



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

CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XVIII.

recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí

Daniel Jirkovský (Eds.)



Fakultní nemocnice v Motole, 15.09. 2016

ISBN: 978-80-87347-23-2

Název publikace:

Cesta k modernímu ošetřovatelství XVIII. – 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, Ph.D.

Vydala:

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

jako svou 24. publikaci.

Počet stran:	266
Vydání:	první, Praha, 2016
Náklad:	150 výtisků na nosičích CD-ROM
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

Neprodejně!

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN: 978-80-87347-23-2

OBSAH:

	<i>str.</i>
Slovo úvodem	6
Mgr. Jana Nováková, MBA, PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA	
Vybrané problémy profese sester v postmoderní době	7
Doc. PhDr. Jaroslav Kořa	
Výročí otevření státní C.K. školy pro ošetřování nemocných v Praze – 100 let od počátku systematického vzdělávání a profesionalizace českého ošetřovatelství	31
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA	
Sledování indikátorů kvality - pádů ve Fakultní nemocnici Hradec Králové	35
Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D., Mgr. Dana Vaňková	
Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve FN Motol	39
Mgr. Daniela Bartoníčková, Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.	
Dobrovolnický program z pohledu akreditačního procesu ve zdravotnickém zařízení	49
MUDr. Ivana Štverka Kořínková	
Je pasivita a vyhýbání se pohybu u pacientů s chronickou bolestí pouze ošetřovatelský nebo i celospolečenský problém?	58
PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.	
Vzdelávanie sestier na Slovensku	72
Doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.	
Forenzne ošetrovatel'stvo	74
PhDr. Beáta Grešš Halász, PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.	
Pacientka v ženskom koncentračnom tábore Ravensbrück - kazuistika	81
PhDr. Andrea Ševčovičová	
Podiel ošetrovatel'stva v utečeneckom tábore Alexandria - Grécko	89
PhDr. Silvia Puteková, PhD.	
Ošetrovatel'ská starostlivosť poskytovaná sestrou z ADOS	92
PhDr. Alena Diacka, PhD.	
Faktory ovplyvňujúci stresový syndrom z premístění u seniorů	99
Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D., Mgr. Jana Kačorová, Ph.D., Bc. Klára Barvenčíková	
Komplexné geriatrické posúdenie v ošetrovatel'stve	105
PhDr. Oľga Kabátová, PhD.	

Model chronickej starostlivosti	110
PhDr. Lubomíra Tkáčová, PhD.	
Hydratácia u seniorov v zdravotníckom zariadení	118
PhDr. Jana Martinková, PhD.	
Modifikujúce faktory účasti žien na prevencii rakoviny krčka maternice na Slovensku	123
PhDr. Alena Uríčková, PhD.	
Hygienické umývanie rúk zdravotníckych pracovníkov v Poľsku	127
Krystyna Mizerska, Adrianna Kosior - Lara	
Dlouhá cesta k modernímu ošetrovatelství, aneb co vše lze zvládnout za jeden rok na NIP / DIOP	131
Mgr. Soňa Hájková, Mgr. Kateřina Mílotová	
Anestéziológia a intenzívna medicína v súčasnosti na Slovensku z pohľadu sestry špecialistky	138
PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s. , PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, dipl. s. PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
Roľa sestry na úseku anestézie	146
Mgr. Monika Matejová, PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
Anestézie pri cisárskom reze z pohľadu sestry	153
Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.	
Anestézia u geriatrických pacientov	160
PhDr. Andrea Bratová, PhD., Mgr. Adriana Benková	
Psychická pracovná záťaž v práci zdravotníckeho záchranára	167
PhDr. Dana Sihelská, PhD.	
Profesné riziká urgentných príjmov	182
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD., PhDr. Eva Balogová	
Zkušenosti s organizací ošetrovatelské péče v Beijing Children's Hospital, Capital Medical University of China	190
Mgr. Ilona Plecítá, Jitka Doubravová, Bc. Vladimíra Medvecová, Jarmila Mikoviniová, Gabriela Pavlová, Miroslava Petercová, Mgr. Lenka Rubešová, Mgr. Mária Vácová, Ivana Varvařovská, Jitka Viktorová	
Etikoterapie pro pomáhající profese	192
PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.	

Eliminace negativních emocí souvisejících s gastroenterologickým výkonem pomocí dobrovolníků v Krajské nemocnici Liberec	197
Mgr. Ing. Tomáš Hendrych, MUDr. Djoko Sartono, Dagmar Poláková	
Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry	205
PhDr. Marianna Cabanová, doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.	
Komunikace jako nástroj zlepšení kvality péče o pacienty trpící demencí	214
Mgr. Lucie Kubová	
Hodnocení aspektů verbální komunikace ve zdravotnickém týmu	220
PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Kateřina Ježková	
Varianty přístupů k ošetřování periferních žilních vstupů v některých českých a moravských nemocnicích	228
Mgr. Petra Sedlářová, PhDr. Marie Zvoníčková, PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.	
Quo vadis výskum v ošetrovatel'stve?	237
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, Ph.D., doc. PhDr. Jana Boroňová, Ph.D.	
Kvantitatívny výzkum v záverečných kvalifikačných prácich študentů, najčastejšie chyby a problémy	240
PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA	
Adaptácia nástrojov merania v ošetrovatel'stve - predstavenie vedeckej monografie	244
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, Ph.D., doc. PhDr. Jana Boroňová, Ph.D., PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
K definování výstupů z učení v ošetrovatel'ství	249
PhDr. Hana Nikodemová	
Recenze aktuální publikace - Kis Witzay Josephus/Jozef/József: De lingua/O jazyku/A nyelvrol	259
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, Ph.D., doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.	
Problematika výuky první pomoci u neslyšících a nedoslýchavých	262
Mgr. Jana Křivková, Mgr. Stanislava Reichertová	

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 ošetřovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila dne 15.09. 2016.

V letošním roce šlon již o 18tý ročník konference. Naše vzdělávací akce tedy vstoupila do formální dospělosti.

Na konferenci, ve třechblocích a v sedmi workshopech zaznělo více jak 60 příspěvků věnovaných managementu a kvalitě péče, profesi sestry, komunikaci a etice v ošetřovatelství, praxi v péči o seniory, praxi v oblasti intenzivní a urgentní medicíny, vědě, výzkumu a vzdělávání v ošetřovatelství, bazální stimulaci, krátkým intervencím s obézními pacienty, ošetřování cévních vstupů apod. Zaznělo tedy velké množství zajímavých a inspirujících příspěvků věnovaných nejen ošetřovatelské teorii, ale především dobré ošetřovatelské praxi.

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

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 2017!

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

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

Vybrané problémy profese sester v postmoderní době

Doc. PhDr. Jaroslav Kořa

Katedra pedagogiky Filosofické fakulty UK v Praze

Anotace:

Vývoj jednotlivých profesí směrem k jejich profesionalizaci je ovlivňován celou řadou dobových charakteristik. Ty se v průběhu dvacátého století měnily od moderny k postmoderně. Postmoderního ladění společnosti již odeznívá, ale mnohé ideové obraty a trendy stále přetrvávají. Obrat k nárokům individua vede k položení celé řady otázek provázejících vlastní výkon ošetrovatelské profese; text se pokusil některé vybrané problémy ošetrovatelství nastítnit.

Klíčová slova: *moderna, ošetrovatelství, postmoderna, profesionalizace, hédonismus, virtuální realita, globalizace, individualizace, respekt, prestiž*

Namísto úvodu...

Vědecké studium profesionality učených profesí se v sociologii zrodilo v období moderny, kterou lze datovat od konce devatenáctého století až do druhé poloviny dvacátého století, kdy ji postupně ve vyspělých zemích začalo doplňovat a zčásti nahrazovat postmoderní naladění ve společnosti. Na jedné straně věda studuje a popisuje reálné procesy probíhající v přírodě a v lidské společnosti, na druhé straně dynamika studovaných procesů či jejich vývoj jsou závislé na proměnách společenského klimatu. Porozumění celé řadě společenských procesů včetně profesionalizace profesí tak bylo a je významně ovlivňováno přechodem od moderny k postmoderně – a v současnosti zřejmě i postupným ústupem od některých postmoderních obrátů, které neobstály ve zkoušce času.

Moderna versus postmoderna

Jestliže podle teoretika W. Welsche lze postmodernu považovat za jeden z možných způsobů pokračování modernity, pak je jisté, že některé prvky modernity stále ovlivňují chod společnosti, jiné se pomalu vytrácejí z vědomí lidí. Jako klíčová nás bude zajímat otázka *profesionalizace učených profesí* včetně ošetrovatelství; tuto otázku se však pokusíme nejprve nastítnit v širších společenských kontextech, které se skrývají pod tituly *epocha moderny* a *postmoderny*.

Tzv. *moderna* představovala jeden z vrcholů osvícenského myšlení, které do dějin západní společnosti přineslo víru ve vzdělanost, v pokrok a v obrovské možnosti emancipace lidstva, které se opře o rozvoj věd. Osvícenské myšlení moderny obsahovalo velkou dávku víry v růst humanity, ve zvyšující se racionalitu vědy a s její pomocí odstranění bídy, nemocí a válek. Ve skutečnosti v období moderny došlo nejen k zlepšení života lidí, ale i k vytvoření totalitních režimů; pokrok vědy a techniky měl svůj rub v ekologické krizi; nevídaně stoupla produktivita práce, ale současně se prohloubilo vzájemné odcizení mezi lidmi a došlo k výraznému odkouzlení světa. Postmodernisté při analýzách zdůrazňovali rizikové faktory předchozího historického vývoje a konstatovali, že ideje a iluze moderny nejen, že nebyly naplněny, ale přivedly lidstvo na pokraj katastrofy. Moderna údajně selhala, proto je třeba ji dešifrovat či dekonstruovat iluze, které v dějinách vedly ke krizi věd, ekonomie, ekologie a v dalších oblastech.

Lidé žijící v epoše moderny považovali sami sebe za pokrokové. Již název *moderna* byl odvozený z latinského *modo* – jen tak, právě, nedávno. Moderní označovalo vše nově se formující na rozdíl proti zastaralému, přežitému, překonanému; *moderní* znamenalo rovněž velmi energické přizpůsobení se době, okamžiku, situaci. Moderna devadesátých let 19. století přinesla nový způsob myšlení, hledání efektivity produkce a nastolení inovativního přístupu ke světu a ke společenskému vývoji.

Moderní epocha pokračovala v některých tendencích antiky a středověku a to v tom, že ve filosofii i vědě šla k hledání nadsituačních, provždy platných, univerzálních odpovědí na problémy lidstva, výchovy a vzdělávání, v léčení nemocí apod. Do popředí bylo kladeno dobro národa či státu, lidským rozumem odhalovaná pravda, jejímž majitelem byl politik nebo vědec, kteří postupně z veřejné scény vytlačovali na okraj teology a kněze. V medicíně se ujímal rozhodujícího slova lékař, v pedagogice učitel, v právu soudce, ve správě veřejného života politik.

Vývoj moderní společnosti byl neodmyslitelně spjat se spontánní *profesionalizací profesí*, což je proces navazující na specifické postavení tradičních učených povolání, která ve středověku zastával kněz, soudce a lékař. Tyto zmíněné profese byly vzdělávány na univerzitách a jejich zvláštní a respektované postavení ve společnosti

bylo (a dodnes v podstatě je) dáno tím, že jejich členové pracovali s tajemstvím života a smrti.

Když se v novověku začaly prudce rozrůstat a diferencovat jednotlivé podoby vzdělanosti, došlo k tomu, že v posledních dvou stoletích se odehrál nejen nevídaný rozvoj dělby práce, ale vývoj vědění podnítl i dynamičtější formování učených profesí, které se daly na profesionalizační dráhu – architekti, stomatologové, a další. V druhé polovině dvacátého století o plnou profesionalizaci začali v západních zemích intenzivně usilovat také *učitelé, sociální pracovníci a zdravotní sestry*, které jsou profesemi v současné době nejvýrazněji spějícími k dosažení plnohodnotného vzdělání, ale i k završení emancipačního resp. profesionalizačního vývoje.

Mezi sociology západních zemí existoval zásadní konsensus v tom, že je nutno paralelně kultivovat některé výrazné složky profesionalizace, a to – velmi stručně řečeno – jsou: a) nejvyšší možná míra dosažitelného vzdělání (tedy v podstatě plnohodnotná vysokoškolská příprava); b) vědomí poslání a služby; c) vytvoření etického kodexu a profesních organizací, které budou bránit tomu, aby do dané profese nemohli pronikat diletanti, šarlatáni a blázni. Jako jeden z vedlejších bodů je i zájem na vytvoření symbolického systému odměn za profesní výkon.

Lesk a bída postmoderny

Zkusme se na chvíli věnovat charakteristikám postmoderního přístupu ke světu, životu a k druhým lidem. Postmoderna nevznikla jako programový proud, kde by na počátku byl vydán nějaký dokument hlásající, že v budoucnosti či od zítřka bude platit to, či ono. Mnozí postmoderní myslitelé dokonce odmítají prognostické či věštecké funkce filosofie a jednotlivých věd jako nemístné šarlatánství, které nelze opřít o nic věrohodného. Postmodernismus měl jakožto široký filosofický, kulturní a vědní proud poměrně dlouhou předeheru, ale jeho intenzivní nástup lze datovat od sedmdesátých let 20. století. Postmoderna vznikala tak, že se prohlubovala *reflexe* toho, co se spontánně či živelně odehrávalo ve společnosti v době, kdy se začaly výrazně hroutit iluze z osvícenství zděděné a rozšířené v období moderny. Nástup postmoderního ladění nebyla žádná náhlá či dokonce velká revoluce, ale krok za krokem postupující odmítání civilizačních příkazů, které se ukázaly jako přežitě. Vedle toho jsme byli svědky postupného

vystřízlivění z nemístného optimismu a pokrokového ducha moderny, které dnes velice těžce prožíváme jako ztrátu iluzorních a nereálných společenských perspektiv. Jakoby lidský život ztrácel jeden z nejdůležitějších rozměrů – a to naději. Ukázalo se také, že v postmoderní epoše politici nejsou schopni lidem předložit žádné útěšné vize a nikdo – kromě nevěrohodných populistů – není ochoten slibovat lidstvu nové ráje a zlaté věky. Právě ztráta (iluzivního a nereálného) výhledu do budoucnosti je dnes prožíván jako zdrcující průvodní jev současné éry.

V postmoderním čase nešlo tolik o to, že se nejen výrazně změnilo postavení lidí ve výrobních procesech a ve sféře služeb, ale proměnily se prudce zaměstnanecké, rodičovské, ale i společenské role většiny lidí. To stále ještě vyžaduje zvýšené adaptační úsilí, které zdaleka nejsou mnozí lidé schopni bez problémů zvládnout. V českých zemích navíc máme tendenci vidět některé velké společenské změny jen jako výraz či dokonce doznívání přežívajících nectností socialisticko-komunistické éry, ačkoliv jde o daleko širší a v mnohém dokonce celosvětové procesy, které se lidem v okcidentální civilizaci vymykají z rukou, nedokáží je vhodně usměrňovat, regulovat či kontrolovat.

Postmoderní myslitelé záhy odmítli ideologii člověka jako „pána a vládce přírody“, jak se jej snažila vidět renesance, novověká racionalistická filosofie a po ní osvícenské myšlení; člověka spíše nahlíží jako sociální bytost, která je vedle společenských vztahů obrácená do vlastního nitra, a zkoumá své požitky a vztahy ke světu. V postmoderní éře prudce vzrostla nedůvěra k obecným a nadindividuálním pravdám; dnes je důraz kladen na specifičnost života každého jedince; lidé se učí akceptovat rozmanitost hledisek, z nichž posuzují druhí svět; vyžadována je úcta a tolerance k odlišnostem. Lidé prosazují větší svobodu v rozhodování a odmítají akceptovat věčné pravdy objevené a vyslovené slavnými předky. Mnohé z toho, co bylo v nedávné minulosti pokládáno za důležité, podstatné nebo významné, se náhle v nových podmínkách ukazuje v odlišných perspektivách. A to posiluje pocit vratkosti a celkové životní nestability.

Jestliže zastánci moderny sami sebe považovali za pokrokové a optimisticky hleděli do budoucnosti, v postmoderní éře se pod vlivem velkých kulturních a ideových proměn řada společenství dostávala do krizových stavů, změnila se životní orientace lidí a narůstala bezradnost při hledání vlastní identity, při stanovování norem, pravidel, životních cílů a v pojetí hodnot. Spolu s důrazem na jedinečnost a osobní odpovědnost

za vlastní život začal stoupat výskyt psychických poruch, vzrostl počet sociálně patologických jevů, včetně úchylného, deviantního a kriminálního chování. Prohlubovala se nejistota, pochybnosti i úzkost z neznámého. Sociolog Z. Bauman konstatoval, že lidskou nespokojenost zapříčiňuje „bacil neurčitosti a nejistoty“, který lze odstranit zavedením nějaké nové nutnosti, řádu, který umožní znovuzrození šťastnějšího světa. To mimo jiné naznačuje, že odstranění nejistot by mohlo být uskutečněno zjednodušujícím populismem či demagogií, s nimiž se postmoderna hodlala rozejít jednou provždy, ale ze své vlastní povahy jim současně připravovala úrodnou půdu.

