b>		
<b>Proměnná</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
ano	30	48,39%
spíše ano	20	32,26%
nevím	10	16,13%
spíše ne	0	0,00%
ne	0	0,00%
nevyplněno	2	3,23%
<b>Celkem:</b>	<b>62</b>	<b>100,00%</b>

Zájem o realizaci dalšího vzdělávání formou inovačního kurzu navazujícího na certifikovaný kurz deklarovalo 48,39% dotazovaných (n = 30). Celkem 32,26% (n = 20) by se kurzu spíše zúčastnilo a 10 dotazovaných (tj. 16,13%) nedokázalo na tuto otázku odpovědět. Tuto položku dotazníku nevyplnily celkem dvě respondentky, tj. 3,23 % z celkového počtu dotazovaných.

<b>Tab. 2: Celkové hodnocení kurzu</b>		
<b><i>Doporučil/a byste kurz své známé / známému?</i></b>		
<b>Proměnná</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
určitě ano	38	61,29%
spíše ano	16	25,81%
nevím	6	9,68%
spíše ne	0	0,00%
ne	0	0,00%
nevyplněno	2	3,23%
<b>Celkem:</b>	<b>62</b>	<b>100,00%</b>

Odpovědi na klíčovou otázku zjišťující ochotu respondentek podat příznivé reference o uskutečněném kurzu jsou prezentovány ve shora uvedené tabulce, ze které vyplývá, že by kurz své známé určitě doporučilo 61,29% dotazovaných (n = 38), spíše doporučilo 25,81% respondentek (n = 16). Z nabízených variant odpovědí celkem šest respondentek (9,68%) označilo proměnnou „nevím“ a dvě respondentky na otázku neodpověděly vůbec (3,23%). Tuto otázku, přestože má lehce expresivní nádech, lze pokládat z hlediska evaluace vzdělávací akce ze strany účastníků jako položku mající největší výpovědní hodnotu o posuzovaném certifikovaném kurzu.

V další dílčí části vlastního šetření byly testovány celkem tři hypotézy. Bylo zjišťováno, zda se výpovědi respondentů statisticky významně liší v závislosti na jejich pracovním zařazení, věku nebo dosavadní mentorské praxi. Pro posuzování statistické závislosti mezi dvojicemi kategorických veličin byl zvolen Pearsonův chí-kvadrát test. Předpokladem tohoto testu je hodnota všech očekávaných četností alespoň 5. V případě kontingenčních tabulek 2x2, při porušení tohoto předpokladu, byl použit test chí-kvadrát s Yatesovou korekcí.

Statisticky významná závislost (na 5% hladině významnosti) byla prokázána pouze mezi věkem a hodnocením energičnosti lektora a jeho schopností udržet pozornost posluchačů, kde bylo zaznamenáno horší hodnocení u starších účastníků šetření než u mladších respondentek do 40ti let věku a hodnocením tvrzení, že předávané informace odrážely současný vývoj vědy. V tomto případě se statisticky horší hodnocení vyskytlo u mladších, než u starších respondentek.

Naopak bylo statisticky prokázáno, že výsledky evaluace nesouvisí s kategorizací dle dosavadní mentorské praxe nebo s pracovním zařazením respondentek. Dalším zajímavým zjištěním je z hlediska evaluace vzdělávací akce ze strany účastníků i to, že se účastnice kurzu samy hodnotily kritičtěji, než byly hodnoceny supervizory.

## **Závěr**

S odkazem na zkušenosti získané realizací Certifikovaného kurzu a s využitím výsledků, dojde k drobným úpravám v obsahu kurzu směrem ještě k větší podpoře a rozvoji praktických pedagogických dovedností mentorů, následovně bude nutné dle diagnostiky změny modifikovat tak, aby tyto úpravy byly ve výsledku co nejefektivnější. Ze závěrů vlastního šetření je rovněž zřejmé, že je nutné systematicky pracovat se skupinou mentorů i po ukončení kurzu, podávat mentorům zpětnou vazbu a pomocí supervize jim být lidskou i odbornou oporou. Osobnostně zralý, odborně a pedagogicky zdatný mentor je základním předpokladem optimálního rozvíjení ošetřovatelských, ale i obecně lidských (sociálních) dovedností nezbytných pro úspěšný výkon povolání.

Všem kvalitním mentorům, kteří provázejí studenty a studentky klinickou nebo komunitní praxí v průběhu studia a připravují je tak na úspěšný vstup do profesního života patří velký dík.

## **Literatura:**

1. JIRKOVSKÝ, Daniel. Supervize odborné praxe v Certifikovaném kurzu pro přípravu mentorek klinické ošetřovatelské praxe a školitelek specializačního vzdělávání. In: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 107 - 109 ISBN 978-80-7248-607-6.
2. JIRKOVSKÝ, Daniel, ŠVARCOVÁ, Eva, NOVÁKOVÁ, Jana. Certifikovaný kurz pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání ve FN Motol. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství XI: (recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí)*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2009, s. 19 – 23 ISBN 978-80-87347-02-7.
3. JIRKOVSKÝ, Daniel, ed. *Sborník pomocných učebních textů a výukových prezentací Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání: (recenzovaný sborník)* [CD-ROM]. vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-87347-04-1.
4. JOWETT, Sandra. *Challenges and change in nurse education: a study of the implementation of Project*. Great Britain: National Foundation for Educational Research in England and Wales, 1994. ISBN 0700513604 (v.1) 0700513612 (v.2)
5. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3., upravené a dopl. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.
6. SVATOŠ, Tomáš. *Československo 1918 – 1939 pohledem Reformního hnutí*. In: Mezinárodní odborné sympóziu: Inovativní přístupy ve výuce ošetřovatelství. EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND, PRAHA & EVROPSKÁ UNIE: INVESTUJEME DO VAŠÍ BUDOUCNOSTI. Projekt č. CZ.2.17/3.1.00/33270: Inovace praktické výuky ošetřovatelství. Praha: Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol, 2012

**Korespondence:**

PhDr. Hana Nikodemová

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

E-mail: [hana.nikodemova@lfmotol.cuni.cz](mailto:hana.nikodemova@lfmotol.cuni.cz)

## ČINNOSTĚ A VZDELÁVÁNÍ OPERAČNÝCH SESTIER NA SLOVENSKU OD KONCA 19. STOROČIA

<sup>1</sup> Lubica Ilievová, <sup>2</sup> Erika Juríková

<sup>1</sup> Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

<sup>2</sup> Katedra klasických jazykov, Filozofická fakulta, Trnavská univerzita v Trnave

### **Súhrn:**

*Autorky sa v príspevku zaoberajú vzdelávaním a činnosťou sestier, ktoré pôsobili na operačných sálach na pozíciách operačných sestier. Sestry pre potreby pôsobenia na operačných sálach do roku 1948 získavali vzdelanie na ošetrovateľských školách, cirkevných alebo štátnych. Na začiatku 50. rokov sa vzdelávali prostredníctvom vzdelávacích kurzov pre operačné sestry a po roku 1957 mali možnosť absolvovať kvalifikačné atestácie operačných sestier. V rokoch 1966 – 1991 bolo organizované pomaturitné špecializačné štúdium v odbore operačná sestra. Jedným z rehoľných rádov, ktoré pôsobili na operačných sálach, bol rád sestier Svätého Kríža.*

### **Kľúčové slová:**

*operačná sála, vzdelávanie operačných sestier, rehoľné sestry, sestry Svätého Kríža*

### **Summary:**

*The authors of the article deal with education and activities of nurses who worked in operating theatres in positions of surgical nurses. Nurses needed in operating theatres have been acquiring their education at nursing schools, church or state ones. At the beginning of the 50s they were educated through training courses for surgical nurses and after 1957 they had the opportunity to complete their qualification for surgical nurses. In the years 1966 - 1991 a specialized post-secondary study in the branch of a surgical nurse was introduced. One of the religious orders, which worked in operating theatres, was the Order of Sisters of the Holy Cross.*

### **Key words:**

*operation theatre, education of nurses, nuns, sisters of the Holy Cross*

Existencia operačných sestier v takej podobe, v akej ich pohyb na operačných sálach registrujeme v súčasnosti, nie je historickou samozrejmosťou. Všetko, čo sa v určitých súvislostiach spája s pojmom činnosti a vzdelávania operačných sestier, je výsledkom dlhoročnej genézy. Pôsobenie rehoľných sestier (ošetrovateliek), ich pohyb na operačnej sále ako prvých v úlohe operačných sestier je zaznamenaný koncom 19. storočia a začiatkom 20. storočia. Činnosť, ktorú sestry vykonávali na operačných sálach, bola založená na empirii. Ich vzdelávanie bolo podmienené vývojom ošetrovateľstva, vznikom ošetrovateľských škôl a vzdelávaním ošetrovateliek z povolania. Až do roku 1914 v ošetrovateľskej praxi pracovali prevažne rehoľné sestry a civilné ošetrovatelky. Odborný „zácvik“ nových ošetrovateliek mali na starosti už skúsené ošetrovatelky.

Inštitucionalizované vzdelávanie ošetrovateliek nastalo až po roku 1914, keď zdravotnícky odbor rakúskeho Ministerstva vnútra vydal nariadenie č. 139/1914 o ošetrovaní chorých. Na základe nariadenia, osoby, ktoré pracovali ako ošetrovatelky chorých, museli absolvovať odborný výcvik v dvojročných ošetrovateľských školách, ktoré boli zriaďované pri nemocniciach. Ošetrovateľskú školu mohli navštevovať civilné sestry i rehoľné sestry. Prvá ošetrovateľská škola, ktorá ovplyvnila ošetrovatelstvo a vzdelanie sestier na Slovensku, bola založená v Prahe v roku 1916. Vzdelávanie ošetrovateliek bolo určené na dva roky. Po ukončení školy zložili absolventky záverečnú skúšku a získali titul diplomovaná ošetrovatelka. Pôsobenie ošetrovateliek sa po ukončení ošetrovateľskej školy rozšírilo z ústavnej a nemocničnej ošetrovateľskej starostlivosti aj na preventívnu sociálnu starostlivosť so špeciálnym zameraním na deti a návštevnú službu v rodinách.

Vzdelanie, ktoré absolventky získali na ošetrovateľskej škole, je možné považovať za vôbec prvé vzdelanie sestier pracujúcich na operačných sálach, a to napriek tomu, že neexistoval samostatný predmet v učebnom pláne ošetrovateľských škôl, ktorý by bol cielene zameraný na výučbu poznatkov potrebných k činnosti na operačnej sále. V tom období sa činnosť ošetrovatelky pri lôžku prelínala a striedala s činnosťou sestry na operačnej sále. Ich odborná príprava závisela od starostlivosti primára alebo jednotlivých lekárov a ostatných, skúsenejších sestier, prevažne rehoľných. O pracovnom zaradení sestier na operačnú sálu rozhodovala Matka predstavená konkrétnej rehole, ktorá vykonávala ošetrovateľskú starostlivosť v nemocnici. Na Slovensku bola ošetrovateľská služba najviac zastúpená sestrami Svätého kríža.

### **Vzdelávanie operačných sestier na Slovensku do roku 1948**

Po roku 1927 sa vzdelávanie operačných sestier realizovalo v rámci štúdia na ošetrovateľských školách. V rokoch 1927-1948 existovali na území Slovenska tri ošetrovateľské školy. Kvôli praktickej výchove boli zriaďované pri nemocniciach. Odborná príprava ošetrovateľského personálu trvala dva roky. Štúdium bolo realizované dennou formou a bolo ukončené záverečnými skúškami pre skúšobnou komisiou.

#### **Cirkevné ošetrovateľské školy:**

1. Škola pri Štátnej nemocnici v Bratislave. Viedli ju Milosrdné sestry sv. Kríža.
  2. Škola pri Štátnej nemocnici v Košiciach. Viedli ju Milosrdné sestry sv. Vincenta.
- Školy v Bratislave a v Košiciach slúžili hlavne pre výcvik rehoľných sestier. Okrem rehoľných sestier mohli na týchto školách študovať aj civilné sestry. Výučba sa skladala

z teoretickej a praktickej prípravy. V rámci praxe boli študentky zaraďované okrem iných aj na chirurgické oddelenie, na chirurgickú ambulanciu a na operačnú sálu.

3. Krajinská dvojročná škola pre vzdelávanie diplomovaných sestier ošetrovateliek nemocných v Martine. Škola bola určená pre civilné ošetrovatelky.

Po ukončení štúdia na ošetrovateľskej škole absolventky získali diplom a používali titul diplomovaná sestra. Boli zamestnávané na klinikách Štátnej nemocnice v Bratislave, v krajinských nemocniciach na Slovensku, v sociálnych ústavoch a v sanatóriách. Po ukončení ošetrovateľskej školy mohli byť zamestnané aj na operačnej sále. Sestry, ktoré vykonávali ošetrovateľskú činnosť a činnosti na operačných sálach, boli zväčša rehoľné sestry. Na operačnú sálu boli zaraďované výberovo, vždy po určitom, minimálne jednoročnom období praxe na chirurgickom oddelení. Išlo o najschopnejšie sestry, ktoré sa v praxi osvedčili. Až do roku 1953, keď bol organizovaný prvý vzdelávací kurz pre operačné sestry, bolo jediným vzdelaním sestier ukončené vzdelanie na ošetrovateľských školách.

#### **Vzdelávanie operačných sestier od roku 1948 do roku 1960**

V roku 1948 bol na základe vydania nového školského zákona zjednotený systém vzdelávania stredných zdravotníckych pracovníkov. Dovtedy existujúce ošetrovateľské školy na Slovensku boli zrušené a zriadili sa odborné zdravotnícke školy. Spravované boli Ministerstvom školstva. V roku 1953 prevzalo správu zdravotníckych škôl Ministerstvo zdravotníctva v Prahe, v Bratislave to bolo Povereníctvo zdravotníctva. Po roku 1948 bolo podmienkou prijatia sestry na operačnú sálu absolvovanie štúdia v odbore zdravotná sestra, detská sestra alebo ženská sestra a prax na chirurgickom pracovisku najmenej jeden rok. Na operačnej sále boli zapracovávané služobne staršími a skúsenejšími sestrami. Na prelome 40. a 50. rokov to boli ešte rehoľné sestry, ktoré uvádzali do praxe prvé civilné operačné sestry, absolventky už len jednotných štátnych zdravotníckych škôl. Po roku 1950 dochádza postupne vo všetkých nemocniciach vo vtedajšom Československu k výmene rehoľných sestier za sestry civilné. Rehoľné sestry museli opustiť všetky pracovné posty, ktoré v nemocniciach zastávali.

Vzdelávanie na operačných sálach sa realizovalo individuálnym štúdiom, získavaním teoretických vedomostí a praktických zručností a prijímaním rád a pomoci od ostatných pracovníkov na operačnej sále. Najčastejšie to boli ostatné operačné sestry a lekári, ktorí sa starali o vzdelávanie svojich menej skúsených kolegyň.

#### **Vzdelávacie kurzy pre operačné sestry na začiatku 50. rokov**



V roku 1953 bol prvý raz zorganizovaný vzdelávací kurz pre operačné sestry na pôde I. chirurgickej kliniky v Štátnej nemocnici v Bratislave. Kurz navštevovalo asi 20 operačných sestier z celého Slovenska. V dopoludňajších hodinách prebiehala prax na operačných sálach rôzneho zamerania. V popoludňajších hodinách sa účastníčky kurzu zúčastňovali teoretických prednášok. Záverečná skúška pozostávala z inštrumentovania určitého zákroku na chirurgickej operačnej sále I. chirurgickej kliniky Štátnej nemocnice v Bratislave. Sestry, ktoré úspešne ukončili kurz, dostali potvrdenie o jeho absolvovaní. Kurzy pre operačné sestry si neskôr na Slovensku organizoval každý Krajský ústav národného zdravia.

### **Kvalifikačné atestácie operačných sestier po roku 1957**

V roku 1957 Povereníctvo zdravotníctva, ktoré v rokoch 1945 – 1968 riadilo zdravotníctvo na Slovensku, vydalo inštruktáž o vykonaní kvalifikačnej atestácie stredných zdravotníckych pracovníkov, medzi ktorých patrili aj operačné sestry. Atestácie vykonávalo Povereníctvo zdravotníctva, ktoré mohlo ich vykonaním poveriť niektorý zdravotnícky odbor Rady Krajského národného výboru. Na kvalifikačnú atestáciu v odbore operačná sestra sa mohla pripravovať sestra po predchádzajúcom schválení zdravotníckym odborom Krajského národného výboru na návrh lekára (primára) daného pracoviska. Ďalšou podmienkou bolo, aby sestra pracovala na operačnej sále aspoň dva roky. Príprava na atestačnú skúšku trvala pol roka, pričom sa kandidátka pripravovala na svojom pracovisku (operačnej sále) pri práci pod vedením poverenej osoby, ktorou bol primár alebo iný lekár. Záverečná atestačná skúška sa skladala z teoretickej a praktickej časti, trvala jeden až štyri dni. Po úspešne vykonanej skúške absolventka dostala potvrdenie o tom, že je špecialistom v skúšanom odbore a že je oprávnená vykonávať špecializované práce. Kandidáti, ktorí neprospeli, mohli opakovať atestáciu len raz, a to po šiestich mesiacoch.

### **Vydanie prvej učebnice pre operačné sestry**

Až do začiatku 50. rokov, keď boli na Slovensku organizované prvé vzdelávacie kurzy špeciálne zamerané na vzdelávanie operačných sestier, ich individuálne vzdelávanie bolo dlhodobo sprievodným javom na operačných sálach rôzneho zamerania. Prvá učebnica – príručka pre sestry na operačných oddeleniach, bola vydaná v roku 1955 v Prahe. Knihu napísal kolektív autorov pod odborným vedením doc. MUDr. Bohuslava Niederleho. Učebnica mala pomôcť operačným sestrám, aby osvojenie ich špeciálnych úloh bolo čo najrýchlejšie, sústavné a úplné. Od sestier, ktoré často krát získavali predstavu o operácii len vlastným spoznávaním, sa pri inštrumentovaní žiadalo

pochopenie a porozumenie operačného výkonu. Učebnica ako prvá svojho druhu obsahovala podrobný popis pracovného prostredia na operačných sálach. Oboznamovala s vybavením operačnej sály, organizáciou práce na sále a s povinnosťami jednotlivých pracovníkov.

Učebnica bola po úpravách a doplnení textu o kapitoly o modernejších prístrojoch na operačnej sále, o inštrumentáriu používanom v rôznych operačných odboroch, šicích materiáloch a operačných odboroch vydaná ešte trikrát. V roku 1987 vydal Inštitút pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Brne dvojdielne skriptum, obsahom ktorého bol prehľad všeobecných a špeciálnych zásad inštrumentovania. Ako učebná pomôcka bola používané takisto v Čechách aj na Slovensku. V roku 1997 bola na Slovensku vydaná učebnica pre Stredné zdravotnícke školy s názvom „Inštrumentovanie v operačnej sále“, určená pre študijný odbor Vyššieho odborného štúdia Diplomovaná operačná sestra.

#### **Pomaturitné špecializačné štúdium v odbore operačná sestra v rokoch 1966 – 1991**

Z dôvodu nutnosti sústavného zvyšovania odbornej úrovne zdravotníckych pracovníkov s úplným stredným odborným vzdelaním Povereníctvo zdravotníctva zriadilo 1. júla 1960 Stredisko pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave. V roku 1963 bolo stredisko premenované na Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP. Pre operačné sestry organizoval Ústav pre ďalšie vzdelávanie SZP v rokoch 1966 – 1991 pomaturitné špecializačné štúdium na úseku práce – Inštrumentovanie na operačnej sále. Pomaturitné štúdium zabezpečoval ÚĎV SZP v spolupráci s krajskými ústavmi národného zdravia. Podmienky štúdia boli určované vyhláškami Ministerstva zdravotníctva SSR.