Jaké jsou nejvýraznější charakteristiky postmoderní společnosti? Co pro ni bylo typické? Za klíčový rys je považován radikální *pluralismus*; tedy nastupující rozmanitost životních způsobů i činností, typů myšlení, sociálních koncepcí. Pokud něco lze považovat za vklad postmoderny do dějin západu, pak je to odpor proti snahám vše vtěsnat do jednoduchých politických a vědeckých konceptů, tedy umělé či dokonce násilné udržování světa, v němž by vládla obecná výkladová schémata. S obecnými principy a zákonitostmi je konfrontována rostoucí touha rehabilitovat *jedinečnost, rozmanitost a pestrou různorodost*. Pluralita názorů a pravd je stavěna jako protipól snah o hledání společných pravd, budování mocenských center a formování centrálních přesvědčení. Při vytváření pluralistické společnosti získává i demokracie nové a nečekané rysy. Ve společnosti deklarující pluralismus jsme svědky snah o přátelskou či mírovou koexistenci velmi odlišných skupin lidí vyznačující se nestejnými, nestálými a leckdy zcela diametrálně odlišnými formami života, často i zcela protikladnými hodnotami a ideály. To podnítilo hledání odpovědi na otázku, zda příliš rozrůzněná společnost může být nějakým způsobem efektivně integrována společnými idejemi, morálkou či dokonce pouhým právním systémem.

Podle sociologa Z. Baumana postmodernu vyznačuje „tekutost“, tedy to, že veškeré ustálené a soudržné životní formy minulosti se rozpouštějí, proměňují a stávají se obtížně uchopitelné. Zmíněná *tekutost* se týká i mezilidských vztahů, což má bezprostřední vliv na mnohé osobní životy a vztahy k druhým lidem, včetně spolupracovníků, klientů, zákazníků, žáků, pacientů a mnoha dalších. Dochází k situaci, kdy lidé, kteří byli ještě nedávno spojeni pevnými příbuzenskými, společenskými i

pracovními svazky a společenskými závazky, se mohou nezávazně a v podstatě téměř lhostejně míjet.

Průvodním znakem tekutosti a proměnlivosti je v postmoderní společnosti *fragmentárnost, epizodičnost*, které se staví do protikladu k bývalým snahám o celistvost společnosti či jednotu. Podle Z. Baumana v postmodernismu bije do očí nepřítomnost takových rysů jako je „pevnost, určitost, trvalost a předem dané zavazující významy“. Z jeho slov cítíme závan nostalgie po zmizelé historické epoše modernity.

Je zřejmé, že pluralismus se v postmoderní době stával stále výrazněji provázaný s tolerancí k odlišnostem. *Vzestup multikulturalismu* přinesl, jak známo, respekt k existenci různorodých jazyků, národností, kultur a etnik. Multikulturalismus vede k pojetí kultury nejen jako koexistenci starobylých tradic (např. židovské, křesťanské, západní, islámské tradice nebo zvyklostí jednotlivých národů), nýbrž také k diskusím o povaze jazykové, náboženské, etnické, či genderové identity. Značným problémem se jako protipól uvedených snah stávají *vyhrocené formy multikulturalismu*. Přílišné akcentování existence kulturních rozdílů, jejich nadhodnocování spojené někdy až s propagandistickou adorací a podhodnocování vlastní kultury vyvolávají zcela opačné a společensky nežádoucí postoje, např. xenofobní reakce. Je zřejmé, že důraz a apel na odlišnosti může vyvolávat protikladné reakce. To se například projevilo již při zavádění programů postavených na antidiskriminaci a vyrovnávání příležitostí např. v USA. Vůdčí ideou těchto projektů bylo uznání náboženské, etnické příslušnosti, pohlavní orientace atd.. Ty neměly tvořit překážky či znevýhodnění, neměly bránit možnostem zastávat vyšší pozice ve společnosti. Paradoxní je, že antidiskriminační hnutí mělo i své negativní důsledky. Příslušníci menšin nebyli pojímáni v první řadě jako lidé, kterým je třeba pomoci v emancipačním procesu či jako plnoprávní a plnohodnotní občané státu, ale často jen jako příslušníci menšin, kteří existují v uzavření do svých specifických skupin. Podhodnocení vlastní kultury často dnes využívají populisté, kteří se pokoušejí učinit z národní ideje vůdčí princip udržení identity za cenu rozrušení nadnárodních vazeb a vztahů k širšímu lidskému společenství.

V postmoderní epoše vzrůstalo vědomí mnohoznačnosti věcí a událostí, v lidech narůstal pocit neurčitosti, nahodilosti nejrůznějších dějů a procesů, věcí a lidských skutků, což

značně posilovalo masově sdílené přesvědčení o absurdnosti současného světa. Jako únik ze soudobých zmatků a neuspořádanosti světa jsme svědky výrazných inklinací k transcendenci a rostoucího zájmu o duchovní otázky. U mnohých lidí jsme svědky snah vdechnout život iluzorní víře, že ve středověku existoval ve společnosti řád a pořádek – které lze vzkřísit a obnovit i ve zcela jiných společenských podmínkách – a dát tak lidem opět pevný životní program a jistoty, které ztratili na bludné pouti dějinami.

Postmoderní společnosti se pokoušejí bránit fragmentárnost idejí i světových názorů, lidé projevují odpor k omezování svobody individua a ke snahám manipulovat lidmi pomocí masmédií, politických kampaní a populistických tendencí. Místo dobovatelského vztahu k přírodě vystoupily do popředí snahy o upřednostňování ekologických či ekumenických zřetelů (v náboženském i sekulárním smyslu).

V postmoderní kultuře jsme byli rovněž svědky odmítání zastaralých představ o „přirozené“ a zděděné hierarchizaci umění, což v důsledku přináší postupné stírání rozdílů mezi bulvárním a vznešeným, posvátným a obyčejným či přirozeným. Do umělecké kreativity a tvorby namísto dodržování klasických estetických pravidel nastoupila nečekanými potencemi uvolněná fantazie. Životní postoje a tvůrčí stanoviska propadly krajnostem, hybridizacím a staly se oslavou nejrůznějších paradoxů a absurdit. *Snaha šokovat* zděděná z avantgardy se postupně vyprázdnila a provokace jsou většinou nudné, neinspirativní, a je zřejmé, že jde namnoze o čistě soukromé aktivity tvůrců, které již neoslovují širší veřejnost, ale pokud vůbec - tak pouze a jen malé skupinky přátel a stoupců tvůrce.

Namísto „velkých vyprávění“ či „nadpříběhů“ (J. F. Lyotard) tvořených ve filosofii, vědách či v dějinách se do popředí dostaly jazykové hry, reflexe schizoidních „já-struktur“, chaotické míšení posvátného a profánního, minulého a budoucího, komického a tragického. Namísto celoživotních přátelství vznikají kultovní společenství podobající se kmenovým kulturám, je adorován primitivismus pod heslem „přirozenosti“; v sekularizované společnosti dávno uprchlé bohy nahrazuje záliba ve studiu mýtů, archetypů a snů. Estetická rafinovanost si libuje v neurčitosti hranic sémantických polí; namísto hledání pravdy stoupá zájem o studium jazyka a nekonečné, bezbřehé komunikace bez slušnosti, vzájemného respektu a pravidel.

Politika i soužití lidí připomíná velmi často happening, což jen podtrhuje postmoderní ztrátu důvěry ve schopnost politiků řešit závažné společenské problémy. Jestliže se moderna zhlédla v různých variantách „vědeckého světového názoru“, pak postmoderní světový názor je spíše orientován esteticky a to nejen v architektuře, ale i v umění vůbec. I v humanitních vědách se projevuje odporem a kritikou všeho, co zavání funkčností, řádem, pravidelností či tradicemi.

Nápadné je dokončování *přechodu ke konzumní společnosti*, jejíž základy byly již pevně vytrasovány v období modernity. Moderní společnost se na světové scéně holedbala osvícenským příslibem všeobecného blahobytu a tím pádem i spotřeby hmotných statků v co nejširší možné míře. Konzum je v současnosti povázán se spotřebou nových zážitků, nekonečných inovací v uspokojování potřeb a stále se prohlubující touze po zisku. Jak oblast spotřeby, tak i mezilidských vztahů se vyznačují nejen tekutostí, ale jsou poznamenány i atributem „plasticity“. Mnohé vztahy se vyznačují dočasností, a podobně jako u spotřebního zboží sehrává v nich významnou roli užitek a vzájemná výhodnost. Z. Bauman tvrdil, že i svazky mezi lidmi jsou uzavírány především kvůli užitku a uspokojení z intimního obcování. Sociolog A. Giddens hovoří o „plastickém sexu“, protože podle něj se i tato nejintimnější záležitost lidského bytí vyznačuje dočasností a výrazně samoučelným očekáváním uspokojení. Bauman k tomu dodává, že rozcházet se s partnery je možné „bez žalu a bez vzájemného obviňování.“ Je ohromující, do jaké míry je i sféra intimních lidských vztahů poznamenána pomíjivostí a přechodností.

Další výraznou charakteristikou postmoderního myšlení je *relativismus*. Ostré kritice byla podrobena především obecná univerzální platnost pravd, morálky či hodnotových systémů. O tuto kritiku opírající se argumentace podtrhuje, že rozdílná společenství nebo odlišné kultury nemohou vyznávat jednotná pravidla či jeden jediný řád. Za téměř cosi samozřejmého mnozí považují skutečnost, že již neexistuje společné morální univerzum a to, co nyní vládne vedle techniky, je pluralita koncepcí světa, množství disparátních a nesjednocených pravd, pouček, tezí - a hodnotový relativismus.

Podle Wolfganga Welsche je postmoderna skutečnou demokracií, neboť její pluralita názorů je spojena nejen s vyšší mírou svobody, ale také s odpovídající zodpovědností. Jako jiní teoretici i on podtrhuje, že již *neexistuje žádný univerzální výklad světa a dějů v něm*, jak jsme s ním setkávali v minulosti, a s jehož pomocí bylo možno vše zdůvodnit. Podle Welsche postmoderní jednota spočívá v uznání rozdílnosti. To znamená, že lidé by se již neměli řídit tradičním rozumem, který usiloval o nalezení společného výkladu a s ním spjaté ovládnutí světa, ale o jakýsi rozum provázaný s tolerancí, který by respektoval a ctil různost odlišných výkladů a verzí každodenního žití i lidských životů. Filosof Zdeněk Neubauer považoval pluralismus a toleranci za výrazné pozitivum postmoderny, protože mimo jiné otevřelo i šance k znovuoživení tradiční náboženské víry, která byla v období modernity výrazně potlačována, věřící byli dokonce pronásledováni a kriminalizováni.

Postmoderní myšlení bývá částí teoretiků považováno za *součást obratu k realitě života*. Ideje se stávají všednější, reálnější, dostupnější a srozumitelnější, filosofové vystupují v rozhlase, na televizních obrazovkách, polemizují a předkládají své názory na novinových stránkách, poskytují rozhovory. Myslitelé ve společenských vědách se rozdělují na dvě velké skupiny – jednu, která současné procesy převádění složitých spekulativních a vědeckých idejí do zjednodušujících a často výrazně zkreslujících novinových článků a televizních zpráv považuje za znehodnocování klasického vědění a druhou skupinu, která toto zevšednění vítá. Důležitým závěrem ovšem je, že filosofie i věda se stávají pro lidstvo běžným statkem, jsou žádanější a jsou dokonce čímsi samozřejmým. Na druhé straně toto přibližování každodennímu provozu podlamuje zbytky osvícenské víry ve všemoc vědy; stále více lidí si uvědomuje, že mnohé existenční problémy za ně nikdo – ani vědci – nevyřeší.

Součástí postmoderního světa se stala i nápadná snaha žít a užívat si života; sociologové v celém západním světě včetně těch, kteří zkoumají hodnotové orientace v naší republice, konstatují, že se silně prohlubuje *sklon k hédonismu*, tedy zaměření na životní styl, který lze stručně charakterizovat sloganem „žít a užít pokud to vůbec lze“. Postmoderní zábava a rej životních podob a nabídek, včetně odhalování nových prožitkových forem, jsou možné za použití nových komunikačních prostředků a masového nasazení počítačů. Počítače se staly nejen běžnými pracovními nástroji, ale i zdrojem zábavy a nových možností lidské komunikace. Počítačové hry se stále výrazněji

podílejí na nahrazování reality virtuálními světy, stále dokonaleji nejen simulují, ale především spoluvytvářejí pojetí skutečnosti. Virtuální simulace se používají i ve filmu a v televizi. Na facebooku a dalších internetových portálech jedinec navazuje řadu známostí s lidmi, které nikdy neviděl osobně - a vede s nimi po dlouhé hodiny elektronickou komunikaci, umělé diskuse, ale i téměř archaicky agresivní polemiky. Ve virtuální realitě jsme účastníky vzniku umělých příběhů předcházejících a nahrazujících reálný svět a produkujících zcela novou skutečnost.

Mnoho současných badatelů již delší dobu technizaci světa pozoruje a komentuje s narůstajícími obavami. Způsob jakým jsou manipulovány informace tiskovými agenturami, vlivovými skupinami, ale i dezinformačními instituty působí na to, že lidé postupně ztrácejí smysl pro rozlišení toho, co je reálné a možné na rozdíl od toho co je nereálné, nesmyslné a zhora neuskutečnitelné. Prohlubuje se obava, že virtualizací informací a dat lidé pozbudou značnou část zdravého úsudku. Současná komunikace obrovského množství izolovaných jedinců vede často k destrukci citů a pocitů, u některých vyvolává pocity deprivace. Namísto toho, aby lidé komunikovali tváří v tvář a zkoumali druhé, vznikl úkaz „masového poustevníka“, kterého lze denně nalézt, jak vysedává většinu volného času u fluoreskující televizní či počítačové obrazovky. Lidé se stávají ve svých úsudcích závislí na tom, co jim tvůrce virtuální reality předkládají, co jim sugerují jako skutečnost. Tyto procesy vytvářejí předpoklady pro manipulaci lidského vědomí, pro mocenské ovládnutí lidské mysli. Nebudou-li rozpoznatelná kritéria pro stanovení toho, co je skutečnost a co fikce, stávají se tvůrci cílených klamů a iluzí pány nad osudem miliónů osob, nad jejich city, aktivitami, rozhodnutími – a zkoušejí je masově ovlivňovat podle svých potřeb a záměrů. Součástí postmoderních manipulací se stalo masově šířené *paranoidní vědomí*, spočívající v tom, že každá informace je v zápětí překroucena, dezinterpretována a zkreslena tak, že je obtížné i pro informované se přebrat v tom, co je pravdivé a co jsou pusté lži a výmysly. Smyslem této aktivity je vyvolávat v lidech zásadní nedůvěru v jakoukoliv státní či národní politickou reprezentaci.

Jedním z nových úkazů se stala *globalizace*. Po druhé světové válce obletěl svět termín Johna Bernala „*vědecko-technická revoluce*“, které byla považována za celosvětový jev zasahující svými důsledky i ty, kteří vůbec netušili, jak moderní věda a technika

ovlivňuje jejich životy. Již analýzy vědecko technické revoluce obsahovaly řadu varování a poukazů na změny, které lidstvo čekají v důsledku celosvětových proměn v produkci zboží, v organizaci práce, v mezilidských vztazích, ale i v rodinném a soukromém životě. Za vysoce negativní jev bylo považováno *odcizení* v moderní kapitalistické dělbě práce, jehož odstranění si daly do vínku společnosti proklamativně spějící ke komunismu.

V postmoderní epoše se zhroutila víra v to, že věda ve spojení s technikou povedou k blahu, spíše začaly být podezřelé z vyvolání ekologických a dalších problémů; pojem vědecko-technické revoluce posléze zmizel z politických a vědeckých pojednání. Namísto toho vstoupil do oběhu nový abstraktní termín, kterým je „globalizace“. Ten je podobně neurčitý, neuchopitelný a empiricky nedetekovatelný jako například termín „odcizení“; globalizace však není považována za ideologicky neutrální, ale levice pod tento termín shrnuje veškeré výhrady proti moderní a postmoderní společnosti včetně oběhu kapitálu, který je tak složitý, že se vymkl měřítkům názornosti a lidské kontrole.

Mnozí myslitelé kritizují, že v postmoderní éře svět kulturně a technicky globalizoval; paradoxem ovšem je, že asi nejglobálněji proorganizované je mezinárodní společenství odpůrců globalizace používající při agresivních formách odporu proti „globalizaci“ celou řadu globálních technik a prostředků včetně oděvů a bot vyrobených v nadnárodních firmách a distribuovaných mezinárodními prodejními řetězci. Je jisté, že v globalizovaném světě vše nějak souvisí se vším, jevy a procesy jsou celosvětově provázány, lidé mají možnost mít přehled o tom, co se děje v kdejakém zastrčeném zákoutí našeho světa, a to často pomocí „breaking news“ zcela aktuálně a v přímém přenosu. Globalizace také určuje celosvětové styly oblékání a módy. V módních vlnách se celosvětově mění styl veřejného vystupování a způsoby života, což vede k rozkladu a mizení lokálních, národních a krajových odlišností.

Vzniká velký rozpor mezi globalizací technické civilizace orientované na zboží produkci a individualizací soukromých životů. Vynořuje se otázka, zda se jedná o trvalý jev anebo je to jen přechodný stav který má být přípravou na něco zcela nového, co teprve „snad“ přijde. Dramatik Samuel Becket psal o novodobém čekání na Godota; lidé si ale stále jasněji uvědomují, že žádný Godot už nepříjde. Soudobé generace samy sebe začaly považovat za provizorium mezi tím, co už pominulo a mezi tím, co ještě nepřišlo

– objevují se úvahy o generaci „lidí bez návratu“. Demokracie už není výrazem hrdosti a emancipace, ale je často pojmána jako ochota státu a jeho orgánů nepronásledovat, ale naopak slepě tolerovat marginální okrajová seskupení a společenství.