Podmienky štúdia určené vyhláškou č. 44 Ministerstva zdravotníctva SSR z 3. marca 1966 pre zdravotníckych a iných odborných pracovníkov:

- najmenej 3-ročná prax na operačnej sále
- výber účastníkov do pomaturitného štúdia vykonávajú riaditelia KÚNZ prostredníctvom primára príslušného odborného oddelenia
- riaditeľ KÚNZ určí pracovníka zodpovedného za sústavné vedenie účastníka pomaturitného štúdia
- pomaturitné štúdium je trojročné, má dve časti:

1. První část' představuje individuálne štúdium, trvá dva roky. Počas dvoch rokov sa SZP pripravujú podľa plánu vypracovaného ÚĎV SZP. Znalosti získané v priebehu pomaturitného štúdia preveruje zodpovedný pracovník aspoň raz za pol roka.
2. Druhá časť je organizovaná formou diaľkového štúdia s pravidelnými konzultáciami, ktoré zabezpečujú ÚĎV SZP alebo organizačno-metodické oddelenia KÚNZ.
  - pomaturitné štúdium je ukončené záverečnou, teoreticko-praktickou skúškou pred komisiou
  - o úspešne vykonanej záverečnej skúške obdrží SZP osvedčenie
  - skúška môže byť opakovaná najskôr po pol roku, a to najviac 2-krát.

Absolventi, ktorí úspešne ukončili Pomaturitné špecializačné štúdium, obdržali Osvedčenie o vykonanej skúške. Neskôr, v súlade s vyhláškou č. 79/1981 dostali Vysvedčenie o kvalifikačnej atestácii SZP. Na základe vyhlášky č. 77 z roku 1971 bola skrátaná dĺžka štúdia z troch na jeden a pol roka. Obsah štúdia bol v priebehu dvoch rokov opäť rozdelený na všeobecnú a špeciálnu časť.

Posledné zmeny nastali v pomaturitnom štúdiu na základe vyhlášky č. 79/1981. Dĺžka štúdia sa skrátala na jeden rok. Podmienkou prijatia bolo ukončenie štúdia na strednej zdravotníckej škole v odbore zdravotná, detská alebo ženská sestra a trojročná prax na chirurgickom oddelení. V čase štúdia musel frekventant špecializačného štúdia pracovať na operačnej sále. Forma štúdia bola diaľková a externá. Diaľkové štúdium zahŕňalo dve sústredenia ako školiace akcie ÚĎV SZP a riadené samostatné štúdium. Externé štúdium sa realizovalo pod vedením určeného školiteľa ako riadené samostatné štúdium v kombinácii s konzultáciami.

V priebehu štúdia účastníci diaľkovej a externej formy vykonávali skúšky z predmetov určených podľa učebného plánu. Ďalej boli povinní absolvovať odbornú prax vo vybraných zdravotníckych zariadeniach KÚNZ, a to na oddelení komplexu operačných sál v dĺžke najviac 4 týždňov. Štúdium bolo ukončené záverečnou teoreticko-praktickou skúškou.

Zmena v koncepcii vzdelávania v zdravotníckom školstve, ktorá nastala po roku 1989, vychádza z kritérií Európskej únie pre vzdelávanie sestier a z požiadaviek zdravotníckej praxe zo systému doterajšej prípravy sestier. V roku 1992 sa začalo realizovať vzdelávanie sestier v operačných sálach na stredných zdravotníckych školách, ktoré získali akreditáciu realizovať vyššie odborné vzdelanie. Štúdium bolo aktivované ako

dialčkové štúdium, dvojročné, tj. 4-semesterálne, s názvom študijného odboru Diplomovaná operačná sestra.

#### **Podmienky štúdia:**

- do dialčkového štúdia sú prijímaní absolventi odboru všeobecná sestra (zdravotná, ženská, detská sestra), ktorí majú minimálne 3-ročnú prax na akomkoľvek chirurgickom pracovisku, ale pri prijatí na štúdium a počas celého štúdia musia študujúci pracovať v operačnej sále niektorého chirurgického odboru
- rozsah učiva všetkých predmetov v rámci štúdia predstavuje 720 hodín, z toho 420 hodín priamej výučby a 300 hodín nepriamej výučby, počas ktorej musí študujúci prakticky absolvovať určené operačné výkony pri vybraných chirurgických zákrokoch
- v priebehu štúdia študujúci vykonávajú zápočty a skúšky z jednotlivých predmetov
- štúdium je ukončené absolventskou skúškou, ktorá je komisionálna. Pozostáva z obhajoby absolventskej písomnej práce a z teoreticko-praktickej skúšky z odboru.

Od školského roku 1992/93 do školského roku 1999/2000 sa študijný odbor Vyššieho odborného štúdia Diplomovaná operačná sestra aktivoval v 9 stredných zdravotníckych školách na Slovensku. Počet absolventiek bol 567.

Existencia operačných sestier v takej podobe, v akej ich pohyb na operačných sálach registrujeme v súčasnosti, nie je historickou samozrejmosťou. Všetko, čo sa v určitých súvislostiach spája s pojmom činnosti a vzdelávania operačných sestier, je výsledkom dlhoročnej genézy. Pôsobenie rehoľných sestier (ošetrovateliek), ich pohyb na operačnej sále ako prvých v úlohe operačných sestier je zaznamenaný koncom 19. storočia a začiatkom 20. storočia.

#### **Pôsobenie rehoľných sestier v chirurgickej operačnej sále trnavskej nemocnice v rokoch 1935 – 1956**

##### **Bez platu a dovolenky**

Trnava ako prvá zo slovenských miest získala výsady slobodného kráľovského mesta. Vznik mestskej nemocnice, ktorá sa nachádzala pri kostolíku sv. Heleny, nie je presne datovaný. Prvá písomná správa o nej pochádza z roku 1490. V prvých storočiach svojej existencie predstavovala skôr xenodochium – sociálno-zdravotnícke zariadenie, ktoré slúžilo prevažne ako útulok pre starých, chudobných a zväčša i chorých občanov mesta. V rokoch 1700-1777 ho dalo mesto k dispozícii študentom Lekárskej fakulty Trnavskej univerzity, aby v ňom vykonávali klinickú prax. Význam mestského špitála stúpil

predovšetkým v časoch epidémií infekčných chorôb, ktoré boli v meste častým javom. Prinášali ich jednak kupci, ktorí sa v Trnave museli zastaviť vzhľadom na jej privilégium slobodného kráľovského mesta, jednak vojaci, ktorí sem prichádzali počas vojenských konfliktov. Napríklad koncom roku 1704 priniesli morovú nákazu cisárski vojaci, ktorí v meste prezimovali po bitke s oddielmi protihabsburských vzbúrencov pod vedením Františka II. Rákociho. Odohrala sa na Vianoce roku 1704 neďaleko Trnavy pri Hrnčiarovciach nad Parnou a podľa dobových záznamov vtedy na následky epidémie zahynulo v meste 200 obyvateľov. Ďalším dôvodom šírenia epidemických nákaz bola nedostatočná kvalita vody, pretože potok Trnávka aj mestský rybník, z ktorého sa čerpala voda na konzumáciu, boli zároveň smetiskom. Xenodochium malo nedostatok zdravotného personálu. Zmena k lepšiemu nastala až v prvej polovici 19. storočia, keď sa začali stavať modernejšie nemocnice, ktorých cieľom mala byť starostlivosť o chorých v každom veku. Chorí spravidla neprichádzali do nemocnice dobrovoľne, pretože mali oprávnené obavy. Neexistovala anestézia, sterilizácia, dezinfekcia. Mnohé zákroky, najmä chirurgické, boli veľmi bolestivé, takže chorí z nemocnice radšej ušli, aby sa im vyhli. Novú nemocnicu dala v Trnave postaviť Bratislavská župa v roku 1824 a v roku 1851 bola vyhlásená za verejnú. Po rakúsko-uhorskom vyrovnaní v roku 1867 a po odchode Nemcov a Čechov sa opäť stala útlkom pre nevyliciteľne chorých a stratila charakter verejnej nemocnice. V roku 1897 dala Bratislavská župa budovu zrenovovať. Krajinská nemocnica v Trnave sa stala štátnou nemocnicou. V roku 1913 pribudla v jej komplexe nová budova chirurgického oddelenia so 120 posteľami, ktorá bola v tom čase najmodernejšou na Slovensku. Operačná sála s prípravovňou a sterilizačným prístrojom sa nachádzala na prízemí aj na poschodí. Bola vybavená aj RTG prístrojom.

### **Rozmanité povinnosti sestier**

V nemocnici pracovalo okrem ďalšieho personálu asi 50 rehol'ných sestier sv. Kríža vo funkcii ošetrovateliek. Niektoré z nich boli tzv. sálovými sestrami V chirurgickej operačnej sále – sestra Klarisa Krajčovičova tu pracovala 20 rokov, sestra Enkrácia Žigmundová 13 rokov, sestra Kasiana Kamendyová 7 rokov, sestra Ernestína Štrbová 5 rokov. Sestra Klarisa bola zároveň aj vrchnou sestrou celého chirurgického oddelenia. Všetky boli absolventkami ošetrovateľskej Školy pri Štátnej nemocnici v Bratislave, čo ich oprávňovalo vykonávať prax aj v operačných sálach. Sestry prichádzali pracovať do operačnej sály po rozhodnutí Matky predstavenej, ktorá mala na starosti celý personál sväto-krížskej rehole. Do skončenia II. svetovej vojny bola matkou predstavenou sestra

Otília, ktorá však po oslobodení musela odísť, pretože bola Nemka. Na jej miesto nastúpila sestra Leona Radošovská. Pracovný čas sestier v operačnej sále bol v podstate nepretržitý. Nastupovali ráno o šiestej, operovať sa začínalo o siedmej. Denne sa robili 3 až 4 zákroky. Pri operačnej sále bola umyváreň, v ktorej sa pripravovali operatéri a inštrumentárky. Ruky si umývali v jadrovom mydle, ktoré sestry rozvarili na kašu a miešali s glycerínovým olejom. Ruky sa potom oplachovali benzoliehom. Operačné obleky boli biele, ústa boli kryté maskou, na hlavu si lekári dávali operačné čiapky, ženy šatky z hydrofilového mulu. Neboli sterilné, odhadzovali sa, keď boli znečistené. Operačné pole sa trikrát umývalo alkoholom, potom jódom tinktúrou. Podávanie anestézie mal na starosti ošetrovateľ, pán Kunovský. Používala sa éterová alebo novokaínová anestézia. Éter nakvapkali na gázu a vkladali do masky, ktorú operovanému priložili na tvár. Novokaín si sestry pripravovali svojpomocne tak, že novokaínový prášok miešali s destilovanou vodou a varili v sklenej banke na azbestovej podložke. Používal sa ako lokálna anestézia, aplikovali ho do svalu. V lokálnej anestézii sa operovali hernie, strumy, varixy, menšie úrazy. Anestéziologický prístroj sa začal používať až v roku 1954, keď anestéziu zabezpečovala MUDr. Nábělková. Ako šijací materiál sa používal hodváb a ľan, sestry ho pred operáciou varili na kovových cievkach v destilovanej vode. Inštrumenty a ostatné pomôcky sa sterilizovali v sterilizačnej miestnosti na dvoch parných autoklávoch a na vodnom tlakovom variči. Steny a podlahu umývali peroxidom. Po skončení plánovaného operačného programu museli byť sestry ďalej k dispozícii, pripravené kedykoľvek opäť inštrumentovať.

Nová sestra v operačnej sále mala dva mesiace na zácvik, v tom čase ju viedli služobne staršie sestry. Prvé dva mesiace sa k novej sestre vždy sterilne umývala a obliekala ešte jedna, ktorá jej pomáhala s inštrumentovaním. Tento systém zácviku sa v operačnej sále v podstate zachoval dodnes. Podrobnejšiu anatómiu a jednotlivé kroky operačného výkonu vysvetľoval novej sestre primár MUDr. Nádaši. Okrem štyroch sestier pracovali v operačnej sále dvaja ošetrovatelia. Na chirurgickom oddelení pri lôžku pracovali sestry Pelagia, Dobromíra, Benjamína, Irmina, Borgia, Emerika, Eulógia, Ida, Erazma.

### **Nepretržite k dispozícii**

Rehoľné sestry bývali v areáli nemocnice, pri kaplnke, čo im umožňovalo byť stále k dispozícii. V nemocnici sa taktiež stravovali. Plat nemali, dostávali tzv. vestiár – príspevok na ošatenie, obuv a vreckové 150 – 300 korún mesačne. Až ku koncu pôsobenia po roku 1950 dostávali asi 1 000 korún mesačne. Nemávali ani dovolenku, len raz do roka absolvovali dvojtýždňové duchovné cvičenia. Gynekologicko-

pôrodnické oddelenie bolo založené v roku 1939. Dovtedy poskytovalo pomoc, najmä operačnú, chirurgické oddelenie. Prvým prednostom oddelenia sa stal MUDr. Elemír Nemeč. V operačnej sále inštrumentovala sestra Hugolína, ktorú zaučala sestra Enkrácia z chirurgického oddelenia. Očné oddelenie bolo zriadené v roku 1953 z očného ordinariátu, ktorý založili v roku 1939 na chirurgickom oddelení. Prvým ordinárom sa stal MUDr. Nyulassy, pri zákrokoch inštrumentovala sestra Heliodora Selecká, ktorá prišla do Trnavy spolu s ním. Predtým pracovala na internom oddelení v Bratislave a nemala skúsenosti s inštrumentovaním. Učil ju to sám MUDr. Nyulassy. V laboratóriu pracovala sestra Tarzícia. V roku 1952 prichádzajú do chirurgickej operačnej sály prvé civilné sestry – Gitka Vlasáková z Radošiny a Milka Feješová z Ohaja. Obidve ukončili Zdravotnícku školu v Bratislave. Mestský národný výbor v roku 1956 vyzval sestru predstavenú, aby sa rehoľne sestry „vyzliekli“ (opustili rehoľu), čo ony odmietli. V auguste toho istého roku boli odvezené do Močenku pri Trnave a neskôr pridelené do rôznych, zväčša sociálnych ústavov, kde sa starali o mentálne handicapovaných ľudí, starých ľudí, siroty a pod.

*Príspevok bol spracovaný na základe použitia literárnych zdrojov a taktiež na základe rozprávania PhDr. Vladimíry Paličovej, pani Márie Bernadičovej, Edity Leiferovej a rehoľných sestier, ktorých mená sú uvádzané v článku. Sestry Enkrácia, Erazma, Tarzícia a Heliodora žili v Charitnom dome v Cerovej pri Trnave.*

*Štúdiá je súčasťou riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky KEGA č. 019TTU-4/2015, ktorý sa pod názvom Kultúrno-historické aspekty vzniku trnavských tlačí 2. polovice 18. storočia rieši na Filozofickej fakulte Trnavskej univerzity (2015 – 2017).*

#### **Literatúra:**

1. BEL, Matthias. Notitia Hungariae novae historico-geographica. zv. II. Viedeň 1736, § XL.
2. BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M. (1962) Lekárska fakulta Trnavskej univerzity (1770-1777). Vydavateľstvo Slovenskej Akadémie Vied, Bratislava. 136 s.
3. DOBROTKOVÁ, M. Bitka pri Hrnčiarovciach v roku 1704. In: BABIRÁT, M., DOBROTKOVÁ, M., MONCMANOVÁ, E. Hrnčiarovce nad Parnou. Obecný úrad Hrnčiarovce nad Parnou 2003, s. 41 – 56.
4. KAZIMÍR, Š. (2010) Trnava v rokoch 1526-1848. In: Dejiny Trnavy, zv. I. J. Šimončíč (ed.). Trnava: Mesto Trnava 2010, s. 151 – 224.
5. UGOR, P. (1974) Z histórie trnavského zdravotníctva. 150 rokov nemocnice v Trnave. NsP Trnava
6. Vyhláška 44/1966 Zb. Povereníctva zdravotníctva SSR o zdravotníckych a iných odborných pracovníkoch
7. Vyhláška 77/1971 Zb. Ministerstva zdravotníctva SSR o zdravotníckych pracovníkoch a iných odborných pracovníkoch v zdravotníctve

8. Vyhláška 79/1981 Zb. Ministerstva zdravotnictva SSR o zdravotnických pracovnících a iných odborných pracovníkoch

**Korespondence:**

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Slovenská republika

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

Email: [lubica.ilievova@truni.sk](mailto:lubica.ilievova@truni.sk)



## **VYUŽITÍ MULTIMEDIÁLNÍCH DIDAKTICKÝCH PROSTŘEDKŮ V PŘÍPRAVĚ VŠEOBECNÝCH SESTER**

**Jana Haluzíková**

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

### **Souhrn:**

*Príspevek obsahuje prezentaci výsledků projektu ESF OP VK č. CZ. 1.07/2.2.00/29.0005 Zkvalitnění výuky a poskytovaných služeb podporující rovný přístup ke vzdělávání na SU v Opavě.*

**Klíčová slova:** *komunikační technologie, videozáznamy, vzdělávání, všeobecná sestra*

## **USAGE OF MULTIMEDIA DIDACTIC INSTRUMENTS IN GENERAL NURSE PREPARATION**

### **Summary:**

*The contribution is based on a presentation of the results of the ESF OP VK project No. CZ.1.07/2.2.00/29.005 Quality improvement of teaching and provided services facilitating coequal approach to education at the SU in Opava.*

**Key words** *communication technology, videorecording, education, nurse*

### **Úvod**

Modernizace medicíny a ošetrovatelství vede k nutnosti neustále revidovat cíle a obsahy ošetrovatelského vzdělávání a s ním související výukové postupy (Knechtová, 2014). V současné době věda a moderní školství využívají moderní technologie, které se staly nedílnou a neoddělitelnou součástí vzdělávacího procesu. Dostupné informační a komunikační technologie jsou stále více využívány pro zprostředkování a řízení procesu učení. V posledních letech jsme byli svědky masivního pronikání e-learningu do různých oblastí vzdělávání.

### **Vlastní text**

Poskytovaná kvalita zdravotní péče nabývá stále většího významu, nezpochybnitelná je příprava zdravotnického personálu.

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

specializacemi v základní rovině. V současné době se zvyšují nároky na aktivitu studenta při studiu a rozvíjení jeho samostatnosti.

Studenti v oboru všeobecná sestra mají k dispozici ke studiu odborné knihy, skripta. V rámci projektu byly napsány studijní opory a vytvořeny e-learningové kurzy. Jedná se o zcela nový typ vzdělávacích aktivit, které vede studující k větší míře samostatnosti, podporují využívání multimediálních opor a zapojení kritického myšlení. Pro studenty k vybraným stávajícím e-learningovým kurzům a studijním oporám jsme vytvořili videozáznamy.

### **Cíl projektu**

Projekt byl zaměřen na inovaci a modernizaci praktické výuky ošetrovatelských postupů v bakalářském studijním programu B 5341, v oboru všeobecná sestra. Dalším cílem projektu bylo vytvořit videozáznamy k vybraným klinickým a společensko- vědním předmětům.

### **Realizace projektu**

Projekt byl realizován v letech 2012-2015. Videozáznamy byly pořízeny v odborných učebnách simulačního centra Slezské univerzity v Opavě, ve Slezské nemocnici v Opavě, v Městské nemocnici v Ostravě a v dětském centru Čtyřlístek v Opavě.

### **Metodika**

V přípravné fázi projektu jsme prostudovali sylaby k vybraným předmětům a poté k jednotlivým disciplínám napsali scénář, který byl konzultován s odborníky ve zdravotnických zařízeních.

### **Videozáznamy**

Byly natočeny videozáznamy z těchto předmětů: Ošetrovatelské postupy, ošetrovatelství v akutní a intenzivní péči, ošetrovatelská péče o nemocné na hemodialýze, dezinfekce a sterilizace, psychomotorický vývoj kojence.