Čím víc je svět globálnější, tím více přibývá lidí, kteří jako ohrožující prožívají ztrátu pocitu sounáležitosti; touží mít okolo sebe skupinu lidí schopnou vymykat se trendům globalizace a hledají alternativní způsoby života; proto vstupují do malých společenství. Odpor k anonymním procesům globalizace, odcizení, ztrátě vlastního zakotvení je kompenzováno existencí menších komunit, od nichž mnozí iluzorně očekávají, že jsou schopné znovu předložit lidem životní cíle a skupinové vize. Takovým způsobem vznikají a jsou vyhledávány ostrovy „pozitivní deviace“ vznikající uprostřed rozvrácených masových společenství. Touhy po bezprostřednosti a novém spásném vědění, včetně zakotvení do reálného, přehledného a spolehlivého lidského uskupení využívají nejrůznější malé organizace, sekty a další alternativní skupiny.

Nedávná zamyšlení filosofa Richarda Rortyho nad postmodernou vyzněly velice provokativně. Tento myslitel považoval i samotné filosofování jen za produkci souborů výpovědí, které nazval slovníky. Tvrdil, že žijeme v době, kdy lidé již nemají možnost zjistit, do jaké míry nějaký soubor výpovědí koresponduje s mimojazykovou realitou. Co lze konstatovat, to je zcela zásadní neurčitost. To znamená, že nelze rozhodnout, který slovník je blíže k realitě a který se od ní vzdaluje. Jinak řečeno, není možné ani rozhodnout, který slovník je pravdivější. Neexistuje žádný privilegovaný, poslední, nejpravdivější slovník, který by měl výsadu či právo určovat ostatním pravidla jejich fungování. Avšak v nedávné minulosti, se často nějaký slovník vyvyšoval nad ostatní jako jediný správný – tak tomu bylo v případě univerzálního slovníku vědy době osvícenství, ale i v době totalitních režimů, v nichž vládl jediný uznávaný slovník jejich ideologií.

Postmoderní perspektivy a jejich kritika

Kritické hlasy vůči postmoderně podtrhují dobové hrozby, k nimž patří izolace individuí a ztráta přehledného uspořádání věcí. Absence jednotlicích kritérií může snadno připravit půdu pro pěstování anarchie a chaosu. Jejich šíření by vedlo k porušení dialogu, který se nachází v základech pluralitního myšlení a neobyčejně důležitého respektu ke

koexistenci odlišností. Obavy ze ztráty soudržnosti či společenského konsensu vedou ke zdůraznění nutnosti společenské dohody, na jejíž zachování není vhodné rezignovat. Objevuje se požadavek udržovat společenský systém jako tolerantní a otevřený. Ve společenském dění je preferováno dynamické jednání, které opakovaně usiluje o obnovování rovnováhy.

Je evidentní, že výraznou hrozbou je *netolerance*, *dogmatismus* či dokonce *fanatismus*. Okcidentální civilizace po dlouhou dobu pěstovala mýtus jednorozměrného vývoje, na jehož špici se nacházel svět „kultury bílého muže“, která jako jediná zakrývala výhled na všechny ostatní. Ze západní společnosti vzešel na světlo světa také tzv. „moderní člověk“, v jehož životním rozhledu dominuje vlastní národ a ta společenství, která zná; vymezuje sebe sama proti ostatním, považovaným nejen za nepříteliš vyvinuté, ale i nebezpečné. Jako nežádoucí důsledky postmodernismu se jeví morální relativismus, komercializace lidských aktivit, medializovaný kult násilí a nesmyslně motivované agresivity.

V postmoderním klimatu hédonismus nahrazuje přežitou kombinaci racionality a askese, na nichž byla v novověku založena prosperita západních společností. V politice dochází k ústupu od ideologie, v lidech vzrůstá pocit, že ve společnosti již neplatí žádné konvence ani pravidla včetně prosté lidské slušnosti. Upřednostňována je přítomnost; vize budoucnosti jsou zdiskreditovány v předchozím věku ideologických iluzí a násilí proti vlastním obyvatelům. Lidé nechtějí strádat, přinášet nesmyslné oběti a ústupky. U mnohých atrofovala víra, že je možné v životě něčeho velkého dosáhnout, měnit věci k lepšímu či ovlivňovat veřejné záležitosti. Útěky do soukromí jako vždy v dějinách opětovně selhávají jakožto dlouhodobější řešení životních potíží. Pocity nedostatečnosti, depresivní ladění či skepse mnozí kompenzují upnutím se na konzumní formy života, poměřují své štěstí velikostí zisku a množstvím předmětů, kterými se obklopují.

Z minulosti zděděné deziluze z pokrokařské ideologie vedou v současnosti k tomu, že jsou napadány i nové léčebné metody a techniky. Lékařství je osočováno nejen za tradiční aroganci v chirurgických a dalších vybraných oborech, ale i za to, že díky pokroku v léčení medicína začala překračovat tradičně pojímané kompetence. Je možné zachraňovat i jedince, jejichž další existence je vysoce sporná. Kritici diskutují téma, zda

se lidská populace geneticky neoslabeje, pokud bude i nadále narůstat počet nepřírozeně zachráněných jedinců Podobně se diskutuje paradox, zda je vhodné mluvit o právu každého jedince na život, když je tím současně ohrožován zdravý vývoj budoucích generací. Jako vysoce kontroverzní a bez rozřešení diskutovanou je dlouhodobě otázka euthanasie. Technicky lze prodloužit lidský věk, oddálit stárnutí i umírání; otázkou však je, zda život udržovat i v beznadějném stavu a utrpení.

V medicíně rozostření hranic přinášejí i diskuse o možném zásahu a úpravě genetického kódu, vysoce ohrožující se stala i otázka možného klonování. Zásahy do přírodních procesů vyvolávají obavy z dalšího možného vývoje a jeho deformací. Nejde zdaleka jen o zásahy do zrození a umírání, ale procesy odehrávající se na hraně možného a eticky sporného vyvolávají zpětně základní otázky typu „co je to – život?“, „existuje lidská přirozenost a jak a čím ji definovat?“, „co je přírodní, a co se naopak přírodním procesům vymyká?“, „co je to vlastně – člověk?“

Vybrané problémy a dilemata profese zdravotní sestry

V procesech profesionalizace je možné popsat několik fází. Za nejdelší je obecně považována první, spontánní a živelná fáze, kdy dochází na základě rostoucích potřeb a nároků k prvním náznakům profesních emancipačních aktivit, které jsou provázeny pozvolným uvědomování nároků a potřeb, s nimiž začíná být výkon moderních profesí nerozlučně provázán. Tato živelná fáze má většinou tzv. „loudavé tempo“, což znamená, že vývoj je povlnový, pomalé změny se odehrávají v průběhu celých desetiletí, během nichž se formují první organizační útvary budoucích profesionálů. Konflikty vznikající z rozporu mezi možnostmi a nároky na výkon nějaké profese vedou k tomu, že samotní členové profese začnou požadovat lepší a důkladnější vzdělávání, krok za krokem kultivují etický kodex a stanovují cíle, které má profese dosáhnout, aby byla platnou součástí celospolečenského dění.

Po živelné fázi dochází k výraznějšímu rozvoji *reflexivity*, která umožňuje znatelně akcelarovat vlastní soustředěný vývoj profesionality. Zvláště uvědomělé uchopení konfliktů s okolím, s jinými profesemi, s politiky, církvemi či organizacemi snažícími se nevhodně ovlivňovat řešení problémů té či oné profese, vedou k vytváření profesních sdružení, organizací, spolků - a v nejvyšší fázi vývoje i k zakládání samostatných

profesních komor. Například pro učitelství i ošetrovatelství existují mnohé společné charakteristiky vývoje; typická je „profesionalization from below“ – tendence „tlakem zdola“ na parlament a vládu vyvolávat změny řízené „shora“, pomocí zákonů, vyhlášek či nařízení, které regulují řadu parametrů profese, včetně vzdělávání. Za centrální profesní dovednosti bývají v současnosti považovány nejrůznější kompetence, u nichž scházejí vzájemné vazby či funkční provázanost, proto mohou taxativně vyjmenovávané soubory¹ požadavků na získání kompetencí vyvolávat dojem nepromyšlenosti a chaosu. V oblasti vývoje úsilí o profesionalizaci lze rozlišit i více fází, možné je například hovořit i o čtyřech etapách, které představují:

- 1) *přípravné, předprofesionalizační období*, tedy první, ale dlouhá a živelná fáze vývoje;
- 2) *období vědomých snah o dosažení plné profesionality* a posilování vyšší míry profesní autonomie,
- 3) *krize moderních profesí a jistá míra deprofesionalizace* obsahující prvky rezignace a rozčarování z reakcí společností, ale i samotných profesionálů,
- 4) *neoprofesionalismus*, tedy hledání nové profesní identity ve změněných společenských a kulturních podmínkách.

V průběhu diskusí o charakteru profesí a jejich adaptaci na proměny společenského klimatu lze připomenout diskuse z dvacátého století, kdy se po krizi věd a vzdělání se v šedesátých letech minulého století dostaly na přetřes otázky, zda některé profese obsahující vysoký humanitní potenciál jsou ze své povahy opřeny o *vědu*, či jsou spíše *uměním* nebo dokonce *hrou*. Problematiku hrového konceptu necháme dnes raději stranou; připomenu jen, že v první polovině dvacátého století vznikly tři tzv. průřezové vědní disciplíny, které procházejí napříč spektrem veškerých známých věd a ovlivňují jejich vědní profil – a to byly *teorie systémů*, *teorie her* a *teorie informací*. Odtud potom čerpalo i pojetí podtrhující možný herní potenciál, protože lze účinkovat ve společenských či soukromých hrách – a to na život a na smrt. A o to vlastně jako lidské bytosti hrajeme neustále, občas hazardujeme, někdy se předvádíme, jindy se zkusíme nezávazně bavit.

¹ Taxace, jak nás upozorňovali naši učitelé, není třídění vědecké, ale podle nahodilých kritérií.

Důležitější a nosnější jsou dnes otázky směřující k umění vyučovat, léčit, kultivovat, které v sobě nesou poukaz na respekt k jedinečnosti každého žáka, pacienta, prostě a jednoduše toho, kdo se stává předmětem péče či jiného druhu kultivace. Například po řadu let v psychoterapii je vyžadován vysoce individuální přístup, současně je však diskutována otázka, *zda je možná věda o jedinečném*, když se vědní obory po staletí vyvíjely tak, že si do vínku vepsaly hledání obecných zákonitostí a společných podstat věcí a procesů.

Jednou ze základních podmínek profesionalizace je dosažení nejvyšší možné míry obecně teoretického vzdělání, které je poté aplikováno v jednotlivých případech. Dovolím si v této souvislosti užít analogie mezi ošetrovatelstvím a učitelstvím, jejichž vývoj obsahuje řadu poukazů na skutečnost, že pro výuku nestačí jen vědomosti, ale i jistá míra talentu či nadání; podobně ošetrovatelství zdůrazňuje prvky humánního přístupu, empatie, respektu a úcty k životu. Učitelství i ošetrovatelství mají společné to, že plnohodnotné vysokoškolské vzdělání bylo u těchto povolání zaváděno později² než u klasických profesí; někdy se diskutují také nižší pravomoci těchto profesí rozhodovat o podmínkách, v nichž se budou realizovat. Proto jsou někdy označovány jako *semiprofese*, tedy stále ještě se rozvíjející povolání.

V zásadě jak učitelství, tak ošetrovatelství jsou povolání, která jsou veřejností tlačena do přehnané odpovědnosti za výkon. Neúspěchy ve výchově si i samotní učitelé připisují na svůj vrub, ačkoliv nikdy nemohou převzít plnou odpovědnost za procesy socializace, neboť navazují na předchozí formování dětí a mládeže v rodině. Podobně lékař, ale i ošetrovatelka navazují ve své aktivitě na celoživotní pojetí zdraví a péči o ně u každého jedince – a zdaleka nejsou všemocní.

Jak v učitelství, tak i v ošetrovatelství se také vede dlouhá diskuse o tom, že je zapotřebí především jistá míra talentu pro řešení každodenních praktických situací – a tento diskurs pak ovlivňuje pojetí a přístup k těmto profesím jako k jakýmsi praktickým řemeslným aktivitám. Pokud ošetrovatelství, ale i vědy o výchově, nejsou pojímány jako plnohodnotné vědecké teorie, objevuje se i reakce na tuto skutečnost v podobě tvrzení, že se v těchto profesích lze obejít *bez výzkumu a měření efektivity výkonů*; často se

² V českých zemích ve srovnání s vyspělými státy s nápadným zpožděním.

setkáme i s tvrzením, že tato povolání je obtížně hodnotit podle nějakých přesněji definovaných parametrů. Navíc nikdy nebyl a dosud není přesně vymezen soubor profesních znalostí a povinností (chcete-li kompetencí) pro výkon těchto povolání. Tento argument je často sycen nepochopením významu obecně teoretických základů, které se v povoláních pracujícími s lidmi nedají převést na „kuchařku“ jednotlivých a přesně vymezených úkonů. Proto jsou také nesmírně důležité uváděcí fáze do profesí pod vedením zkušených praktiků a na to navazující promyšlený systém celoživotního doškolení a přeškolení.

Technicky vzato jsme svědky procesů, v jejichž průběhu se prohlubují snahy operacionalizovat požadavky na jednotlivá povolání a posléze na základě těchto „norem a požadavků“ stanovit vhodné formy vzdělávání – a to včetně jejich délky a náročnosti. Státní orgány, které mají snahu vyhýbat se po dlouhou dobu řešení celé řady zásadních problémů, v okamžiku, kdy se situace vyhrotila až do akutní krize, mají zvláště v oblasti vyššího vzdělání tendenci k výrazně zkratkovitým řešením. A tak jako v druhé polovině 19. století církev, která nebyla schopna dodat učitele s potřebnou vzdělanostní kvalifikací, požadovala v parlamentě snížení nároků na vzdělanost, tak i dnes můžeme pozorovat, jak dochází ke snahám ušetřit na vzdělání a podhodnotit jeho náročnost. To se pak prakticky projevuje ve snahách zkracovat a zjednodušovat přípravu na vybrané profese (včetně ošetrovatelství); otázkou však je, do jaké míry jsou dané profese se s touto skutečností smířit či ji alespoň dočasně akceptovat.

Studium ošetrovatelství v sobě dodnes nese značnou část dědictví z pozitivistické éry, která kladla důraz na snadno zjištělná a ověřitelná fakta, na metodické postupy a projasněný pojmový a měřicí aparát daného oboru. V praxi však jedinečnost pacienta, který se navíc často nachází v nové a nezvyklé roli, s níž se obtížně vyrovnává, vyžaduje znalost psychologie se zaměřením na komunikační problémy. Léčení i výchova vždy vyžadují spolupráci s těmi, kdo jsou předmětem těchto aktivit; ošetrovatelství nutí pacienta a vychovatele žáka, aby se vzdali části své lidské autonomie a intimity. To samozřejmě vyvolává váhavé reakce, obavy a procesy léčby i vzdělávání byť mají rozličné zacílení, nejsou nikdy zcela uzavřené a definitivní. Každý vztah k pacientovi bývá natolik specifický, že je možné jen s jistou mírou váhání či pochybností aplikovat

v jednotlivých případech provždy platná obecná pravidla, normy či schémata jednání, komunikace či hodnocení, které jsou podmínkou úspěšného působení.

Z psychoterapie víme, že v profesích, které svůj výkon realizují v meziosobním kontaktu tváří v tvář mezi jedinečnými lidskými bytostmi, stojíme i před tradiční problematikou *přenosu a protipřenosu*. Součástí projekcí vkládaných do druhých lidí jsou i představy o tom, jak by měl vypadat a chovat se jedinec pečující o své zdraví, ze strany pacienta pak z dětství utvářená představa o *ideální pečující postavě* (například matce, která chránila dítě, byla na něj laskavá a chápající; jaké zkušenosti si dítě odneslo z kontaktu s ošetřujícími lékaři a sestrami apod.); podobně se lze setkat s fantaziemi o *špatné matce*, které dítě opakovaně zklamávala – a nyní je její obraz bezděčně a neuvědoměle promítán do ošetřující lékařky či zdravotní sestry. Právě povolání, která mají v popisu práce péči o druhé jedince, jsou výrazně poznamenány problematikou přenosu a protipřenosu; jejich zvládnutí je otázkou znalostí psychoterapeutických technik a následného tréninku.

Profese sestry také, i když to může zneklidňovat, nebude asi nikdy povoláním, u něhož by vzdělávání a příprava zaručovaly vysokou a pravidelnou úspěšnost profesních aktivit. Její přirozenou součástí je i *jistá míra neúspěchu*, rovněž i možný neúspěch léčby jako takové. Realistický skepticismus vede k upozornění na skutečnost, že i nejnáročnější studium teorie, následné výcviky a pod, ještě nemusí zaručit, že lze dosáhnout úspěchu tam, kde do hry vstupují lidské faktory a meziosobní komunikace. Je obtížné si v takových profesích být jist úspěšností, což je nejen znejišťuje, ale prohlubuje u jejich aktérů vnitřní napětí.

Partnery v ošetrovatelství jsou především pacienti, z nichž mnozí se ocitají v bezmocné a bezradné situaci. Mezi ošetřovanými pacienty jde tak velice často o psychologicky asymetrický vztah, kdy pacient je ten, od něhož je vyžadováno podřízení se situaci a ošetřujícímu. Odtud potom jsou sycena varování, že je nesnadné se vždy vyvarovat možného zneužití moci, která je pečujícím propůjčena společností.

Řada ošetrovatelských úkonů v době, kdy vzrostl ve společnosti požadavek autonomie a svobody individua, vyžaduje omezení celé řady činností a pohybu pacientů, což u nich

může vyvolávat jednak *pocity bezmoci*, ale na druhé straně i *agresivity*. Vždyť agresivita je jednou z možností, byť zdaleka ne nejšťastnější a společností nejakceptovatelnější, jak se prosadit jako plnohodnotná lidská bytost. A tam, kde se vynořují obavy a strach, tam budou mít určité skupiny lidí tendenci kompenzovat je různými obranami - včetně jisté míry agresivního jednání.

Lze konstatovat, že cílem terapie je dosáhnout na konci léčby co nejvyšší míry autonomie a svéprávnosti pacienta. Ta však v průběhu léčení ještě zdaleka nemusí být realizovatelná, je pouze více či méně vzdáleným cílem. Paradox je v tom, že pacienta v mnoha případech nelze ponechat, aby se se situací nemoci vypořádal sám - a prostě se s ní naučil žít, což by mohlo vyhovovat například snad jistému typu hypochondrů, ale jde o to navodit takové situace, aby pacient dokázal mobilizovat své vlastní síly k tomu, aby jednoho dne dospěl k samostatnosti či k uzdravení. Ošetřovatelé a vychovatelé zpravidla vědí jak vést chovance k ideální a cílené autonomii, ale vzápětí narážejí na individuální odlišnosti a svéráz objektů péče. Aby se jedinec mohl adaptovat na nové požadavky, či chcete-li normy, které jsou mu vštěpovány v průběhu terapie, je nutné jim porozumět, klást otázky těm, kdo je po něm vyžadují, pochybovat o nich a testovat je. To může být pro ošetřující prekérní, protože jsou konfrontováni s problémem, do jaké míry bude vhodné akceptovat samostatnost a iniciativu pacienta, která v nich může vzbuzovat odpor a podezření, že chce požadavky na léčbu obejít, ignorovat je nebo prolomit požadované meze či hranice.

Je běžnou součástí fungování jedince ve společnosti, že chce být alespoň v nějaké podobě úspěšný. V práci s lidmi v obtížné životní situaci vždy vyvstává celá řada obtížně řešitelných otázek. Jsou to například některé následující otázky:

1. *Jak budu přijímán či alespoň akceptován těmi, s nimiž budu v každodenním styku, tedy především pacienty?* Tato otázka je provázána s pochybnostmi, zda má vůbec výkon profese nějaký smysl nebo zda nejde veškeré úsilí někam do ztracena; přitom je zřejmé, že touha po akceptaci je komplikována tím, že každý pacient není ochoten přijímat rady a doporučení, mnozí reagují nevypočitatelně nebo zcela proti očekávání. Profese sestry se může po dlouhá léta oscilovat mezi touhou být přijata a akceptována – a obavou z odmítání.

2. *Jakou míru distance si mám udržovat, aby bylo možné zachovat potřebný nadhled a nezaujatost v posouzení potřeb a situace druhého.* Distance, která je v rozumné míře v práci s lidmi nutná, může současně vyvolávat dojem chladu, strohosti či odmítavého postoje; umožňuje sice lepší posouzení druhých lidí, ale může být současně výrazně limitující při navazování mezilidských vztahů. Ošetřovatelka může na jedné straně mít touhu lépe znát své pacienty, chce se jim přiblížit, ale současně si uvědomuje, že není v roli terapeuta a ví, že je důležité a vhodné zachovávat jistý profesní odstup; přičemž jak tendence přiblížit se, tak snaha udržet distanci mohou vyplývat z jedné jediné motivace: a to je snaha efektivněji realizovat vlastní léčbu pacienta.

3. *Jakou míru mocenských praktik je vhodné uplatnit v kontaktu s pacienty?* Rezignace na direktivní chování může vést až k bezmocnosti. Sestra může v průběhu léčby užívat direktivní příkazy: napomenutí, domluvu, prostý příkaz či diktát, nebo nepřímé způsoby prosazení jako jsou zesměšňování, škádlení či ironizování. Každá sestra si většinou vypracuje vlastní strategie chování, usiluje prosadit sebe sama a vlastní pravidla stanovená tak, aby pacienti akceptovali její postupy a požadavky. Mezilidské vztahy jsou provázeny uzavíráním dohod, aliancí a konsensů mezi interagujícími; sestry mívají problém, zda se držet osvědčených precedentů v chování, užívat příkazů a jednoznačných doporučení nebo pacienta vtáhnout do situace, aby se spolupodílel na tvorbě pravidel vlastního chování v průběhu léčby. Některé sestry mohou užívat nekonformní praktiky ve snaze dát najevo okolí jistý protest proti normám a předpisům; své chování pak mohou vyložit i poukazy na to, že skutečný profesionál či profesionálka nejsou nikdy slepě poslušní, ale jsou těmi, kdo si s nadhledem dokáží hrát hry s pravidly, vzory či se služebními a jinými předpisy.

4. *Lze dodatečně provést analýzy vlastní činnosti?* Většinou je poměrně obtížné zpětně analyzovat aktivity sester v jednotlivých výkonech. Poté, co řada úkonů proběhne, se ukazuje se, že často vlastně není ani co podrobovat zkoumání. Pozorování aktivit sester se realizuje (pokud vůbec) zpravidla intuitivně, ale nikoliv systematicky. Sestry velice často bývají v časové tísní a nemají ani čas se zamyslet a přesně zformulovat výklad toho, jak vlastně postupovaly, co přitom prožívaly a co mohlo být vykonáno jinak apod. Proto jsme svědky toho, jak se namísto věcných analýz setkáváme

s pokusy formulovat zásady nebo ideální modely postupů, které mohou být poměrně vzdáleny od reality svou obecností.

5. *Je vhodné vše vyslovit a analyzovat?* Mnohé praktiky mohou být předmětem autocenzury, protože mohou být nestandardní, problémové až s ostudným zabarvením, proto o nich není vhodné uvažovat, ani o nich mluvit příliš nahlas.

6. *Jsou pacienti vyjmuti z kritiky?* Je evidentní, že část pacientů je problémová, ale standardy léčby směřují k respektu ke každému jedinci, který je jejím objektem. Za nevhodné se považuje mluvit o některých pacientech jako o někom, koho každý včetně lékařů a sester prostě nemůže vyvstát, a nejlepší by bylo, kdyby se na zemském povrchu vůbec nevyskytoval. Negativní hodnocení jsou velice často podrobována autokorekturám či autocenzuře, protože by taková hodnocení mohla v jejich aktérech vyvolávat pocity viny. Vytěšňování negativních a problémových pocitů ovšem neumožní porozumět složitosti a realitě každodenního provozu ošetrovatelské profese. Málokdy se také probírají zkušenosti se smrtí a umíráním, na něž většina sester nebývá vůbec připravena; podobně nejsou supervidovány mnohé konfliktní situace a vztahy vznikající v běžném kontaktu s ošetřovanými.

7. *Které kompetence sestry jsou klíčové?* Často se mluví o vyšetřovací praxi, o některých léčebných postupech, ale méně o tom, jak je vedena komunikace s pacienty, jak je sestra oslovuje, za co je dokáže pochválit a zda ovládá techniky povzbuzování, jak jim dokáže vyložit problémy, které je čekají apod. Mnohé z profesí vlastně neznáme, protože považujeme řadu neobyčejně důležitých aktivit za něco samozřejmého a běžného, čímž je například řada momentů z činnosti sester vyloučena předem z důkladnějšího rozboru a zamyšlení. I sestry samotné mohou mít dojem, že jde o příliš osobní záležitosti a analýzou některých momentů komunikace či jednání v provozu by vlastně pozbývaly jak část své svébytnosti, tak i autenticity.

Zkusme v závěru zformulovat některé zatěžující otázky, které si lze v profesi sestry klást: *Je vhodné v postmoderní době někoho přesvědčovat o tom, jak má jednat, čeho se má vyvarovat a vnucovat mu svoji představu o zdravém životě? Vychováváme nebo spíše manipulujeme pacienty? Nedáváme občas pacientům rady, které bychom sami nikdy*

neakceptovali? Jsou ošetřující způsobem svého života schopni tvořit určité vzory pro jednání těch, které léčí? Je vůbec v lidských silách zvládnout disproporci mezi profesionalitou, tedy odbornou náročností a sebekázní, a mezi každodenní odosobněnou rutinou, do níž by ošetřovatelství nemělo nikdy upadnout? Jak se vypořádat s dlouhodobým přetížením mnoha zdravotních sester, které nakonec vede nejen k únavě, ale i k otázkám, zda má ještě vůbec taková vyčerpávající aktivita smysl? Nejsou nakonec vznešené a etické teze o poslání ošetřovatelství jenom ideologickou zástěrkou novodobého vykořisťování těch, kdo jsou ochotni tomuto diskursu uvěřit? Je-li jedním z prvních předpokladů dobré terapie zvládnutí otázky důvěry, je vůbec možné při dlouhodobém přetížení o vzájemnou důvěru mezi ošetřujícími a pacienty usilovat, zabývat se touto problematikou se vši vážností a kultivovat ji?

Namísto závěrů...

Nálezy koster z archaických dob obsahující znaky ošetřovatelských zásahů ukazují, že ošetřovatelství bylo jedno z nejstarších řemesel či alespoň dovedností. Ošetřovatelské aktivity sahají svými kořeny daleko za hranice antiky. Je jen logické, že se v této profesi setkáváme s prvky jistého tradicionalismu a etiky, která má svá pevná jádra a kontury, ale v postmoderní době se může jevit místy až archaickou. Jistá míra konzervatismu může přitom tvořit velice sympatickou základnu profese, protože vypovídá o ostražitosti a opatrnosti v přijímání změn, ale i o kritičtějším odstupu vůči nepromyšleným a unáhleným koncepčním nebo technicko-organizačním změnám.

Ošetřovatelství patří podobně jako učitelství či sociální práce do oblasti *veřejných služeb*. Veškeré profesionalizující se profese do této sféry spadají již delší dobu. Je pro ně typické i to, že jsou vystaveny značné míře společenské kontroly. Je také příznačné, že důraz na autonomii a individuální odpovědnost sebou přinesl nutnost změnit v oblasti služeb komunikační praktiky, vyžadována je například nejen informovanost a souhlas pacienta, ale je třeba respektovat i jeho postoje k léčbě a rozhodnutí o tom, do jaké míry tu či onu léčbu podstoupí.

V učitelství, ve zdravotnictví a dalších oborech jsme již přes třicet let svědky, jak se v celém západním světě těžiště výchovy, léčby a další aktivity přenášejí z vlastního oboru do oblasti právních vztahů. Pacienti vytvářejí organizace nebo místo toho, aby se věnovali péči o vlastní tělesné a duševní zdraví, píšou kritické rozklady, vyhledávají

právní pomoc a v řadě případů se pokoušejí žalovat zdravotnická zařízení. Snaha převádět do právní terminologie otázky péče o zdraví, postavení pacienta, sestry či lékaře vede k otázce, kolik ještě za těchto okolností zbývá prostoru pro skutečný výzkum toho, co tvoří jádro mezilidských vztahů v ošetrovatelské profesi.

Humanizace profesí a trend k profesionalizaci jak učitelů, tak sociálních pracovníků a zdravotních sester je výrazně oceňován veřejností, a navzdory nesmyslně opakovaně po léta produkovaným televizními hlasateli jsou jak učitelé, tak zdravotní sestry v tabulce prestiže povolání hned za lékaři, sdílejí společně zhruba třetí a čtvrté místo ve výzkumech prestiže nezávisle fungujícími sociologickými agenturami, protože mezi lékaře a učitele základních škol a sestry jsou ještě vklíněni vědci a vysokoškolští učitelé. Za sestrami a učiteli pak teprve následují ostatní povolání. A to včetně poslanců, kteří jsou v tabulce prestiže na předposledním místě před uklízečkami. Problémem je, že prestiž profesí vůbec nekorresponduje s výší platu, ba spíše naopak, protože v žádné zemi ti, kdo mají největší příjmy, nejsou na předních místech v prestižních žebříčcích; většinou jimi totiž široká veřejnost pohrdá nebo je dokonce nenávidí. Jednoduše řečeno: prestiž nevyjadřuje materiální zabezpečení, ale respekt či úctu.

V období moderny, kdy model profesionalizace začal být podrobně analyzován, tak bylo zřejmé, že růst vzdělání prospívá jak jednotlivým profesím, tak z něj má užitek celá společnost. Postmoderna rozklížující mnohé hodnoty a představy lidí, vytvářela atmosféru, v níž je požadována možnost vyslovovat nejrůznější názory, aniž by je člověk ovšem musel respektovat nebo s nimi souhlasit. Také dochází k reaktivaci archaických a překonaných postojů a představ a objevují se i úvahy o tom, že pro některé profese stačí nižší vzdělání apod. Zvláště politici v dobách, kdy chtějí ušetřit peníze ve státním rozpočtu, mají tendenci škrtat ve v náročných vzdělávacích programech, v počtech studujících apod. Je na jednotlivých profesních organizacích, aby se proti takovým praktikám ostře a kriticky postavily, protože to do budoucnosti ohrožuje nejen růst profesionality, ale i celospolečenský provoz.

Jestliže na počátku moderny vládl ve vědách duch pozitivismu, tedy orientace na vědecká fakta a na to, co lze objektivně zkoumat a měřit, pak postmoderní ladění přineslo obrát k subjektu a ke studiu jeho možností. Nejde tedy jen o to, jak je možné

v ošetrovatelství léčit tu či onu potíže či nemoc, ale také o to, *jak sestra prožívá svou profesi*; do jaké míry je schopna seberealizace, ale i sebehodnocení ve zvolené specializaci. Sebehodnocení přitom znamená nejen důležitou součást sebepojetí, ale i to, do jaké míry je člověk schopen si sám sebe vážit, zda jej jeho vlastní život a činnosti naplňují – a zda je schopen svůj život pojmout jako dílo, na jehož utváření se sám významně spolupodílí.

Již psycholog T. Leary umístil lidskou osobnost do centra meziosobního jednání. Vyšel z předpokladu, že způsoby komunikace s okolím vypovídají o jeho osobitých zvláštěnostech. Meziosobní vztahy a chování ovlivňují dvě důležité psychologické záležitosti: snaha co nejvíce redukovat vnitřní úzkost a udržování sebeúcty. V komunikaci se jedinec snaží vyhnout obavám a usiluje o to, aby měl ze sebe sama dobrý pocit. Řada žen pracujících v náročných povoláních vyžadujících vysoce zatěžující komunikaci s mnoha různými lidmi, se hlásí do supervizních ballintovských sezení, které jim umožňují řešit řadu problémů, které mají v okamžiku, kdy je obtížné zvládnout například komunikaci s nevyzpytatelným klientem či obtížným pacientem nebo pacientkou. Tak jsme v terapii v posledních desetiletích svědky neobyčejného rozvoje péče o vlastní duši ve smyslu antického „poznej sám sebe“. Mnohé z doznívajícího postmoderního ladění přežívá v současném chaotickém společenském provozu. Ale to neznamená, že bychom se měli vzdávat naděje nebo etického kodexu; spíše naopak: postmodernismus zavedením plurality umožnil další gradování toho, co pro jednotlivé profese považujeme za perspektivní a povznášející. Pokusím se to zformulovat vzhledem k našim českým poměrům. První bod tvoří příkaz: nenechte se otrávit! Druhý: projevujte rozumnou míru nespokojenosti tak, abyste byli schopni postupně krok za krokem zlepšovat svět, do kterého jsme se narodili. To je cesta, které umožňuje lidem, aby z tohoto světa udělali o něco lepší místo k životu, než jaké bylo, když jsme na tento svět přišli.

Literatura u autora.

Korespondence:

doc. PhDr. Jaroslav Kořa
Katedra Pedagogiky, Filosofická fakulta UK
nám. Jana Palacha 2
116 38 Praha 1
Email: Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz

Výročí otevření státní C.K. školy pro ošetřování nemocných v Praze – 100 let od počátku systematického vzdělávání a profesionalizace českého ošetřovatelství

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

V příspěvku je připomenuto významné sté výročí otevření první státní dvouleté ošetřovatelské školy v Praze a úsilí významných osobností, které se o její vznik a rozvoj zasloužily.

Klíčová slova:

Historie; Ošetřovatelství; Vzdělávání; Školství.

Úvod:

Historie každého, resp. téměř každého, oboru lidské činnosti bývá zajímavá a často krásná. Mnohdy také přináší i poučení pro současnost. Základní znalost klíčových událostí historie ošetřovatelství by měla u současných sester přispět k uvědomění si integrity a kontinuity oboru a podpořit jejich sounáležitost s ním. Jednou z takových událostí, které lze označit za klíčové v rozvoji českého ošetřovatelství, bylo otevření první státní dvouleté Císařské a královské (dále jen C.K.) školy pro ošetřování nemocných v Praze v květnu 1916. Přestože šlo skutečně o zlomovou událost, která plně nastartovala proces profesionalizace českého ošetřovatelství, nebyla dosud připomenuta. Svým sdělením se snažím tento nedostatek alespoň částečně, napravit.