## Očekávání

Vytvořením videozáznamů očekáváme u studentů především:

- Zlepšení efektivity učení, lepší studijní výsledky pro studenty
- Zvýšená účast studentů a odpovědnost v procesu učení
- Podpora studentů v různých fázích učení
- Propojení tradičních učebních metod
- Získání zpětné vazby od studentů

## Závěr

Vytvoření videoprogramů přispěje k atraktivnímu způsobu studia a zkvalitnění výuky a vzdělávání. Předpokládáme, že inovace a modernizace teoreticko-praktických předmětů povede ke zkvalitnění výstupních dovedností absolventů v oblasti specifických kompetencí (Jirkovský, 2010). Pedagog má celou řadu nástrojů jakým způsobem může aktivizovat a motivovat studenta a vést jej ke kritickému myšlení.

**Podpořeno Projektem ESF OP VK č. CZ. 1.07/2.2.00/29.0005**  
*Zkvalitnění výuky a poskytovaných služeb podporující rovný přístup ke vzdělávání na SU v Opavě.*

## Literatura

1. JIRKOVSKÝ, D. (2010) Inovace praktické výuky ošetřovatelství. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*, s. 80-82, 1. vyd., Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2010, ISBN 978-80-87347-03-4.
2. OVŠONKOVÁ, A., LEPIEŠOVÁ, M., ZANOVITOVÁ, M. (2013) E-learning education in pediatric Nursing. In *Nursing of The 21<sup>ST</sup> in the proces of changes 2013*, s.269-272, 1. vyd., Nitra, 2013, ISBN 978-80-558-0421-7.
3. KNECHTOVÁ, Z. (2014) Využití reflektivní praxe ve vysokoškolské výuce ošetřovatelství: příležitosti a úskalí. In *Cesta k modernímu ošetřovatelství XVI*, s. 195-200, 1. vyd., Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2014, ISBN 978-80-87347-17-1.

## Korespondence:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.  
Slezská univerzita v Opavě  
Fakulta veřejných politik v Opavě  
Ústav ošetřovatelství  
Hauerova 4  
746 01 Opava  
Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

## KOMPETENCE SESTER V EVROPSKÉ UNII

<sup>1</sup>Jana Křivková, <sup>2</sup>Stanislava Reichertová

<sup>1</sup>2. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze, Ústav ošetřovatelství

<sup>2</sup>Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií

### **Souhrn:**

*Autorky příspěvku přináší ucelený pohled na problematiku požadavků Evropské unie na vzdělávání sester, uznávání odborných kvalifikací a z nich vycházejících kompetencí nelékařských profesí dle nastavené legislativy. Příspěvek prezentuje všeobecné vymezení termínu kompetence a legislativního podkladu v České republice. Hlavní část je věnována historickému přehledu vzniku Evropského systému vysokého školství a z něj vycházejících požadavků na vzdělávání sester a určení kompetencí sester včetně naplnění pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. V závěru je upřesněna legislativa nastavená v České republice včetně očekávané novelizace zákona č. 96/2004 Sb.*

**Klíčová slova:** *Kompetence; Kvalifikace; Ošetřovatelství; Sestra; Vzdělávání*

## COMPETENCE OF NURSES IN THE EUROPEAN UNION

### **Summary:**

*Authors of the contribution brings holistic view on an issue of European union demands on nurse education, professional qualification recognition and from above mentioned followed competences of paramedical professions within boundaries of its legislation. Contribution presents general demarcation of term competence and its Czech Republic foundation. Main part is dedicated to a historical review of foundation of European University system and its resulting demands on nurse education and determination of nurse competences including pre-gradual and post-gradual education fulfillment. There is a description of legislative in the Czech Republic including upcoming amendment of law no.: 96/2004 in the end.*

**Key words:** *Competence; Qualification; Nursing; Nurse; Education*

### **Úvod**

V souladu s legislativním nastavením pregraduálního vzdělávání sester dle požadavků Evropské unie se Česká republika dostala do nesrovnalostí při dualitě získávání kvalifikačního vzdělávání sester. Toto současné žhavé téma se odráží i v nesrovnalostech a nastavení kompetencí sester, jejich zařazení do pracovních tříd a následnému finančnímu ohodnocení. Očekávaná novela zákona č. 96/2004 Sb., ve které by měly být jasně definovány podmínky o získávání způsobilosti sester k výkonu povolání a následné vytýčení či případné navýšení kompetencí sester s jednotlivými specializacemi, by měla vnést do této situace vyjasnění a definitivní uklidnění současné situace.

### **Vlastní text**

Pojem kompetence je možno chápat ve všeobecném kontextu jako rozsah pravomocí a rozsah způsobilostí. Pravomoc vychází z tzv. vnější pověřovací podmínky k provedení určité práce, což znamená oprávnění dělat dané věci. Kdežto způsobilost je dána vnitřními podmínkami člověka, tedy jeho vlastnosti, postoje a schopnosti vyúsťující v potenciál dané věci provést. Za kompetentního člověka tedy můžeme považovat takového jedince, který musí splnit předpoklady pro samotný výkon a je trvale schopný dosáhnout požadovaných výsledků, čili jednat s určitou dávkou zodpovědnosti spolu se splněním určitých kritérií vymezených danými znalostmi (Plamínek, 2014, s. 125-126). Kompetence v ošetrovatelství dávají sestřím možnost vykonávat sesterské povolání. Na základě požadavků Evropské unie na nové typy vzdělání v oblasti ošetrovatelství na začátku 21. století Mezinárodní rada sester vytvořila pro vyjasnění role sestry mezinárodní kompetence všeobecné sestry. Čtyři základní oblasti kompetencí všeobecné sestry jsou v České republice vymezeny v metodickém pokynu vyhlášky č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra, ve kterém jsou stanoveny minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Do první oblasti kompetencí autonomní - nezávislé - je zahrnuto mimo uspokojování potřeb pacienta ve všech věkových kategoriích, které vznikají v souvislosti s onemocněním, také umění sestry udržovat a podporovat zdraví nemocného, podílet se na prevenci vzniku onemocnění a vést jej k výchově ke zdraví a podávání informací. Do druhé oblasti kooperativní - závislé kompetence spadá koordinace a plnění odborných úkolů v multidisciplinárním týmu za současného respektování rolí ostatních profesionálů, kdy sestra na základě indikace lékaře provádí vyšetření a léčebná opatření a zároveň se nevymezuje za hranice svých kompetencí a znalostí. V opačném případě požádá o spolupráci kompetentní spolupracovníky. Třetí oblast zahrnuje kompetence sester ve výzkumu a vývoji v oblasti v ošetrovatelství. Sestra v každodenním kontaktu s praxí má možnost využít výsledky výzkumu právě při realizaci svých sesterských činností. Na základě toho, že se sama podílí na výzkumné práci v multidisciplinárním týmu za využití všech dostupných informačních zdrojů, postupně získává další vědomosti a tím se snaží zvyšovat svůj odborný růst. Čtvrtá oblast kompetencí v oblasti řízení ošetrovatelské péče, je pro sestru stanovená k rozeznání rizik pro zdraví a provedení opatření k zamezení působení těchto rizik, kdy spolupracuje jak ve skupinách, tak i s jinými odborníky. Taktéž hodnotí, kontroluje, řídí a vzdělává své podřízené,

sleduje efektivitu provedených činností a je přítomna procesu rozhodování v oblasti zdravotní politiky a řízení v oblasti ošetrovatelství (Věstník MZ ČR, 6/2008).

Sesterské kompetence jsou dány stupněm dosaženého vzdělání, následném získání kvalifikace či specializace. V květnu 1998 byla ministry školství, zástupci čtyř zemí (Francie, Německo, Itálie a Spojené království) v Paříži k 700letému výročí Sorbonny podepsána tzv. Sorbonnská deklarace, na které došlo k úmluvě o sjednocení a harmonizaci Evropského systému vysokého školství. Ministři se shodli na konkrétních zásadách a cílech, a to i přes výrazné změny v systému jednotlivých zemí (5-6leté studijní programy nahradit flexibilnějším strukturovaným studiem) a položili základ Evropskému prostoru vysokoškolského vzdělávání. Česká republika, Švýcarsko a další země se připojili k této deklaraci již před podpisem Boloňské deklarace (o vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání do roku 2010 - European Higher Education Area – EHEA), která byla podepsána v červnu 1999 a v Boloni 31 ministry z 29 zemí a byla základním podkladem pro navržení a upřesnění vzdělávání a to na pregraduálním a postgraduálním stupni vzdělávání. První cyklus pregraduálního vzdělávání trvajících studia v délce tří let bude zakončen získaným bakalářským titulem a z hlediska evropského uplatnění na trhu práce bude mít kvalifikační úroveň. Postgraduální vzdělávání bude možné absolvovat vždy po pregraduálním vzdělávání, kdy bude dosaženo magisterského nebo doktorského titulu, možnost i obojího (tři cykly vzdělávání byly schváleny v roce 2001 v Berlíně, první cyklus - bakalářský, druhý cyklus - magisterský, třetí cyklus - doktorský). Cílem Boloňské deklarace bylo zlepšení volného pohybu studentů a akademických pracovníků v Evropě, vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání do roku 2010 (vyhlášeno v březnu 2010), vytvořit systém národních systémů řešící studium ve třech stupních, vytvoření společných standardů a metodických postupů pro zabezpečení kvality a určení rámce kvalifikací. Boloňský proces má v současnosti 48 členů, kromě zahrnutých 47 zemí (včetně zemí Evropské kulturní dohody) je členem i Evropská komise včetně konzultativních členů, kterými jsou Rada Evropy, Unesco-Cepes, Evropská asociace univerzit, Evropská unie studentských svazů, Asociace institucí vysokoškolského vzdělávání a další (European Higher Education Area, 2014).