Vlastní text:

Pokrok v poskytování zdravotních služeb v druhé polovině 19. století, spojený s rychlým rozvojem přírodních věd a medicíny a dále činnost některých osobností té doby, přispěli k uvědomění si potřeby systematické přípravy ošetřovatelek nemocných. Otevření C.K. školy pro ošetřování nemocných v Praze v květnu 1916 předcházela činnost první české ošetřovatelské školy (1874 – 1881) zřízené zásluhou Ženského výrobního spolku českého. Vzdělávání neodpovídalo současným představám. Jednalo se o několik krátkodobých teoretických kurzů doplněných o praktický výcvik v městském chorobinci na Karlově. Škola však po sedmi letech svého trvání zanikla a to pravděpodobně na

zásah německých členů městské rady pražské, kteří nechali zakázat praxi frekventantek této školy v městském chorobinci na Karlově. Staňková (1996) k tomu uvádí, že škola pravděpodobně zanikla z národnostních a z ekonomických důvodů a že její dopad do praxe byl v podstatě nevýznamný, neboť většina absolventek školy se ošetrovatelskému povolání později nevěnovala vůbec. Zároveň uvádí, že škola byla především výrazem ženského emancipačního hnutí.

První státní dvouletá ošetrovatelská škola vznikla na základě nařízení rakouského ministra vnitra č. 139 říšského zákona z 25.07. 1914 o ošetrování nemocných z povolání provozovaném. Jak uvádí Kafková (1992) nařízení bylo koncipováno v tom smyslu, že odborná příprava osob, které se chtějí věnovat ošetrování nemocných z povolání musí být prováděna ve dvouletých ošetrovatelských školách zřizovaných při nemocnicích, které mají zaručovat možnost praktického výcviku ve všech oborech nemocniční péče. Absolventky, podle tohoto nařízení, mají školu ukončit diplomovou zkouškou a nabýt titulu diplomovaná ošetrovatelka nemocných.

Velké úsilí k založení ošetrovatelské školy při c.k. všeobecné nemocnici v Praze vyvinul spolek pro povznesení stavu ošetrovatelek a to především jeho jednatelka a učitelka Františka Fajfrová, která se později stala první představenou nově vzniklé školy. Jak uvádí Staňková (2001) Františka Fajfrová pochopila, že k otevření školy nepotřebuje pouze prostory a internát (vznikly v Ječné ul. č. 4), ale především schopné české diplomované ošetrovatelky, za kterými se vypravila do Vídně, kde ošetrovatelská škola vznikla již dříve. Z Vídně se vrátila společně s diplomovanými ošetrovatelkami Annou Marií Hupkovou a Giselou Bártovou. Otevření školy však paradoxně oddalovala I. světová válka. Ošetrovatelská škola byla konečně otevřena v květnu 1916. Jak uvádí Kafková (1992) vzhledem k tomu, že nebylo možné otevřít pouze českou školu, byla současně otevřena i škola německá sídlící na Karlově náměstí č. 28. Obě školy měly jedno vedení v čele s představenou Františkou Fajfrovou a to až do roku 1920, kdy byla z funkce představené školy odvolána.

V roce 1916 studium zahájilo 11 studentek. Každá uchazečka musela být ke studiu způsobilá, musela dovést věk nejméně 20 let (později byla věková hranice snížena na 18 let) a pokud doložila vysvědčení chudoby, nemusela platit školné. Studentky byly

připravovány nejen pro službu v nemocnicích, ale také pro sociálně zdravotní služby veřejného zdravotnictví. Od roku 1917 probíhala praktická příprava budoucích diplomovaných ošetřovatelek nemocných a to I. interní klinice prof. MUDr. E. Maixnera ve Všeobecné nemocnici v Praze. Praxi zajišťovaly především diplomované ošetřovatelky Anna Marie Hupková a Gisela Bártová (absolventky vídeňské školy). Později, od roku 1920, byly na interní klinice prof. MUDr. L. Syllaby v zemské porodnici zřízeny první klinické výukové pokoje, kde příprava budoucích diplomovaných ošetřovatelek rovněž probíhala. V roce 1918 školu ukončilo prvních deset absolventek, v roce 1919 pak 11 absolventek. Část z nich se následně stala učitelkami na vlastní škole nebo na školách, které od 20. let vznikaly na celém území Republiky Československé. Na konci studia absolventky školy skládaly mezinárodní slib Florence Nightingalové.

Po vzniku Republiky Československé škola pokračovala beze změn až do roku 1920, kdy přešla pod správu Československého Červeného kříže, kterému předsedala PhDr. Alice Masaryková. Školu řídilo Kuratorium, které rozhodlo o nutné reformě. K jejímu provedení byly do Prahy pozvány tři sestry amerického Červeného kříže (Miss. M. G. Parsons, Miss. A. M. Lentell a Miss. B. Kacena), které se také podílely na řízení školy a to až do roku 1923.

Zřízení školy v roce 1916, reforma vzdělávání budoucích diplomovaných ošetřovatelek podle amerického vzoru na počátku 20tých let 20. století a budování dalších ošetřovatelských škol (veřejných i církevních) po celou dobu trvání první Československé republiky, se stalo základem profesionalizace českého ošetřovatelství.

V roce 1931 absolvovalo ošetřovatelské školy (civilní i církevní, české i německé) celkem 1.029 diplomovaných ošetřovatelek. Vezmeme-li v úvahu, že první státní dvouletá ošetřovatelská škola vznikla bez jakýchkoliv předchozích základů, z dnešního pohledu fakticky na zelené louce, je po 15 letech, které z části připadají na složité období I. světové války a na popřevratovou dobu v letech 1918 - 1920, bylo 1.029 absolventek – diplomovaných ošetřovatelek v roce 1931 obrovským a dosud nedoceneným úspěchem.

Závěr:

V úvodu tohoto příspěvku je uvedeno, že historie každého oboru, resp. téměř každého oboru lidské činnosti bývá zajímavá a často i krásná. Mnohdy také přináší i poučení pro současnost. V této souvislosti, bych na úplný závěr svého vystoupení, ocitoval legendu české interní medicíny prof. MUDr. L. Syllabu:

„Nemá-li ošetřovatelka klesnouti zase na úroveň dřívější, má-li být uvědomělou, informovanou a nadšenou bojovnicí proti rozšiřování chorob, nelze jejího vzdělávání omezovati“.

Jeho výrok z roku 1920 je dnes stejně aktuální jako tehdy.

Příspěvek byl zpracován v rámci mezinárodního vědeckého projektu: „Činnost a přínos Kongregácie Milosrdných sestier Svätého Kríža v ošetrovateľskom vzdelávaní - koncepčné a metodologické prístupy v historickom výskume.“ Poskytovateľ: Česká provincie Tovaryšstva Ježíšova. Nositeľ projektu: Teologická fakulta, Trnavskej univerzity v Trnave

Literatura:

KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetřovatelství*. vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

STAŇKOVÁ, Marta. *Galerie historických osobností*. vyd. 1. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 86 s. České ošetřovatelství: praktické příručky pro sestry; 7. ISBN 80-7013-329-5.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.

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

Sledování indikátorů kvality - pádů ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D., Mgr. Dana Vaňková
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Souhrn:

V příspěvku budeme prezentovat sledování a vyhodnocování jednoho ze základních indikátorů kvality ošetrovatelské péče - pády. Součástí příspěvků budou prezentovány kazuistiky různých příčin a následků pádu.

Klíčová slova:

Indikátory kvality; Ošetrovatelská péče; Pády; Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Tracking of quality indicators - falls in the University Hospital Hradec Králové. Case report.

Summary:

In this paper we present monitoring and evaluation of one of key indicators of quality of nursing care - falls. Case reports of different causes and consequences of falling will be presented as a part of contributions.

Key words:

Indicators of the quality; Nursing care; Falls; University Hospital Hradec Králové.

Úvod

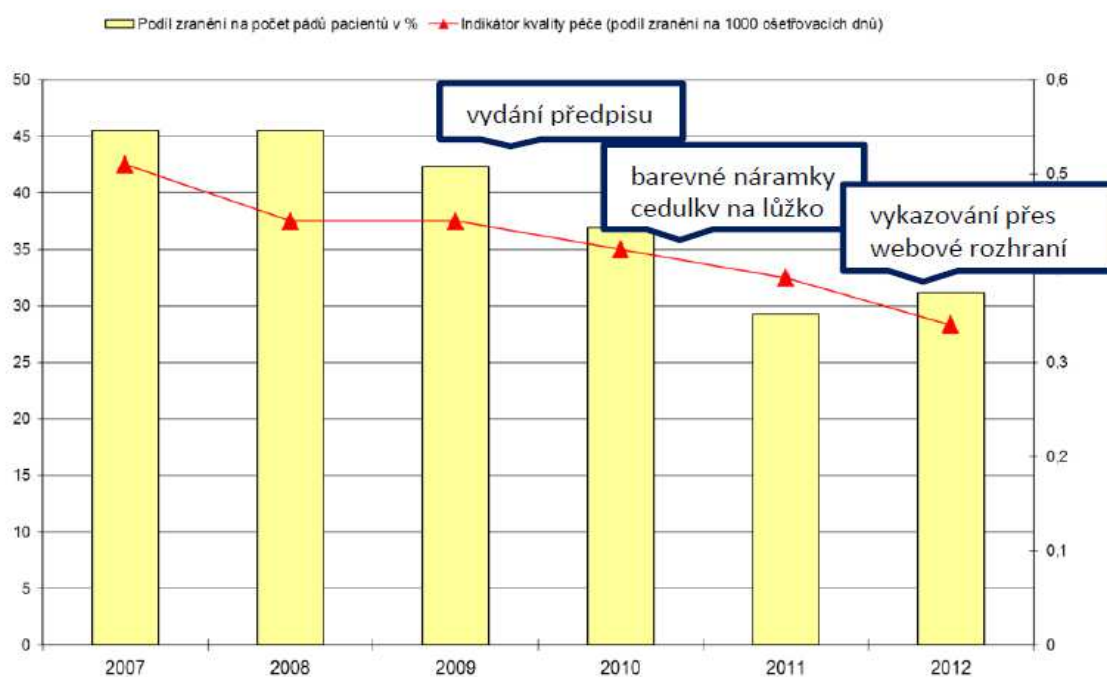
Zvyšování kvality ošetrovatelské péče je součástí obecného programu zvyšování kvality a efektivnosti. Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové se problematice sledování a kontinuálního zvyšování kvality péče věnujeme již řadu let, v roce 2014 organizace prošla již druhou reakreditací. Nedílnou součástí celého procesu zvyšování kvality je stanovení i vypovídajících indikátorů kvality. V oblasti poskytování ošetrovatelské péče patří mezi nejčastější indikátory kvality sledování pádů a dekubitů. V tomto příspěvku se zaměříme na problematiku pádů.

Vlastní text

Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK) byla zapojena již v roce 2002 do *Projektu Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice*, který byl realizován Sdružením fakultních nemocnic (v současnosti Asociace nemocnic). V prvním roce se projektu zúčastnilo 15 zdravotnických zařízení, v roce 2010 již 38 – tj. více jak jedna třetina lůžkové kapacity v ČR (Česká asociace sester, 2015).

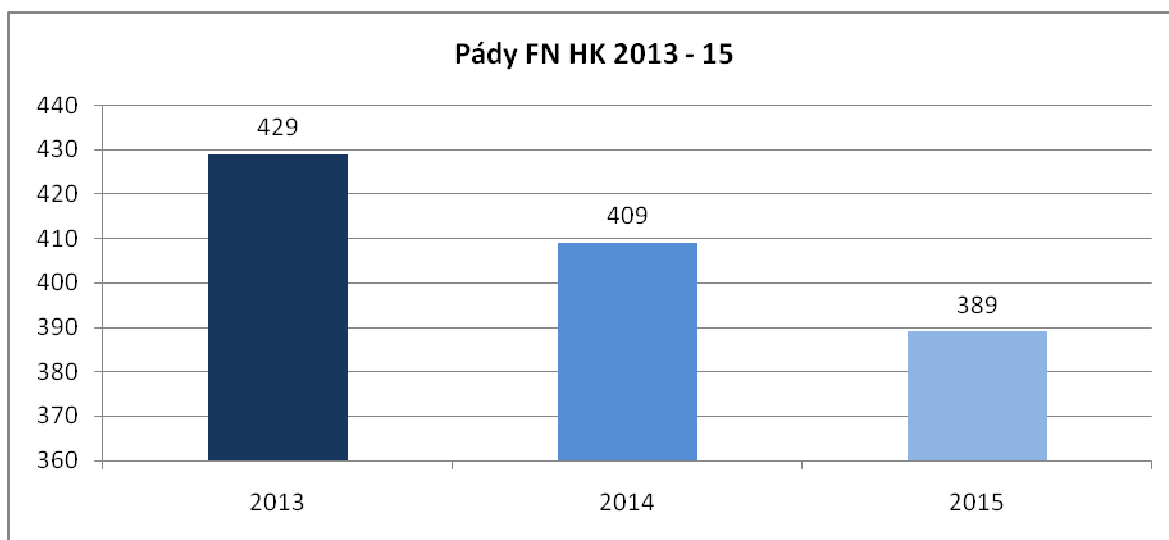
Metodiku z tohoto projektu jsme v roce 2004 převzali a rozšířili sledování po jednotlivých klinických pracovištích FN HK. V následujících letech jsme se systematicky a komplexně zaměřili na danou problematiku – byl vydán předpis Prevence pádu u pacienta, pacienti v riziku měli riziko pádu podchyceno na barevném identifikačním náramku se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci, byl vydán pomocný informační materiál k opakované edukaci a upozornění pro pacienty. Díky těmto opatřením se nám v letech 2007 – 2011 dařilo snižovat počty pádů a následných poranění pacientů na odděleních. Zlepšili jsme také podmínky pro vykazování pádů přes webové rozhraní (rok 2012) a tím jsme docílili i větší compliance v hlášení pádů (viz. Graf 1)

Graf 1



Od roku 2011 jsme pády s těžkým poraněním začali hlásit i do Národního systému hlášení nežádoucích událostí a od roku 2013 sledujeme všechny pády dle metodiky systému hlášení nežádoucích událostí (od roku 2015 zastřešuje ÚZIS ČR) a vyhodnocujeme je na lokální úrovni. Tento systém nám umožňuje podrobnou analýzu dané problematiky z různých pohledů. Pády pacientů s těžkým poraněním pečlivě analyzujeme, šetření provádíme přímo na pracovišti, hovoříme s personálem i s pacienty, snažíme se najít taková opatření, abychom pády u pacientů co nejvíce minimalizovali. V rámci kazuistik uvádíme příklady různých příčin a následků pádů a jejich řešení. V letech 2013 – 2015 se nám díky zavedeným opatřením stále daří snižovat počet pádů ve FN HK (viz. Graf 2).

Graf 2



V roce 2012 bylo rozhodnuto na základě provedených kalkulací zvýšených nákladů u pacienta s pádem o nákupu signalizační podložky pro pacienty, kteří nechtějí či nemohou dostatečně spolupracovat při dodržování bezpečnostních preventivních opatření. Signalizační podložka byla zakoupena na Klinikou radiologie a onkologie a probíhalo její testování a ověřování v praxi. Na základě dobrých zkušeností a poklesu pádů na dané klinice, byla v roce 2014 zakoupena další signalizační podložka na III. interní gerontometabolickou kliniku a Neurologickou kliniku, v roce 2015 na Kardiochirurgickou kliniku.

K základním a nejdůležitějším preventivním opatřením stále patří edukace pacienta, v případě potřeby i opakovaná. Na Ortopedické klinice pořádáme například edukační

semináře pro pacienty ještě před určitým operačním výkonem. Důležité je také prostředí, ve kterém se pacient pohybuje. Pro zvýšení bezpečnosti pacientů dovybavujeme např. WC a koupelny madly, upřednostňujeme bezbariérový přístup. V rámci přidělených finančních prostředků na nákup pomůcek pro ošetrovatelskou péči dbáme na to, aby splňovaly zásady bezpečné manipulace – např. brzděné noční stolky, lůžka, toaletní křesla apod. Nezastupitelné místo má i kontinuální vzdělávání zdravotnických pracovníků, na kterém se ve FN HK významně podílí i pracovníci Rehabilitační kliniky. Pořádáme pro pracoviště semináře o ergonomii práce a rehabilitačním ošetrovatelství. Sdílujeme si poznatky a zkušenosti nejen mezi odděleními, ale i mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V roce 2016 se zaměřujeme na prevenci pádů na dalších pracovištích, rozhodli jsme se pro testování protiskluzných podložek k lůžku.

Závěr

Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové se nám osvědčil systémový přístup v prevenci pádů u hospitalizovaných pacientů. Naše výsledky tomu nasvědčují. Proto jsme se v roce 2015 zaměřili i na klasifikaci rizika a sledování pádů u dětských pacientů. Co ale postrádáme, je jednotný klasifikační systém hodnocení rizika pádů a povinné sledování indikátorů kvality v rámci České republiky.

Literatura:

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v roce 2015. Ukončení projektu. Závěrečná zpráva.* 2015

JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnictví*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

VONDRÁČEK, L, VONDRÁČEK J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*, 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 68 s. ISBN 80-247-1919-3.

Korespondence:

Mgr. Ivana Dvořáčková, Ph.D.
Zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
Email: ivana.dvorackova@fnhk.cz

Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve FN Motol

Mgr. Daniela Bartoníčková¹, Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.²

¹ Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

² Ústav ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci

Souhrn:

Cílem příspěvku je podat přehled o výsledcích šetření v oblasti kultury bezpečí pacientů u sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole. K tomuto účelu byl použit standardizovaný dotazník společnosti Agency for Healthcare Quality and Research „Hospital Survey on Patient Safety“, který byl v rámci práce validizován do českého jazyka jako „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 207 sester. V rámci šetření byly sestrami jednotlivé dimenze (tj. složky) kultury bezpečí pacientů posouzeny a byly identifikovány silné a slabé oblasti poskytované bezpečné péče. Celkově byl stupeň bezpečnosti pacientů sestrami hodnocen vysoce pozitivně; hlášení nežádoucích událostí zaznamenalo za posledních 12 měsíců až 80 % sester. Posouzení složek kultury bezpečí pacientů bylo následně aplikováno na nalezení rozdílů mezi jednotlivými typy pracovišť.