Česká republika se vstupem do Evropské unie v roce 2004 zavázala k naplňování požadavků, které se týkají vzdělávání, uznávání odborných kvalifikací a kompetencí nelékařských profesí. Profesionální kompetence sester v České republice vycházejí z

příslušných předpisů práv Evropského společenství a umožňují sestřám dle vyplývajících kompetencí volný pohyb na trhu práce v Evropské unii. Rada Evropy již v 60. letech minulého století vypracovala směrnice a doporučení pro jednotnou kvalifikaci a vzdělání sester. Ve Strasburgu byl v r. 1972 Radou Evropy vydán oficiální dokument o vzdělávání sester č. 59, ke kterému se postupně přihlašovaly přistupující členské státy Evropské unie včetně Světové zdravotnické organizace - 1985, 2000, Mezinárodní rady sester - 1984, 1999 a Mezinárodní úřadovny práce - 1986 (Jirkovský, 2004). Rada Evropy v roce 1995 určila rámec obsahu studia v odborných předmětech s názvem Role a vzdělání sester. Dle směrnic Evropské unie pro kvalifikační přípravu všeobecné sestry spadají mezinárodní kritéria, která jsou platná ve všech členských státech Evropské unie. Uchazeči musí splňovat věk 18 let, což znamená, že do kvalifikačního vzdělávání jsou přijímáni pouze uchazeči po skončení středoškolského vzdělání. Studium musí být výhradně odborné a to v délce trvání minimálně tři roky. Základním pilířem studia je vykonání odborné praxe, které zastává minimální podíl 50%, činící minimálně 2300 hodin odborné praxe. Do direktiv Evropské unie spadá možnost mimouniverzitního studia k získání kvalifikace všeobecné sestry, ale za předpokladu možnosti přijetí a dalšího univerzitního studia sestry. Dle směrnice Rady ministrů EU č. 89/48/EHS je stanoveno za jakých podmínek je sestře uznána kvalifikace v členských zemích Evropské unie, z čehož vyplývá, že absolvování střední zdravotnické školy jako konečné získání kvalifikace všeobecné sestry Evropská unie vůbec neakceptuje (směrnice 2005/36/ES, směrnice 89/48/EHS). Pro splnění nastavených podmínek a norem Evropské unie byl v České republice v roce 2004 vydán zákon č. 96/2004 Sb., o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), kde jsou stručně definovány povolání a legislativně zanesené kompetence všeobecných sester.

Odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry je možné získat absolvováním tříletého studia a to jak na vysokých školách v akreditovaném zdravotnickém bakalářském studijním oboru pro přípravu všeobecných sester, tak i na vyšších zdravotnických školách také v délce trvání studia tři let a to v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Současná legislativa tímto nabízí výše uvedenou dvojkolejnost pregraduálního vzdělávání všeobecných sester v České republice, která mimo jiné vnáší nesrovnalosti jak mezi samotné vzdělávací instituce, management

poskytovatelů ošetrovatelské péče, tak i samotné nelékařské pracovníky (zákon č. 96/2004 Sb., Mikšová, 2013).

Zákon uvádí i termín vykonání povolání bez odborného dohledu, které mohou vykonávat absolventi vysokých a vyšších zdravotnických škol spolu s absolventy vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, dále tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách a to pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004 (zákon č. 96/2004 Sb.). Absolventi studijního oboru všeobecná sestra studovaném na středních zdravotnických školách, dále absolventi tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách při zahájení studia prvního ročníku ve školním roce 2003/2004, a v neposlední řadě absolventi studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole při zahájení studia prvního ročníku nejpozději ve školním roce 1996/1997 mohou své povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem a to do doby uplynutí tří let výkonu povolání všeobecné sestry. Poté jsou zařazeny do výkonu povolání bez odborného dohledu. Legislativní úprava kompetencí sester v České republice byla také vymezena a zakotvena ve vyhlášce MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve které byly vymezeny činnosti jednotlivých pracovníků. Ta ale byla zrušena a dne 14. března vyšla nová vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která v současné době vymezuje kompetence všeobecných sester. Pokud sestra chce pracovat samostatně bez odborného dohledu, musí doložit osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, které vydává MZ ČR vždy na dobu určitou. Sestra je po celou registrační dobu nucena se vzdělávat a nashromáždit určitý počet kreditů, který ji opravňuje k získání dalšího registračního období a jsou tím dány předpoklady k celoživotnímu vzdělávání sester (Vyhláška 4/2010 Sb.).

Stanovení kompetencí sester a jejich nárůst byl očekáván od tzv. malé novely zákona č. 96/2004 a to zákona č. 105/2011 Sb., který vešel v platnost 25. března. K navýšení a upřesnění kompetencí sester ale nedošlo, pouze bylo stanovena nelékařským pracovníkům možnost vykonávat některé činnosti do získání specializované způsobilosti pod dohledem nelékařských pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného



dohledu. 1. ledna 2013 měla být v platnost uvedena tzv. velká novela zákona č. 96/2004 Sb., kterou bude zrušena i vyhláška č. 55/2011 Sb., ale dosud je zákon stále ve fázi jednání a úprav.

### Závěr

Současně nastavenou legislativu zákona č. 96/2004 Sb. řeší transformační skupina, která se snaží najít a nastavit nový strategický koncept k transformaci nelékařských zdravotnických povolání v České republice včetně Ministerstva zdravotnictví. Je ve všeobecném povědomí, že takto neucelené nastavení vzdělávání vnáší zmatek a nejednotnost do systému vzdělávání na úrovni obou zastupujících stran vzdělávacích jednotek, vysokých a vyšších odborných škol, managementu poskytovatelů ošetrovatelské péče, ale i samotných sester. V nově zvoleném konceptu by se měly odrazit zvolené preference vzdělávání a výše nastavených kompetencí od samotných sester, a taktéž vyvstat preference managementu poskytovatelů ošetrovatelské péče.

### Literatura

1. EUROPEAN HIGHER EDUCATION AREA. *Bologna process*. (2014) [cit. 2015-12-08] Dostupné na internetu: < <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>>
2. JIRKOVSKÝ, D., ARCHALOUSOVÁ, A. (2004) Kvalifikační a postkvalifikační vzdělávání všeobecných sester v Evropské unii. *Vojenské listy*, 2004, roč. 73., č. 1, s. 20-23. ISSN 2336-2146.
3. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., ze dne 28. listopadu 2008 pro studijní obor všeobecná sestra. *Věstník ministerstva zdravotnictví, Česká republika*. 2008, roč. 2008, částka 6, s. 14-15. poslední aktualizace 21. 02. 2011. [cit. 2015-12-08] Dostupné na internetu: < [http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra\\_2197\\_947\\_3.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html) >
4. MIKŠOVÁ, Z., ŠAMAJ, M., MACHÁLKOVÁ, L., KAMENÍČKOVÁ, J. (2013) Dualita kvalifikační přípravy všeobecných sester v ČR. *Medicina pro praxi*, 2013, roč. 10 (11-12), s. 401-402. ISSN 1214-8687.
5. PLAMÍNEK, J. (2014) *Diagnostika a vitalizace firem a organizací: Teorie vitality v podnikatelské a manažerské praxi*. Praha: Grada, 2014, 184 s. ISBN 978-80-247-5323-2.
6. Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES, ze dne 6. července 2005, o uznávání odborných kvalifikací. *Úřední věstník Evropské unie*. (2005) poslední aktualizace 30. 9. 2005. [cit. 2015-12-08] Dostupné na internetu: <<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:cs:PDF>>
7. Směrnice Rady 89/48/EHS, ze dne 21. prosince 1988, o obecném systému uznávání vysokoškolských diplomů vydaných po ukončení nejméně tříletého odborného vzdělávání a přípravy. *Úřední věstník Evropské unie*. (1989) poslední aktualizace 24. 1. 1989. [cit. 2015-12-08] Dostupné na internetu: < <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0048&from=CS>>

8. VYHLÁŠKA č. 4/2010 Sb., ze dne 17. prosince 2009, kterou se mění vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. In Sbíрка předpisů, Česká republika. (2010) poslední aktualizace 8. 1. 2010. [cit. 2015-12-08] Dostupné na internetu: <[http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=cc33f8ca-8ce2-47c1-ae74-93b261621ec1&groupId=11063](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=cc33f8ca-8ce2-47c1-ae74-93b261621ec1&groupId=11063)>
9. VYHLÁŠKA č. 55/2011, ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 2011, roč. 2011, částka 20, č. 55, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
10. VYHLÁŠKA č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon), Sbíрка zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. ISBN 8096-8099.
11. ZÁKON č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In Sbíрка zákonů, Česká republika, roč. 2004, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244.

**Korespondence:**

Mgr. Jana Krivková  
Ústav ošetřovatelství  
2. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
Email: [jana.krivkova@lfmotol.cuni.cz](mailto:jana.krivkova@lfmotol.cuni.cz)

## **SUPERVIZE JAKO JEDNA Z MOŽNOSTÍ HODNOCENÍ KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Jaroslava Raudenská**

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Oddělení klinické psychologie FN Motol

### **Souhrn:**

*Klinické dovednosti sestry jsou hodnoceny kolegy i pacienty na základě komunikačních dovedností a utváření vztahů s pacienty. Proto je vhodné komunikační dovednosti hodnotit, k čemuž slouží různé ratingové nástroje. Sestra by si ale měla uvědomit, jak je do vztahu s pacientem osobně vtažena. Může si najít tedy způsob, jak lépe porozumět sobě: uvědomit si, jaké city prožívá, zkoumat své pocity vůči pacientům se svými kolegy nebo v supervizi a dokázat rozlišovat mezi zdravým a nezdravým protipřenosem. Proto je vhodná pravidelná odborná supervize v ošetřovatelství. Například úkolem balintovské práce je najít „schované“ ve vztahu sestra a pacient, zejména ve spojení s emocemi.*

**Klíčová slova:** vztah sestra a pacient, supervize, klinické dovednosti, komunikace, ošetřovatelství

### **Úvod**

Obecně je supervize určitý způsob nahlížení situace nebo problému, která umožňuje širší kontext, souvislosti. Supervize může být zaměřena na lepší porozumění, prohloubené prožívání a rozvoj profesního chování, na klinické dovednosti, profesní růst. Staví na ochotě naslouchat a respektovat názory druhých, zaměřuje se na zjištění překážek v práci a hledá řešení pracovních problémů. Supervize má různé druhy a funkce. Může být prováděna s jedincem, skupinou, týmem a může být zaměřená na organizaci, pracovníka (klinické dovednosti), nebo konkrétní případ.