Klíčová slova:

Bezpečnost pacientů, Kultura bezpečí pacientů, Nemocniční péče, Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů, Ošetřovatelská péče, Sestra.

Patients' Safety In Motol University Hospital viewed In The Perspective of Internal Medicine Nurses

Summary:

The article presents the result overview of patient safety culture from the perspective of the nurses of the internal medicine departments of the Motol University Hospital. A standardized questionnaire, which was validated into the Czech language as „Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“ and provided by the Agency for Healthcare Quality and Research was used to conduct the survey. 207 nurses took part in the survey. The individual dimensions (components) of the safety culture were evaluated by the nursing staff and major weaknesses and strengths of the safe nursing care were identified. Hospital was perceived by nurses as highly positive. The number of events reported has been experienced by up to 80 % of nurses within last 12 months. The evaluation of the safety culture dimensions was then applied in order to find out the differences between the individual working stations.

Keywords:

Patient safety, Patient safety culture, Medical care, Hospital survey on patient safety, Nursing, Nurse.

Úvod

Medicína prošla během posledních desítek let bouřlivým vývojem, díky kterému bylo v mnoha oblastech diagnostiky a léčby dosaženo významných pokroků. Úloha sestry i přes tento vývoj však zůstává nadále nezastupitelná. Nároky na odbornost a množství prováděných výkonů neustále narůstají, požadavek kvalitní a bezpečné poskytované péče zůstává. Sestry jsou v rámci své profese schopné nejen sledovat a ovlivňovat systém zdravotní péče napříč všemi aspekty péče o pacienta, ale také detekovat hrozby týkající se jejich bezpečnosti. Bezpečnost pacientů je definována jako „*prevence poškození pacientů*“ (Hughes, 2008, s. 2), proto by měla být hlavním cílem všech organizací minimalizace rizik tohoto poškození (Cronenwett et al., 2007, s. 128). Kulturu bezpečí pacientů definuje společnost Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) jako „*produkt individuálních a skupinových hodnot, postojů, vnímání, kompetencí a vzorců chování, které určují vazbu organizace, její styl a odbornost, ale i zdraví a bezpečnost vedení*“ (Sorra et al., 2016, s. 1). K jejímu měření bylo v minulosti vytvořeno již několik dotazníků (Morello, et al., 2012, s. 11). Vzhledem k platnosti a spolehlivosti se jako vhodný ukázal „Hospital Survey on Patient Safety – Nemocniční průzkum bezpečnosti pacientů“. Dotazník byl již v minulosti v České republice jednou použit Filkou, Kotrbovou (2012, s. 51 – 58) při průzkumu kultury bezpečí pacientů v nemocnicích jihočeského kraje.

Vlastní text

Pozitivní kultura bezpečí pacientů je základem pro poskytování bezpečné péče. Znamená to tedy, že posouzením jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů lze usuzovat na bezpečnost poskytované péče (Ulrich, Kear, 2014, s. 459).

Posouzení kultury bezpečí pacientů zahrnuje následujících dvanáct dimenzí:

1. týmovou spolupráci v rámci oddělení;
2. podporu vedoucího/manažera prosazující bezpečnost pacienta;
3. znalosti organizace a kontinuální zlepšování;
4. podporu managementu pro bezpečnost pacientů;
5. celkové vnímání bezpečnosti pacientů;

6. zpětnou vazbu a komunikaci ohledně nežádoucích událostí;
7. otevřenost komunikace;
8. frekvenci hlášení nežádoucích událostí;
9. spolupráci mezi jednotkami/odděleními;
10. personální obsazení;
11. překlady a předávání pacientů;
12. nerepresivní odpovědi na nežádoucí události.

Celkové hodnocení kultury bezpečí pacientů dále doplňuje stupeň bezpečnosti pacientů a počet zaznamenaných nežádoucích událostí (Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions, 2014). Posouzení je určeno pro všechny zaměstnance, avšak je možné si vybrat pouze podmnožinu zaměstnanců (např. sestry). Při hodnocení jedné kategorie je však výzkum platný pouze pro danou kategorii (Sorra et al., 2016, s. 11).

Cíl výzkumu

Cílem našeho výzkumu byla deskripce názorů sester interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole na bezpečnost hospitalizovaných pacientů prostřednictvím posouzení stávající kultury bezpečí pacientů.

Materiál a metody výzkumu

Studie probíhala dle metodiky AHRQ (Sorra et al., 2016).

Dotazník byl v rámci výzkumu po získání souhlasu s jeho překladem a následnou distribucí od společnosti AHRQ validizován v souvislosti s modifikovaným postupem lingvistické validizace dle Wild et al. (2005). Dotazník odráží 12 dimenzí kultury bezpečí pacientů a 2 přiřazené položky k celkovému zhodnocení bezpečnosti (stupeň bezpečnosti pacientů, počet zaznamenaných nežádoucích událostí). Je seskupen do 9 celků A – I a sestává celkem z 52 položek. Části (A-D, F – 42 položek) tvoří jádro dotazníku a lze na jejich základě vymezit jednotlivé dimenze kultury bezpečí pacientů. Celkem 7 otázek je pak zaměřeno na demografické údaje o respondentech. Ve dvou z nich jsme se odchýlili od originální verze a to konkrétně v části A, kde byla

nemocniční pracoviště přizpůsobena pouze k pracovištím interních oborů a v části H v položce pracovního zaměření pouze na všeobecné sestry, abychom se zaměřili pouze na cílovou skupinu respondentů. Poslední část I poskytuje respondentům možnost se k dané problematice vyjádřit.

Možnosti odpovědí byly nabízeny v rámci pětistupňové Likertovy stupnice (rozhodně nesouhlasím, souhlasím, žádná z možností, rozhodně souhlasím, resp. Nikdy, zřídka, někdy, často, vždy).

Dotazníkové šetření bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci a náměstkyní nelékařských oborů z Fakultní nemocnice v Motole.

Průzkumné šetření proběhlo od konce listopadu 2015 do ledna 2016. Celkem bylo osloveno 9 interních pracovišť, včetně oddělení intenzivní péče. Distribuce i sběr dotazníků probíhaly ve spolupráci s vrchními sestrami. Osloveny byly všechny všeobecné sestry pracující na interních lůžkových pracovištích ve Fakultní nemocnici v Motole.

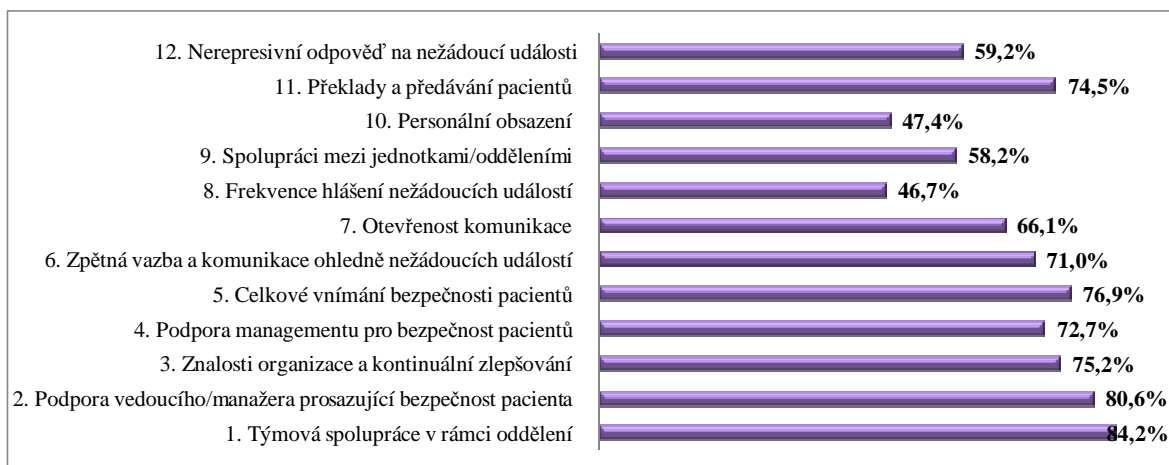
Pro každou dimenzi kultury bezpečí pacientů bylo vypočítáno tzv. kompozitní skóre, tzn. průměrné procento respondentů, kteří pozitivně odpověděli na otázky hodnotící dané dimenze kultury bezpečí pacientů. Následně jsme zjišťovali rozdíly v jednotlivých dimenzích kultury bezpečí pacientů mezi třemi typy pracovišť (intenzivní, standardní a dlouhodobá). Shapiro-Wilkovými testy normality bylo zjištěno, že veličiny udávající bodové skóre v jednotlivých dimenzích kultury bezpečí nemají normální rozložení, proto byla k ověření platnosti hypotézy použita neparametrická statistická metoda – Kruskal Vallisův test. Pokud byla p-hodnota nižší než 0,05, byly následně provedeny post hoc testy mnohonásobného porovnání, které hledaly rozdíly mezi typy pracovišť po dvojicích.

Výsledky šetření

Konečný počet navrácených dotazníků činil 250 (83,61 %) dotazníků z 299 (100 %) distribuovaných. Pro statistické zpracování bylo použito celkem 207 dotazníků, některé byly vyřazeny pro neúplnost vyplnění.

Z 207 všeobecných sester pracovala většina (139, 67,1 %) na standardních typech pracovišť, 38 (18,4 %) na intenzivních pracovištích a (30, 14,5 %) byla z dlouhodobého typu pracoviště – Centra následné péče.

Obr. 1: Dimenzionální aspekty kultury bezpečí pacientů

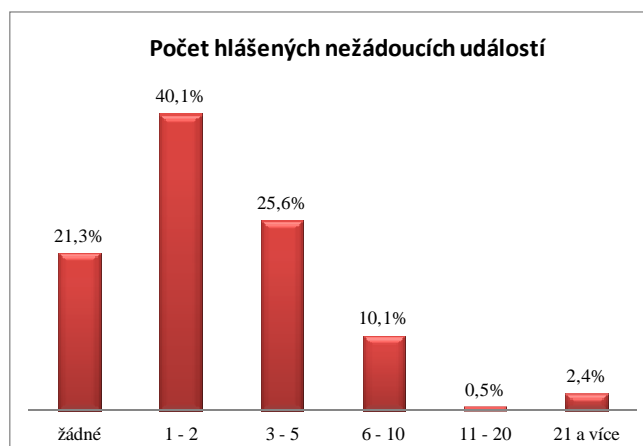


Kompozitní skóre znázorněné na obrázku 1 představuje vyhodnocení jednotlivých dimenzí kultury bezpečí pacientů. Z výsledků vyplývá, že sestry interních oborů hodnotily jako silné oblasti poskytované bezpečné péče následující tři dimenze - týmová spolupráce v rámci oddělení (84,2 %), podpora vedoucího/ manažera prosazující bezpečnost pacienta (80,6 %) a celkové vnímání bezpečnosti pacientů (76,9 %).

Jako slabé oblasti poskytované bezpečné péče byly hodnoceny následující tři dimenze - frekvence hlášení nežádoucích událostí (46,7 %), personální obsazení (47,4 %) a spolupráce mezi odděleními (58,2 %).

Při hodnocení stupně bezpečnosti pacientů respondenti nejvíce vybírali možnost velmi dobrý (65,2 %); celkově pozitivně (vynikající, velmi dobrý) hodnotilo bezpečnost pacientů 83,6 % respondentů. Možnost přijatelný stupeň bezpečnosti zvolilo 14,0 % respondentů. Negativní (slabý, nedostatečný) stupeň bezpečnosti přiřadila 2,4 % respondentů.

Obr. 2: Počet hlášených nežádoucích událostí v procentech



Na obrázku 2 jsou znázorněny odpovědi na otázku, kolik hlášení nežádoucích událostí podali respondenti za posledních 12 měsíců. Bylo zjištěno, že nejvíce respondentů (40,1 %) nahlásilo za posledních 12 měsíců 1 - 2 nežádoucích událostí. Minimálně jedna nežádoucí událost byla celkem zaznamenána 78,7 % respondentů. Možnost žádné hlášení nežádoucích událostí zvolilo 21,3 % respondentů.

Rozdíly mezi pracovišti (standardní, intenzivní, dlouhodobý typ) byly v rámci výzkumu prokázány pouze u dvou dimenzí:

1. Personální obsazení - pracoviště intenzivního typu mají významně horší hodnocení bezpečnosti v oblasti personálního obsazení než standardní typy pracoviště ($p = 0,015$).
2. Frekvence hlášení nežádoucích událostí - pracoviště dlouhodobého typu mají významně vyšší hodnocení bezpečnosti v oblasti frekvence hlášení nežádoucích událostí než standardní typy pracoviště ($p = 0,004$).

Diskuze

V zájmu zvýšení bezpečnosti, kvality péče a výsledků u pacientů jsou dle Ammouriho et al. (2015, s. 104) zdravotní instituce vyzývány, aby kulturu bezpečí pacientů začaly posuzovat. Prvotní posouzení stávající kultury bezpečí je velmi důležité z hlediska zaměření se na prioritní oblasti vedoucí k celkovému dosažení zlepšení v oblasti bezpečí pacientů (Sorra, Dyer, 2010, s. 200). Posouzení poskytuje zdravotnickým organizacím

jasný přehled o oblastech bezpečnosti pacientů vyžadujících naléhavou pozornost, identifikaci silných a slabých stránek jejich stávající kultury bezpečnosti a rovněž možnost porovnání výsledků s ostatními organizacemi (Stavrianopoulos, 2012, s. 202).

Výsledky naší studie poukazují na silné a slabé oblasti poskytování bezpečné péče na interních pracovištích ve Fakultní nemocnici v Motole z pohledu sester. Za silné oblasti poskytované bezpečné péče sestry považovaly týmovou spolupráci na oddělení (84,2 %) a podporu vedoucího/ manažera prosazujícího bezpečnost pacientů (80,6 %). Dále mezi silné oblasti poskytované bezpečné péče zařadily celkové vnímání bezpečnosti pacientů (76,9 %), což je srovnatelné s výsledky studií Filka, Kotrbová (2012, s. 55) – 72,4 %, a Mikušová, Rusnáková (2012, s. 48) – 74 %. Mezi slabé oblasti poskytované bezpečné péče zařadily frekvenci hlášení nežádoucích událostí (46,7 %), personální obsazení (47,4 %) a spolupráci mezi odděleními v nemocnici (58,2 %). Nízké hodnocení dimenzí personálního obsazení a týmové spolupráce mezi odděleními lze rovněž shledat i ve studiích Filky, Kotrbové (2012, s. 55) a Mikušové, Rusnákové (2012, s. 48).

Personální nedostatek je dle většiny publikovaných studií celosvětovým problémem a v důsledku toho bývají pracovníci přepracovaní. I přesto, že délka pracovní doby by měla činit 37,5 hodin týdně, nejvíce našich respondentů uvedlo, že pracuje týdně v průměru 40 - 60 hodin. Výsledkem přepracování může být stres a únava, které negativně ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče (El-Jardali et al., 2014, s. 10).

Klasifikace bezpečnosti pacientů prostřednictvím přiřazení určitého stupně byla sestrami interních oborů hodnocena jako pozitivní (možnosti „vynikající“ a „velmi dobrý“) v 83,6 % případů. Dalším významným výsledkem bylo zaznamenávání případů nežádoucích událostí. V našem výzkumu minimálně jednu událost za posledních 12 měsíců zaznamenalo až 78,7 % sester, což je velmi vysoké procento.

Paradoxem je, že i přesto, že až 80 % sester nahlásilo za posledních 12 měsíců minimálně jednu nežádoucí událost, tyto sestry považovaly mezi dimenzemi za slabou oblast frekvenci hlášení nežádoucích událostí. Důvodem může být to, že se položky této oblasti týkaly i hlášení téměř pochybení. Hlášení téměř pochybení je však pro některé pracovníky stále tabu. Filka navzdory tomu však uvádí, že může být jednou z nejefektivnějších strategií v boji proti jeho vzniku (Filka, 2010, s. 125).

V poslední oblasti našeho výzkumu jsme zjišťovali rozdíly mezi jednotlivými typy pracovišť (standardní, dlouhodobý, intenzivní) v hodnocení dimenzí kultury bezpečí

pacientů. Bylo prokázáno, že sestry z intenzivní péče oproti sestřím ze standardních typů pracovišť hodnotily hůře personální obsazení. Dále bylo prokázáno, že pracoviště dlouhodobého typu měla oproti pracovištím standardním významně vyšší hodnocení v dimenzi frekvence hlášení nežádoucích událostí. V České republice zatím nebyla provedena žádná studie, která by poukazovala na rozdíly mezi typy pracovišť. Jednalo se tedy o nepřímé potvrzení rozdílů v dimenzích kultury bezpečí pacientů mezi jednotlivými typy pracovišť.

Závěr

Vzhledem k tomu, že v dnešní době se kvalita a bezpečí posuzují dle dodržovaných standardů, se domníváme, že by se pozornost měla zaměřit i na vnímání bezpečnosti prostřednictvím personálu. Mohly by tím být pro management nemocnice získány velmi cenné informace týkající se zlepšení bezpečné péče o pacienty. V rámci našeho výzkumného šetření byly identifikovány oblasti, které mohou přispět ke zlepšení bezpečnosti pacientů na pracovištích interních oborů ve Fakultní nemocnici v Motole.

Literatura:

AMMOURI, A. A., A. K. TAILAKH, J. K. MULIIRA, R. GEETHAKRISHNAN a S. N. AL KINDI. 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review* [online]. **62**(1), 102-110 [cit. 2015-09-11]. DOI: 10.1111/inr.12159. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495946>

CRONENWETT, Linda, Gwen SHERWOOD, Jane BARNSTEINER, Joanne DISCH, Jean JOHNSON, Pamela MITCHELL, Dori Taylor SULLIVAN a Judith WARREN. 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook* [online]. **55**(3), 122-131 [cit. 2015-09-15]. DOI: 10.1016/j.outlook.2007.02.006. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655407000620>

EL-JARDALI, Fadi, Farheen SHEIKH, Nereo A GARCIA, Diana JAMAL a Ayman ABDO. 2014. Patient safety culture in a large teaching hospital in Riyadh: baseline assessment, comparative analysis and opportunities for improvement. *BMC Health Services Research* [online]. **14**(1), 1-15 [cit. 2015-10-11]. DOI: 10.1186/1472-6963-14-122. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3975247/>

FILKA, Jozef. 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí* [online]. **6**(2), 125-128 [cit. 2015-09-22]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=828165>

FILKA, Jozef a Kvetoslava KOTRBOVÁ. 2012. Průzkum kultury bezpečí pacientů v nemocnicích jihočeského kraje. In: *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických*

pracovníků [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 51-58 [cit. 2015-09-21]. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=978637>

Hospital Survey on Patient Safety Culture: Items and Dimensions. 2014. *AHRQ* [cit. 2015-09-18]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospdim.html>

HUGHES, Ronda G. 2008. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 2015-10-31]. Dostupné z: <http://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nursesbdbk/nursesbdbk.pdf>

MIKUŠOVÁ, Veronika a Viera RUSNÁKOVÁ. 2012. Vnímání kultúry bezpečnosti pacientov v nemocniciach na Slovensku. In: *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků* [online]. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, s. 46-51 [cit. 2015-09-21]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=978635>

MORELLO, Renata Teresa, Judy A. LOWTHIAN, Anna Lucia BARKER, Rosemary MCGINNES, David DUNT a Caroline BRAND. 2012. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* [online]. **22**(1), 11-18 [cit. 2015-10-10]. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000582. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22849965>

SORRA, Joann a Naomi DYER. 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* [online]. **10**(1), 199-211 [cit. 2015-10-25]. DOI: 10.1186/1472-6963-10-199. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2912897/>

SORRA, Joann, Laura GRAY, Suzanne STREAGLE, Theresa FAMOLARO, Naomi YOUNT a Jessica BEHM. 2016. *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide* [online]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality [cit. 2012-01-03]. Dostupné z: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospcult.pdf>

STAVRIANOPOULOS, Theodosios. 2012. The Development of Patient Safety Culture. *Health Science Journal* [online]. **6**(2), 201-211. [cit. 2015-09-15]. ISSN: 1108-7366. Dostupné z: <http://www.hsj.gr/medicine/the-development-of-patient-safety-culture.pdf>

ULRICH, Beth a Tamara KEAR. 2014. Patient Safety Culture in Nephrology Nurse Practice Settings: Initial Findings. *Nephrology Nursing Journal* [online]. **41**(5), 459-476 [cit. 2015-11-20]. ISSN: 1526-744X. Dostupné z: <http://ezproxy.muni.cz/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,uid&db=a9h&AN=98976960&lang=cs&site=eds-live&scope=site>

WILD, Diane, Alyson GROVE, Mona MARTIN, Sonya EREMENCO, Sandra MCELROY, Aneesa VERJEE-LORENZ a Pennifer ERIKSON. 2005. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported

Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. **8**(2), 94-104 [cit. 2015-05-12]. Dostupné z: https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/PROtranslation_adaptation.pdf

Kontaktní adresa

Mgr. Daniela Bartoníčková

Sazovická 479/23

155 00 Praha 5

Email: bartonickovadaniela@gmail.com

Dobrovolnický program z pohledu akreditačního procesu ve zdravotnickém zařízení

MUDr. Ivana Štverka Kořínková
AD VITAM, o.p.s.

Souhrn:

Dobrovolnické programy ve zdravotnických zařízeních v ČR mají již 17 letou historii a osvědčily se jako prvek přispívající ke kvalitě poskytované zdravotní péče. Podmínkou je dobrá příprava a spolehlivá koordinace dobrovolnických aktivit. Společná zodpovědnost zde leží nejen na koordinátorovi programu, ale i na zdravotních sestrách, které mají největší přehled o potřebách pacienta a kontakt s dobrovolníkem mu zprostředkovávají. Bezpečí pacienta hraje velkou roli ve sledování a hodnocení kvality poskytované péče. Kontakt dobrovolníka s pacientem sebou přináší řadu často nových situací, které je třeba cíleně ošetřit a pracovat s nimi i z hlediska systému směrnic a řízení dokumentace. Příspěvek se zaměřuje na implementaci dobrovolnického programu ze specifického pohledu plnění standardů a prevence rizik.

Klíčová slova:

Dobrovolnický program ve zdravotnictví; přínosy dobrovolnického programu ve zdravotnictví; řízení rizik v dobrovolnickém programu; kvalita zdravotní péče; akreditační standardy pro nemocnice;

Volunteer Program in terms of Accreditation Process in Healthcare Facilities

Summary:

Volunteer programs in health care facilities in the Czech Republic already have 17 years of history and have proved to be an element contributing to the quality of health care provided. The condition of this is a good preparation and reliable coordination of volunteer activities. Shared responsibility here lies not only on the program coordinator, but also to nurses, which have the largest inventory of the patient's needs and mediate his contact with the volunteer. Patient safety plays a big role in monitoring and assessing the quality of care provided. Contact volunteer with the patient often brings many new situations that need to be targeted to treat and work with them in terms of guidelines and controlled documentation. This paper focuses on the implementation of the volunteer program from a specific point of view of standards, and risk prevention.

Key words:

Volunteer program in the health care system; benefits of volunteer program in health care system; risk management in volunteer program; quality of health care; accreditation standards for hospitals;

Úvod:

Dobrovolnické programy ve zdravotnických zařízeních v České republice si postupně našly své místo hlavně v oblasti psychosociální podpory dlouhodobě a těžce nemocných pacientů dětského i dospělého věku. Oproti všem počátečním předpokladům projevují

dobrovolníci zájem i o činnost na takových odděleních, jako jsou onkologie, spinální jednotka, ARO, neurochirurgie, psychiatrie, specializované popáleninové centrum nebo oddělení paliativní a hospicové péče. Vesměs pozitivní zpětné vazby ze strany pacientů i ze strany personálu vypovídají o tom, že takto zaměřená dobrovolnická činnost má v českém zdravotnictví smysl. Kontakt dobrovolníků s pacienty, zejména v těžkém zdravotním nebo psychickém stavu, může významně přispět k celkové kvalitě léčebného procesu, ale zároveň může být i náročnou situací pro všechny zúčastněné. Proto je potřeba se zamýšlet nad tím, jak dostat tento prvek do systému péče bezpečným způsobem a jaké je jeho místo v systému řízení kvality zdravotní péče.

Přínos dobrovolnického programu:

Úspěšné dobrovolnické programy v těch českých nemocnicích, kde fungují dlouhodobě a ve větším rozsahu, jsou charakterizovány těmito klíčovými faktory:

- Vedení zdravotnického zařízení považuje dobrovolnický program za smysluplnou doplňkovou službu v rámci poskytované zdravotní péče, která pozitivně ovlivňuje atmosféru na oddělení a spokojenost pacientů. Proto program podporuje, udržuje a rozvíjí.
- Vedení zdravotnického zařízení v zájmu minimalizace rizik investuje do koordinace dobrovolnického programu - do pozice koordinátora dobrovolníků, do podpory kontaktních osob (zástupců personálu pro kontakt s dobrovolníky), do udržování dobré informovanosti a propagace dobrovolnického programu mezi personálem i směrem k pacientům a veřejnosti.
- Personál oddělení zapojených do programu si je vědom přínosu dobrovolnických aktivit pro pacienty, o dobrovolníky stojí a na programu aktivně spolupracuje.

Vědomí smysluplnosti a přínosu dobrovolnického programu je základním předpokladem toho, aby nemocnice dobrovolnický program chtěla a vytvořila podmínky pro jeho fungování. Kladné odezvy na laickou psychosociální a emocionální podporu ze strany dobrovolníků potvrzují, že kromě snahy o navrácení fyzického zdraví patří do oblasti kvality zdravotní péče i podpora dalších aspektů lidského bytí, které se na celkovém zdraví podílejí. Pacienti i personál u dobrovolníků v českých nemocnicích nejvíce oceňují:

- Individuální pozornost a čas věnovaný individuálním potřebám konkrétního pacienta

- Empatii a porozumění
- Odlehčení a psychické odreagování formou neformální komunikace a při různých volnočasových aktivitách
- Odklon pozornosti od nemoci a bolesti a podporu toho, co pacient i při nemoci může dělat, co je v něm zdravé a o co se může při léčbě opřít

Takto definované benefity ve své podstatě korespondují a naplňují minimálně některé z principů a pravidel, které jsou formulované ve studii zabývající se potřebnými změnami v systému zdravotní péče v novém tisíciletí (Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine; 2001, kap. 3, s. 61-62). Pokud české nemocnice opravdu stojí o to, aby se tento efekt a přínos ze strany dobrovolníků maximálně rozvinul, je důležité přijmout i odpovídající opatření zajišťující bezpečí pro pacienty i pro dobrovolníky samotné. To vyžaduje promyšlenou koordinaci celého programu. Logickým vyústěním je pak systematická práce s možnými rizikovými situacemi, které mohou při fungování dobrovolníků v provozu zdravotnického zařízení nastat. Osoba koordinátora dobrovolníků je klíčová, ale důležitým partnerem je i zdravotnický personál. Efektivní dobrovolnický program pro pacienty nelze vytvořit zvenku „na klíč“, zásadní slovo a podíl na něm by měly mít zdravotní sestry, které jsou s pacienty v nepřetržitém kontaktu, znají jejich zdravotní stav a omezení a znají provozní parametry svého oddělení. Z dosavadních zkušeností vyplývá, že dobré počáteční nastavení programu je důležitou preventivní investicí a ideálně by mělo být řešeno v kontextu řízení kvality péče. Základní mantinely pro bezpečnou implementaci dobrovolnického programu byly definovány v Metodickém doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů (Věstník MZČR částka 6/2009, str. 102). Další praktickou linií, podle které je možné udržovat dobrovolnické aktivity v mezích požadované kvality a bezpečnosti, jsou akreditační standardy pro hodnocení kvality zdravotní péče (Marx, Vlček, 2013, Akreditační standardy pro nemocnice; 2014, Akreditační standardy pro následnou péči).

Rizikové devatero

Z mých dlouholetých zkušeností získaných na pozici odborné konzultantky, lektorky a supervizorky koordinátorů i dobrovolníků působících ve zdravotnických zařízeních vyplývá, že problémy a rizika při působení dobrovolníků v nemocnicích nejčastěji souvisejí s následujícími faktory:

- Nereálné představy vedení nemocnice, že výrazného efektu působení dobrovolníků lze dosáhnout bez investice do záruky kvality a bezpečí, tzn., že převažuje tlak na kvantitu bez odpovídající kvality.
- Podcenění významu pozice bez koordinátora dobrovolníků jako jednoho z bezpečnostních prvků programu v nemocnici, jeho nedostatečné proškolení a supervize. Poměrně časté jsou např. kompromisy v podobě finančně neohodnocené funkce koordinátora přiřazené k jiné profesi. Neadekvátní podmínky pro koordinaci, nedostatečná časová kapacita a malá motivace jsou pak živnou půdou pro rizikové situace nejrůznějšího typu.
- Podcenění personalistiky při výběru dobrovolníků vhodných pro činnost ve zdravotnickém zařízení, podcenění výběrových kritérií a motivace dobrovolníků je často vázáno na situace popsané v bodu 2 a vede k zařazení „rizikových dobrovolníků“ do programu.
- Vágní a příliš obecné vstupní proškolení zájemců o dobrovolnickou pozici, které si neklade nároky na to, aby adept dobře porozuměl roli dobrovolníka a smyslu pravidel v konkrétním zdravotnickém zařízení, zvyšuje riziko nespolehlivosti dobrovolníků se všemi dopady na kvalitu a bezpečí.
- Nedostatečná informovanost personálu a nepochopení základních principů dobrovolnického programu v nemocnici vede neadekvátnímu výběru typu dobrovolnických činností pro dané oddělení a spektrum pacientů, případně k aktivitám bez jakékoli kontroly a regulace.
- Personálem podporovaná „šedá zóna“ mezi dobrovolnickou činností a odbornou náplní práce zdravotnických i nezdravotnických profesí v nemocnici podporuje chaos a vznik situací, kdy není jasné, co kdo dělá a za co je kdo zodpovědný.
- Neexistující ocenění, nedostatečná podpora nebo nefungující zpětná vazba ve formě supervize dobrovolníků je příčinou ztráty motivace, fluktuace a odchodu dobrých a cenných dobrovolníků.
- Chybějící nebo neefektivní komunikace mezi koordinátorem, managementem a zdravotnickým personálem a chybějící komunikace s osobou zodpovědnou za řízení kvality péče v daném zdravotnickém zařízení je příčinou eskalace problémů.
- Formalismus, nedůslednost nebo „postupné rozvolnění“ domluvených nebo psaných pravidel kromě zvyšující se rizikosti nakonec odrazuje dobré dobrovolníky a ponechává v programu ty „rizikové“, kterým chaos vyhovuje.

Z výše popsaného souboru rizikových míst a situací by se mohlo zdát, že nejjednodušší „prevencí“ by bylo dobrovolnické programy v nemocnicích nepodporovat a nerealizovat. Při porovnání přínosů a rizik se ale domnívám, že potenciál, který dobrovolníci mohou nabídnout, by bylo dobré využít a nejefektivnější cestou je vědomá práce s celým procesem. Nastavit dobrovolnický program kvalitně a bezpečně z hlediska doporučené metodiky a splnění požadavků akreditačních standardů nemusí být zas až tak složité. Jde o srozumitelné zviditelnění celého systému koordinace programu, poukázání na souvislosti a propojení očekávaného výsledku s nutnými podmínkami v rámci dodržování platných legislativních a metodických norem. Každé zdravotnické zařízení, které chce funkčním způsobem začlenit do svého provozu dobrovolníky, by mělo být schopné odpovědět na tři otázky:

Tab. 1 Klíčové otázky a odpovědi k nastavení dobrovolnického programu

PROČ	Jasně vyjádření smyslu a očekávaného přínosu dobrovolnické činnosti
CO	Jasně formulované požadavky na to, co má dobrovolník znát, jak se má chovat a co má respektovat
JAK	Jasně stanovení vnitřní organizační struktury programu, pravomocí, zodpovědností a komunikační strategie

Dobrovolnický program pohledem akreditačních standardů SAK

Na fungování dobrovolnického programu, pohyb a činnost dobrovolníka v nemocnici se můžeme podívat spektrem aktuálně platných akreditačních standardů pro hodnocení kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Pro názornost jsem použila akreditační standardy, které vydala Spojená akreditační komise, o.p.s. Z pohledu plnění akreditačních standardů pro nemocnice (Marx, Vlček, 2013) nebo pro následnou péči (Marx, Vlček, 2014) se dobrovolnický program jako proces promítá téměř do všech hodnocených oblastí, vyjma standardů VI. Anesteziologická a chirurgická péče.

- Resortní bezpečnostní cíle MZ ČR:

- Cíl č. 4 - Prevence pádů pacientů – týká se důležitého poučení dobrovolníka o pravidlech pro manipulaci a pohyb s pacientem
- Cíl č. 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče – týká se v podstatě všech dobrovolnických činností v nemocnici

1. II. Práva pacientů a jejich edukace:

Tato skupina standardů se dotýká dobrovolnické činnosti, při které je dobrovolník v přímém kontaktu a komunikaci s pacientem. Znalost a dodržování práv pacientů se musí týkat i dobrovolníků. Na druhou stranu pacient může i v neformálním hovoru s dobrovolníkem otevírat témata, která jsou spojena s jeho obavami, mohou vyplynout pacientovy specifické potřeby včetně spirituálních, dobrovolník se může dozvědět i informace nebo stížnosti, které pacient neřekl zdravotnickému personálu, apod. Pokud je celý proces dobře nastaven, může být dobrovolník v těchto a podobných situacích velmi funkčním komunikačním prostředníkem nebo pomocníkem v edukačním procesu.

1. III. Dostupnost a kontinuita péče:

Týká se např. standardu 3.3, kdy se dobrovolník zapojuje v roli průvodce pacienta s různým typem handicapu a pomáhá mu při překonávání bariér při poskytování zdravotní péče nebo při transportu.

1. IV. Diagnostická péče:

Se standardy týkajícími se dokumentace anamnestických údajů a hodnocení stavu mohou korelovat situace, kdy má pacient takovou důvěru v dobrovolníka, že mu sděluje podstatné informace, které mohou souviset s jeho zdravotním stavem.

- V. Terapeutická péče:

Tato oblast se týká např. problematiky jasného vymezení hranic pozice dobrovolníka v situaci podávání stravy pacientům, která je často řešena na odděleních následné péče.

2. VIII. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření:

Dobrovolnického programu se týkají situace související prakticky se všemi standardy této oblasti.