### **Hodnocení klinických dovedností včetně komunikace**

K získání dat potřebných k hodnocení klinických dovedností sestry včetně komunikace je možné využít zdravotní dokumentaci, administrativní databázi, logbooky, pozorování, portfolio a dotazníky. Pravidelné a rutinní pozorování klinických postupů zahrnuje i hodnocení komunikace. Nejvíce užívanou formou pozorování je hodnocení: supervizorů, spolupracovníků a pacientů včetně rozborů videonahrávek. K hodnocení kvality klinické dovednosti je možné užít dotazník vyplněný minimálně deseti spolupracovníky z týmu. Podává názory na dvě dimenze práce sestry: 1. klinické schopnosti (odborné znalosti, vedení ambulantních pacientů, zvládání komplikovaných případů, řešení problémů) a 2. profesionalitu (respekt, psychosociální aspekty nemoci, soucit a odpovědnost) (Ramsey et al., 1993). Dotazník, v kterém hodnotí klinické dovednosti sestry pacient, by mělo

vyplnit minimálně dvacet pět pacientů z pracoviště (Webster, 1989). Hodnocení sestry pacientem je možné v těchto oblastech: shoda s pacientovými představami o léčbě; komunikace a edukace; koordinace léčby; pocit pohody během ošetření; vyjadřování emoční podpory a mírnění strachu a úzkosti; zahrnutí rodiny a přátel do léčby; kontinuita léčby. Sestra může užít k získání výše uvedených informací o sobě strukturovaný rozhovor nebo dotazník (Delbanco, 1992). Sebeuposuzovací škálu vedení rozhovoru s pacientem je potom vhodné užít ve zpětné vazbě a sebereflexi sestry.

### **Vztah mezi sestrou a pacientem**

Vztah mezi sestrou a pacientem znamená vzájemnou, pozitivní a emoční vazbu. Předpokladem pro jeho vytvoření je podpůrný postoj k pacientovi, vzájemná koalice v řešení potíží a chápání pacienta jako partnera. Pokud sestra pacientovi rozumí a dá mu to najevo, vzbuzuje v něm důvěru. Potom může pacient najít odvahu k vyjádření i emocí a obav spojených s onemocněním. Vztah k sestře si pacient vytváří na základě zkušeností s předešlými vztahy. Vztah mezi sestrou a pacientem v sobě nese příměs minulých vztahů obou. Z psychoanalýzy znamená **přenos** zvláštní, afektivně zbarvený vztah pacienta k terapeutovi, který můžeme modifikovat na vztah pacienta k sestře. Pacient se k sestře obrací s takovými očekáváními, přáními, pocity, která měl, nebo má k významným osobám ze svého dětství, nebo jiným významným osobám v pozdějším životě (rodiče, partneři, nadřízení a jiné authority). Rozvoji přenosu se nelze vyhnout. Při přenosu pacient nereaguje na skutečnou osobu sestry, ale na to, co si do osoby sestry promítá ze svých vztahů a zážitků z minulosti. Pozitivní přenos k sestře většinou znamená sympatie, projevování citů a ochotnější podrobení se léčení (Beran, 2009). V negativním přenosu k sestře se objevuje skryté nepřátelství a rezervovanost. Vědomá práce s přenosem dává jasné hranice: sestra se vyjadřuje přímo, povzbuzuje pacienta, ale nevyvolává závislost, pracuje s jasnými pravidly dodržování léčby pacientem. **Protipřenos** aplikovaný na vztah sestry a pacienta znamená prožitky a reakce sestry směrem k pacientovi s příměsí sestřiných minulých vztahů. Přenos a protipřenos je možné využít tak, aby se jejich dynamika transformovala do zdravého a adaptivního jednání. Sestra si může najít způsob, jak lépe porozumět sobě: uvědomit si, jaké city prožívá, zkoumat své pocity vůči pacientům se svými kolegy nebo v supervizi a dokázat rozlišovat mezi zdravým a nezdravým protipřenosem (Dryden, 2008).

### **Balintovské skupiny**

Balintovské skupiny se zaměřují na vztah zdravotníka a pacienta, pracuje se přenosem i protipřenosem. Primárně byly určeny jako supervize pro praktické lékaře, mají ale dobré uplatnění i v ostatních pomáhajících profesích (Pačesová, 2004). Vztah mezi sestrou a pacientem ve skupině je viděn v nových rovinách, sestra dostává podporu, ale i jiné pohledy na svou práci a inspiraci. Skupina učí sestru naslouchat, komunikovat, vnímat pacienta jako partnera. Zakladatelem skupin byl v padesátých letech dvacátého století na Tavistocké klinice v Londýně lékař a psychoanalytik maďarského původu Michael Balint (1896-1970). Probírání jednotlivého případu ve skupině se skládá z pěti bloků: 1. nabídka: účastníci skupiny nabízejí případy, jedná se o pacienty, kteří se v terapii nezlepšují tak, jak by měli, nebo pacienti, s kterými „to nějak nejde“. Skupina si vybere jeden případ, který sestra přednese. 2. Sestra se odmlčuje a ostatní účastníci skupiny jí kladou otázky týkající se vztahu sestry a pacienta, potíží v léčbě, psychosociálního kontextu, anamnézy. 3. Fantazie: referující sestra mlčí a ostatní účastníci skupiny volně produkují fantazie týkající se vztahu sestry a pacient („Mám takovou fantazii, že ...“). 4. Účastníci skupiny uvažují, co by dělali na místě referující sestry („Já na tvém místě bych...“). Referující stále mlčí. 5. Poslední blok je shrnutí referující sestry: co se dozvěděla, co si myslí o případu teď, co cítila, má prostě poslední slovo (Raudenská a Javůrková, 2011). V průběhu skupiny je možné objevit to, co se skutečně odehrává ve vztahu mezi sestrou a pacientem na rozdíl od toho, jak to vnímá samotná sestra a jak sestra na pacienta reagovala. Objevení „schovaného“ ve vztahu spojeného s emocemi (pocitů úzkosti, studu, vzteku či viny) je úkolem balintovské práce. Sestra by si měla uvědomit, jak je do vztahu s pacientem osobně vtažena, že se jedná o vzájemnou cestu k autentické komunikaci.

### **Závěr**

Výsledky léčby jsou ovlivněny nejen klinickými dovednostmi sestry, ale i tím, jak sestra s pacientem komunikuje a jak kvalitní má vzájemný vztah s pacientem. Pokud je vztah založen na vzájemné důvěře, autentičnosti, trpělivosti, citlivosti a otevřenosti, může pacient najít odvahu k vyjádření i emocí a obavných myšlenek spojených s onemocněním. Sestra si může najít způsob, jak lépe porozumět sama sobě. Proto je vhodná pravidelná odborná supervize v ošetrovatelství.

**Podpořeno MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203**

**Literatura**

1. BERAN, J. Lékařská psychologie v praxi. Praha: Grada publishing 2009
2. DELBANCO, TL. Enriching the Doctor-Patient Relationship by Inviting the Patient's Perspective. *Ann Intern Med* 1992; 116/(5): 414-418.
4. DRYDEN, W. Poradenství. Praha: Portál 2008.
5. PAČESOVÁ, M. Lékař, pacient a Michael Balint. Praha: Triton 2004.
6. RAMSEY, PG. et al. Use of the peers ratings to evaluate physician performance. *JAMA* 1993; 269: 1655-1660.
7. RAUDENSKÁ, J. JAVŮRKOVÁ, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Praha: Grada publishing 2011.
8. WEBSTER, GD. Final Report of the Patients Satisfaction Questionnaire. Philadelphia: American board of Internal Medicine Committee on Evaluation of Clinical Competence, 1989.

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V Úvalu 84  
Praha 5 - 150 06  
Email: [jaroslava.raudenska@fnmotol.cz](mailto:jaroslava.raudenska@fnmotol.cz)

## ACQUISITION AND DEVELOPEMENT OF THE NURSING SKILLS IN FRANCE

*CZ: Získávání a rozvoj ošetrovatelských dovedností ve Francii*

**Karine Battaglia, Catherine Faurant**

L'Institut de Formation en Soins Infirmiers - l'Institut Hospitalier Franco-Britannique, Puteaux (FR)



# ACQUISITION AND DEVELOPEMENT OF THE NURSING SKILLS IN FRANCE



## Summary

- Presentation and training organization
- Aim and professionalisation
  - Concept of competences
  - Alternating theoretical and clinical training
- Getting the nurse state diploma and bachelor's graduation
- Post graduation :
  - The nurse specialisations
  - Advanced practical training

## Introduction

The Public Health Code in France rules the organization of the education in nurse healthcare.

The Education is based on the 2009 reference document which has introduced the concept of expertise, university lectures and B/M/Phd plan.

## The IFSI of the IHFB

- ▶ The Training Institute for the Nurse Healthcare is located in the CNIT, in the business area of la Défense.
- ▶ It is under the management of the l'Institut Hospitalier Franco-Britannique.





## L' IFSI de l'IHFB

Each year the Institute takes on :

- 92 nurse students
- 60 nurse auxiliaries students
- 45 childcare auxiliaries students



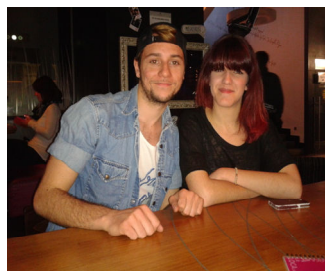
The Institute has a continuing education centre for the training of employees already in duty .

## Erasmus partnership



Our IFSI has established an Erasmus partnership with the Department of Nursing Second Faculty of Medicine, Charles University in Prague and Motol University Hospital.

In 2015, 2 french second year nurse students have achieved a 2 months training period in the Othopaedic and Cardiology departments.



## Training organization



The training at the Institute is carried out by :

- a pedagogic team which consists in permanent instructors who are health managers
- Temporary speakers selected for their expertise.

## Training organization

Part of the training in nursing is carried out by teachers of the Pierre and Marie Curie University since 2010:

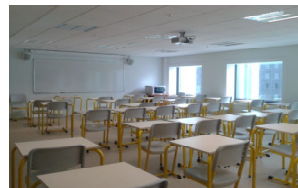
- Law, humanities and social Sciences
- Medical and biological Sciences



## Training organization

Various fields taught at the IFSI:

- Sciences and nursing technics, basis and methods
- Sciences and nursing technics, operations
- Knowledge ownership and nurse professional behaviour
- Working methods



## Duration of the educational period

The duration of the complete educational period is 3 years, or 6 semesters of 20 weeks each, all together 4 200 hours.

**The courses content is as follows :**

- Theoretical training courses in class rooms of 2100 hours
- Clinical training (as internship periods) of 2100 hours

**Additional individual work** is estimated at about 900 hours, or 300 hours per year. Total student workload is about 5100 hours.

## Educational methods

Courses are undertaken as :


- Master class and Lectures 750 Hours
- Workshops 1050 Hours
- Supervised personal works
- Practical training workshops
- Professional analysis workshops



## Social situation

- ▶ New health issues linked to ageing process
- ▶ People wish to be informed about their health
- ▶ Complexity, variety, permanent progress of the healthcare profession
- ▶ Economical constraints

## Aim of the training

 Fit the expertise of the nurses  
with the demand of the population for healthcare.

To become professional , the student must be able to develop in a progressive way the components of his skill thanks to the acquisition of knowledge , know how, proper attitudes and behaviour.

## The Expertise

Définition of the skill according to Guy Le Boterf

- The expertise is a set of knowledge going into action.
- Skills can be identified only in the course of the actions.
- Skills is upgradable and transferable.

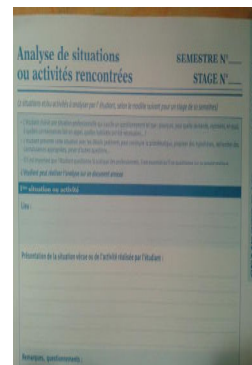
## Skill build up

- The student is trained to become a practitioner **independent, responsible and self questioning**
- He develops capabilities in theoretical and methodological knowledge , craft skill and relationship capabilities
- He learns to know his emotional feelings and to use them with the necessary distance professionally requested
- He develops a professional ethic

## Analysis of the professional situations

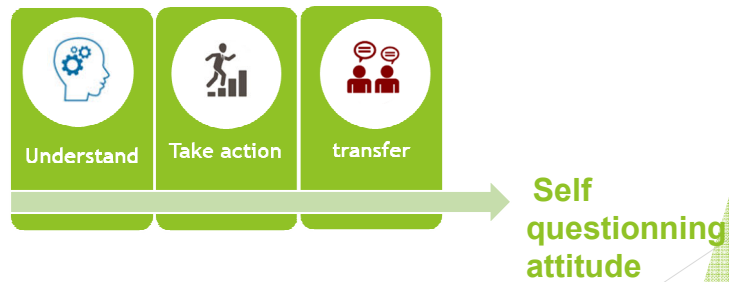
It is a must that the student wonders about his own way to practising

1. Anaysis of the situation during internship
2. Analysis of practising within a team



## Pedagogical basics

Training is organized around the study of practical situations which give to the students the opportunity to work on **3 learning steps**:



## The guidelines in training

The acquisition of the 10 compétences required for practicing the various activities of the nurse work are referenced in the training reference book, defined by the decree dated 31 July 2009.



## Five competences « core of the expertise »

- ❑ Assess a clinical situation work out a diagnosis in the field of nursing care
- ❑ Elaborate and lead a nursing care project
- ❑ Assist a patient in the achievement of its daily health care
- ❑ Put in place actions helping diagnosis et therapeutical application
- ❑ Initiate and put in place educational and preventive health care

## Five competences « cross expertise »

- ❑ Communicate and lead a relationship under nursing circumstances
- ❑ Analyse the quality of the care and improve the professional practicing
- ❑ Search for and analyse scientific and professional data
- ❑ Organize and coordinate nursing staff operations
- ❑ Inform and train professionals and people under education



## Pedagogical rules

The training reference book put in place a block release training which consists in :

- knowledge and know how acquisition based on situation encountered at work
- Application of this knowledge and know how within practicing situations

Relying on the control of the concept and the regular analysis of the professional situations.

## Course Units

36 topics split in 59 course units linked each other contribute to the skills acquisition.

Example: CU related to the skill 3 « assist a patient in the achievement of its daily care »

CU 2.10 S1 Infectiology, hygiene

CU 4.1 S1 Well being and comfort care

CU 5.1 S1 Help in the achievement of the daily care

## Clinical training

The work placement is both a place for the grasp of the knowledge built up by the student and a place for acquisition of new knowledge by means of:

- ✓ Observation
- ✓ Contribution to nursing care
- ✓ Being responsible of the patients
- ✓ Sharing the thoughts with the team
- ✓ Using the knowledge to solve various situations

## Work placement organization

Each student must have completed at least one internship in each of the following four type of expertise :

- Short period nursing (Medicine, Surgery, Obstetric)
- SSR/SLD (Follow up care and rehabilitation/care over a long period of time)
- Psychiatry/Mental health
- Living premises

## Work placement organization

These on-the-job training may occur any time during the 3 years of education and in any order of priority. A type of internship is not linked to any teaching semester.

The reference book recommends work placement over a period of 10 weeks in order to allow a useful learning period . Nevertheless it is possible to plan 5 weeks training period of time.

## Clinical training

The training period are organized over a period of time of 60 weeks or 2100 hours over 3 years:

	1° year	2° year	3° year
Duration	15 weeks	20 weeks	25 weeks

- One internship of 5 weeks during the first semester
- One internship of 10 weeks during the semesters 2, 3, 4 et 5
- One internship of 15 weeks split in 2 periods during the sixth semester

## Internship organization

Each student is working under the responsibility of an internship mentor, an internship supervisor and a professional in attendance on a daily basis. These 3 duties may be performed by the same person.

The **supervisor** is responsible for the pedagogical monitoring during the internship and takes care of the acquired knowledge assessment .

The **academic advisor**

- Takes care of the coordination with the hosting health care facility.
- Gives his input to the clinical training of the student and share the analysis concerning the student practicing method.

## Skills assessment during the internship

During the assessment interview, the supervisor identifies the strong points and the areas for improvement and promote the student self assessment

At the end of the internship period , the skills assessment takes into consideration :

- The training level
- The progress made in the capabilities development, based on encountered situations and in the implementation of healthcare

Mon PARCOURS : acquisition des COMPÉTENCES

Vous indiquez le niveau d'acquisition par critères. Les Indicateurs présentés en orange « essentiels de compétences » précèdent à partir de quels éléments le critère peut être validé.

Semestre n° : Stage n° : Lieu : Dates :

A améliorer = en cours d'acquisition    Après = au juste niveau du diplôme et en regard du stage    Non maîtrisé = non vu, non pratiqué au cours du stage

	BILAN INTERMÉDIAIRE			BILAN FINAL			COMMENTAIRES
	Mo	À	Non	Mo	À	Non	
<b>COMPÉTENCE 1 – Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier</b>							
Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coherence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence du diagnostic de situation clinique posé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>COMPÉTENCE 2 – Concevoir et conduire un projet de soins infirmier</b>							
Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inclusion dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence des réactions en situation d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>COMPÉTENCE 3 – Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens</b>							
Adaptation des activités proposées aux besoins et les souhaits de la personne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertinence dans l'identification des risques et application des mesures de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

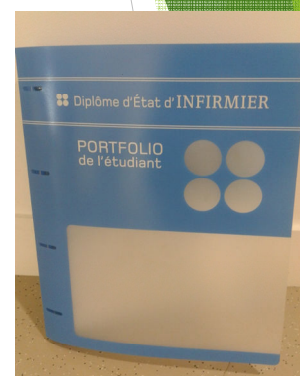
COMPÉTENCES

## Student Portfolio

The student builds up its skilfulness by working with the professionals and writing down in a portfolio the analysis of its work which helps him to check his progress.

The portfolio is a tool which is used to measure the progress of the student during the training period. It is focused on the skills acquisition, on the activities and on the nursing practice.

It includes notes written by the student and by the people responsible for the supervision of the internship, supervisor or mentor.



## Student portfolio

Each semester, the IFSI academic advisor responsible of the pedagogical follow up of the student makes the knowledge acquisition assessment with the student.

He advises the student and assist him for the continuation of its educational way.

The advisor might have to modify the internship plan in light of the content of the portfolio .



## Skills assessment

Each expertise is passed after the following :

- Validation of all course units linked with the expertise
- Validation of the practice assessed either during the internship or in the training institute.
- By the acquisition of all the skill items assessed during the training

## The State diploma

The Nurse State Diploma required to get 180 European credits (ECTS) corresponding to the acquisition of the 10 competences of the reference book :

- 120 European credits for the teaching units
- 60 European credits for the clinical training performed during the 7 internships.



## Science and Health Bachelor's degree

The nurse state diploma is equivalent to a level of Bachelor's degree.

The student can complete its education and register at the university in the 3rd year in order to be effectively graduated and obtain a Bachelor's degree in « health and science »



## Conclusion

The reference book prepares future professionals to fulfil the new healthcare requirement and allows to increase the field of skills and consequently the field of the nurse responsibilities by means of advanced practicing in the hospital or outside the hospital .

## Conclusion

These nurse advanced praticings sustain the evolutionary dynamics of the profession towards new perspectives which makes it more attractive and allows its enhancement.

Ex: Advanced practice nurse in gerontology, cardiology, nurse coordinating healthcare pathway, palliative care clinical nurse specialist .





DĚKUJEME VÁM ZA VAŠI  
POZORNOST

NOUS VOUS REMERCIONS  
POUR VOTRE ATTENTION