3. IX. Řízení a správa:

Způsobu řízení dobrovolnického programu se týká standard 9.1, dále standardy související se systémem a aktualizací vnitřních předpisů. Dobrovolnické aktivity mohou být s výhodou využity v rámci aktivit z oblasti podpory zdraví, dobrovolníků se týká standard dodržování etických norem a zlepšování organizační kultury (9.9)

4. X. Řízení kvality a bezpečí:

V rámci hodnocení standardů řízení kvality a bezpečí by se dobrovolnického programu mohly týkat standardy 10.4 (Interní audit kvality a bezpečí poskytovaných služeb) a 10.5 (Sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb), případně 10.6 (Sledování nežádoucích událostí)

5. XI. Bezpečí prostředí:

Dobrovolnického programu se týká hlavně standard 11.3 (Zajištění bezpečí a bezpečnosti prostředí a služeb)

6. XII. Informace a komunikace

K dobrovolnickému programu se vztahuje především standard 12.6 (Zabezpečení informací), případně standard 12.7 (Bezpečnostní politika informačních technologií)

7. XIII. Řízení lidských zdrojů:

Tyto standardy se vztahují k řízení dobrovolnického programu jako celku v případě, že koordinátor dobrovolníků je interním zaměstnancem nemocnice - standard 13.1 (Plánování počtu personálu, jeho kvalifikace...). Pozice dobrovolníků se týká standard 13.6 (BOZP)

Je zřejmé, že při optimálním nastavení si dobrovolnický program a systém sledování a hodnocení kvality péče může být vzájemně prospěšný:

1. Zdravotnickému zařízení, usilujícímu o poskytování služeb v širokém kontextu kvality péče, může dobře fungující dobrovolnický program pomoci naplňovat některé z akreditačních standardů (např. v oblastech II, III a IX).
2. Jasně a srozumitelně vymezení bezpečných hranic a pravidel fungování dobrovolníků v korelaci s Resortními bezpečnostními cíli a akreditačními standardy v ostatních výše popsaných oblastech, může odstranit nebo významně omezit řadu situací popsaných v „rizikovém devateru“.

Tento oboustranný efekt ve svém důsledku předpokládá, že nemocnice, která plánuje nebo má rozvinutý dobrovolnický program, zahrne způsob fungování dobrovolníků a koordinaci dobrovolnického programu do systému řízení a hodnocení kvality péče. Z metodického hlediska se tento krok týká v první řadě interního garanta jako zástupce managementu a zapojení osoby zodpovědné za řízení kvality. Prakticky to znamená odpovědět na výše uvedené tři otázky, zapracovat jednotlivé části a fáze dobrovolnického programu do vnitřních předpisů a řízené dokumentace a zajistit fungující komunikaci a odpovídající rozdělení pravomocí a zodpovědností všech, kteří se na programu podílejí.

Závěr:

Dosavadní fungování dobrovolnických programů v části českých nemocnic ukázalo, že činnost dobrovolníků – laiků může být dobrým nástrojem pro naplňování těch aspektů komplexní péče o nemocné, které souvisejí s psychosociální a emocionální podporou

pacientů. Má to svá úskalí a limity, ale také ne zcela využívaný potenciál. Podpora, která je reflektovaná pozitivním hodnocením a zpětnými vazbami od pacientů, je reálná, ale často odehrává se bez plného vědomí personálu. Tam, kde personál aktivně s dobrovolníky nepracuje a nespolupracuje, připravuje se o cenné informace, které by mohly kvalitu poskytované péče vhodně doplnit. Pokud je v obecném zájmu využití potenciálu, který dobrovolnické programy ve zdravotnictví nabízejí, bylo by dobré se zaměřit na vyplnění těchto stávajících mezer:

- Definovat přínosy dobrovolnické činnosti jako žádanou součást kvalitní zdravotní péče a dobrovolnický program jako možný nástroj jejího naplňování
- Vytvořit systém hodnocení bezpečí, kvality a efektivity dobrovolnických programů, i v kontextu s akreditačními standardy
- Kromě kvantitativních indikátorů definovat i objektivně hodnotitelné kvalitativní ukazatele

Těmito kroky by se dobrovolnický program ve zdravotnictví integroval i ve smyslu kvality zdravotních služeb, jak ji definuje WHO v dokumentu Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotního systému (Světová zdravotnická organizace Evropa 2008, s. 9):

„Kvalitní zdravotní služba má tím nejefektivnějším způsobem organizovat zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně.“ Tato definice připouští potřebu bezpečné péče a zákonných norem vyšší úrovně, stanovicích standardy vysoké úrovně a lidská práva. Zahrnuje rovněž tři pohledy na kvalitu:

- Kvalita z pohledu pacienta (co si pacienti přejí a co zažívají)
- Odborná kvalita (co pacienti potřebují a uplatňování zásad nejlepší praxe), a
- Kvalita managementu (efektivnost a dodržování předpisů). Zlepšení zahrnuje definici a měření aspektů každého měření a stanovení standardů.“

Literatura:

COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA; INSTITUTE OF MEDICINE (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, 360 pages, ISBN 978-0-309-07280-9

MARX, D., VLČEK, F. (2013) *Akreditační standardy pro nemocnice*, 3. vydání účinné od 1. 1. 2014, schváleno MZ ČR dne 9. 11. 2012, vyd. Spojená akreditační komise, o.p.s. a TIGIS, spol. s r.o., 2013, 172 s. ISBN 978-80-87323-04-05

MARX, D., VLČEK, F. (2014) Akreditační standardy pro následnou péči, 2. vydání účinné od 1. září 2015, Spojená akreditační komise, o.p.s. a TIGIS, spol. s r.o., 2014, 149 s. ISBN 978-80-905886-0-8

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE EVROPA (2008): Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotního systému, dostupné na internetu http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/spoluprace-s-who_2862_29.html

VĚSTNÍK MZČR, částka 6/2009, str. 102 Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů. Dostupné na internetu http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_2349_1036_3.html

Korespondence:

MUDr. Ivana Štverka Kořínková

Solná 1630/24

Praha - Radotín

Email: ivana.stverka.korinkova@advitam.cz

Pasivita a vyhýbání se pohybu u pacientů s chronickou bolestí - pouze ošetřovatelský nebo i celospolečenský problém?

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D., PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Tato přehledová práce je zaměřena na zhodnocení teoretických modelů strachu vztahujících se k bolesti a dostupné diagnostické metody. Je základem pro pochopení vztahu strachu a vyhýbání se aktivitám v souvislosti s chronickou bolestí. Shrnuje základní druhy učení ve vztahu k bolesti, vystihuje kognitivní model a pokouší se nalézt optimální metody pro konkrétní koncepty vyhýbání se strachu souvisejícího s bolestí a s pohybem. Strach spojený s bolestí, strach z pohybu, z poškození a následné operace či invalidity může být u pacientů s chronickou bolestí základní příčinou udržování bolesti a závažnou překážkou v léčbě. Vede k závažnému funkčnímu poškození. Týká se tedy významně všech zdravotníků v přípravě i klinické praxi. Práce proto apeluje na nutnost transformovat výzkum související se strachem z bolesti i na zdravou populaci, která je ohrožena příliš malou aktivitou.

Klíčová slova:

Chronická bolest; strach související s bolestí; diagnostické nástroje

Úvod

Z našeho každodenního života se téměř vytratil pohyb. Pasivita, nedostatek pohybu a doslova vyhýbání se pohybu, se stávají určitým životním stylem. Hromadná doprava nahradila chůzi, potřebujeme-li jet nakoupit do obchodu za rohem - jedeme autem, potřebujeme-li se dostat do prvního patra domu - jedeme raději výtahem. Populace je obecně velmi málo aktivní. Situace je komplikovanější u lidí, kteří v důsledku úrazu nebo onemocnění trpí chronickými bolestmi. Zkušenost s bolestí je velmi individuální. Zatímco někdo může reagovat na bolest verbálně a velmi hlasitě i behaviorálně (tj. chováním při bolesti), jiná téměř nereaguje. Podobné individuální rozdíly se vyskytují nejen u bolesti, ale i u jiných vjemů, například zrakových či chuťových.

Základní druhy učení, kognice a zvládací strategie

Klasické podmiňování a bolest vychází z obecně známého modelu Pavlova se slinícím psem byl výsledkem pokusu redukovat komplexnost učení na experimentální model učení. Klasické podmiňování u bolesti může být chápáno tak, že vrozený reflex na averzivní podněty může být podmínkou k dříve zcela neutrálnímu podnětu či události jako je například návštěva lékaře, nebo nepříjemný výraz v obličeji manželky. Ke klasické podmíněné reakci může dojít kdykoliv, když dojde ke vzniku averze na bolest. Důležité je, že podmíněné reakce se objeví i přesto, že nemají žádný vliv na pravděpodobnost výskytu události. Podmíněné reakce při očekávání bolesti jsou v podstatě obranné reakce ve smyslu podmíněného strachu (Bolles a Fanselow, 1980). Toto je důležité si uvědomit, protože úloha strachu v očekávání a vyhýbání se bolesti je u pacientů s chronickou bolestí zásadní (Goubert, Crombez a Peters, 2004).

Operantní podmiňování a bolest vychází z kritiky Skinnera: v klasickém podmiňování neexistuje žádná kontrola událostí v prostředí. Podstatou učení v operantním podmiňování je proto kontrola prostředí. Organismus se učí „ovládat“ prostředí, ve kterém je: jakékoliv chování, které je provázeno příznivým důsledkem, se bude tedy pravděpodobně opakovat. Fordyce (1976) byl první, kdo aplikoval principy operantního podmiňování na problémy pacientů s chronickou bolestí. Jeho základní myšlenka byla změnit chování při bolesti, tedy léčit pomocí změny chování. Chování při bolesti se objevuje vždy, když převáží jeho přínos: například pokud je posilováno přehnanou empatií od starostlivého partnera, nebo lékařem, který předepisuje velké množství léků proti bolesti, či finanční kompenzací v zaměstnání. Prostřednictvím operantního podmiňování se pacient může vyhnout očekávané bolesti tím, že užije lék, nebo sníží, či zcela omezí, jakékoliv aktivity. Chování při bolesti je tedy jasným příkladem sociálního pozitivního posílení chování.

Klasické podmiňování se tedy týká procesu, ve kterém má neutrální podnět negativní význam. Osoba se učí predikovat události ve svém okolním prostředí. Poškození vyvolává automatickou reakci, jakou je svalová tenze a aktivace sympatiku včetně strachu a úzkosti. Externí podnět může prostřednictvím klasického podmiňování vyvolat podobnou reakci. Podmiňování může probíhat skrze přímou zkušenost nebo prostřednictvím informace (instrukční učení) nebo dokonce pozorováním (zástupné

učení). Například u pacienta s bolestí zad se může vyvinout strach ze zvedání břemene po zážitku bolesti během zvedání nebo po vyslechnutí informace, že zvedání těžkého břemene může poškodit jeho páteř a svaly. Stejný druh strachu se také může objevit, když jedinec vidí rozvoj akutní bolesti u někoho, kdo zvedal něco těžkého. Když podnět, který škodlivému nebo bolestivému zážitku předchází, začne predikovat bolest, nastupuje vyhybbavé učení. Diskriminační podnět nabývá negativní hodnoty, která aktivuje reaktivitu svalů a samotný strach a úzkost. Vyhybbání se ohrožující situaci, blíže na obr. 1, je posilováno snížením bolesti, strachu, tenze a úzkosti. Vyhybbavé chování je ale extrémně odolné vůči vyhasnutí: je tomu tak, protože úspěšné vyhybbání brání jedinci dostat se do styku se skutečným (neškodlivým) důsledkem ohrožující situace (Vlaeyen et al., 2012).

V procesu učení je ale důležitá i role kognitivních faktorů. Jedinec umí vnímat blížící se bolest a slovně to popsat. Dynamika učení zdůraznila afektivně-motivační povahu učení. Klasické podmiňování zahrnuje kognitivní i afektivní složku. Evoluční význam anticipačního strachu je příprava na obranu, nebo útěk. Je tedy důležitý vztah mezi dvěma událostmi, jejich interpretace a i význam pro daného jedince. Vnímání bolesti jako hrozby se podstatně mezi jedinci liší. Mírná a středně silná akutní bolest může být chápána jako nepříjemná událost s možnými důsledky, ale například sportovec v předvečer významného zápasu, nebo člověk, který musí jít druhý den do práce, může tuto bolest vnímat jako pouze dočasnou a druhý den normálně fungovat při sportu či v zaměstnání. Ovšem jedinci, kteří si myslí, že jim bolest může významně ublížit (že je to signál něčeho špatného), ti se budou při akutní mírné a střední bolesti chovat jinak. To ukazuje na význam emoční dimenze bolesti. To, co tedy ovlivňuje podmíněný strach nejsou jen sensorické dimenze zážitku bolesti, ale i její emoční rozměr. Hrozba bolesti, která je koncipována jako kognitivní styl s tendencí k jejímu nadsazování, zesiluje strach z blížící se bolesti jak v experimentálních, tak klinických situacích (Goubert, Crombez a Peters, 2004).

Subjektivní škodlivost zažívané bolesti mohou mírnit zvládací strategie. Význam prožívané bolesti je dynamický proces a často se mění v závislosti na informacích z různých zdrojů. Ke změně významu bolesti může dojít v průběhu komunikace: zdravotníci, kteří informují pacienty o možné invaliditě, či postižení (například

v důsledku opotřebení plotýnek či obratlů na páteři), mohou zvýšit obavy ze vzniku bolesti v budoucnosti a strach z bolesti. Slovní informace tedy poměrně snadno zvyšují strach. Také komorbidity jako fobické a úzkostné poruchy souvisí u jedinců s bolestí s možným averzivním fobickým chováním: zejména katastrofizace může prohloubit averzivní charakter bolestivého zážitku a vyvolat strach.

Pacient se často dopředu vyhýbá událostem, které ještě nezažil (anticipace). Polehává, aby ho to nebolelo. Nejde do obchodu, aby ho to nebolelo...Ale takové chování zamezí zkušenosti s averzní událostí (tj. bolestí). Proto se modely vyhýbání zaměřují na vyhýbání se bolesti, pohybu a aktivitě, které má zabránit bolesti, ale také zranění či operaci. Přitom se bolesti nedá vyhnout, dá se vyhnout jen aktivitám, které jsou s ní spojené. Je také rozdíl mezi chováním, které se jedinec dozvěděl prostřednictvím přímé zkušenosti (pacient sám měl zkušenost: více chůze-větší intenzita bolesti) a chováním, které je získáno verbálně (lékař sdělil vážný nález na rentgenu). Lidé si vytvářejí určitá pravidla chování posilující strach a špatně rozlišují mezi skutečnou událostí, chováním a jeho výsledkem. Chování při bolesti je často trvalé i přesto, že má závažné negativní důsledky (pacient nevychází z domova) či možné a potencionální (snížení kardiovaskulární a svalové aktivity) negativní důsledky.

Historický přehled zkoumání strachu a bolesti

Pokusy o porozumění strachu a jeho klinickým projevům mají dlouhou historii. Většina současných léčebných postupů je odvozená z pokusů o porozumění faktorům souvisejících se vznikem a udržováním strachu, a nacházení intervencí, které by mohly tyto faktory terapeuticky ovlivnit (Vlaeyen et al., 2012).

Během první poloviny dvacátého století se psychologické výzkumy zaměřovaly na vztah bolesti a úzkosti jako důsledek chronicity bolesti. Od šedesátých let dvacátého století se výzkum zaměřoval na pochopení vztahu chronické bolesti u jedinců trpících úzkostnými poruchami. Výsledky ukázaly, že bolest je častější u lidí s úzkostnými poruchami a dalšími psychiatrickými komorbiditami, a že zvláště některé úzkostné poruchy, například sociální fobie a posttraumatická stresová porucha se častěji vyskytuje u lidí s chronickou bolestí, než u jedinců, kteří bolestí netrpí (Asmundson, Norton a Vlaeyen, 2004).

Na počátku dvacátého století se objevil v léčbě psychoanalytický přístup. Chápal patologické stavy strachu jako důsledek narušení normálního psychologického vývoje zakořeněného v intrapsychickém konfliktu. Konkrétní fobie byly chápány jako symbolické reprezentacemi tohoto konfliktu, jejich funkcí bylo chránit jedince před psychickou bolestí spojenou s konfliktem. V léčbě šlo o odhalení symbolického významu fobie a vyřešení konfliktu. Již zmíněný Pavlov současně v této době prováděl laboratorní experimenty, zabývající se vývojem strachu a neurotickým typem chování u zvířat s modelem podmiňování, Watson a Rayner aplikovali pavlovovské podmiňování k navození strachu z krysy u malého chlapce Alberta. Klinický dopad experimentálních studií například i Mowrera a Millera ve třicátých a čtyřicátých letech 20. století se projevil na konci 50. let v práci Wolpeho - rozličné fobie úspěšně vyléčil novou metodou nazývanou systematická desenzibilizace. Protokol byl zjevně jednoduchý a aplikovatelný na strach obecně -spíše než na specifické psychopatologické stavy, a urychlilo to provádět laboratorní studie širokého spektra běžných „normálních“ strachů vyskytujících se v populaci. Systematická desenzibilizace sice spoléhala na kognitivní procesy, například na pacientovy záznamy k vytvoření hierarchie strachu a užití představ v léčbě, ale neexistovala žádná snaha přímo měnit kognitivní složku.

Základ později nazývané kognitivní terapie se objevil v 60. a 70. letech, a představovalo jej publikování Beckovy monografie o depresi (Beck et al., 1979). Beck také pracoval se strachem a úzkostí, a jeho analýza pozorování ho dovedla k závěru, že každá porucha je charakterizována specifickým vzorcem kognitivního hodnocení.

Vyhýbání se chronické bolesti se začal věnovat v 70. letech Fordyce s kolegy (Fordyce 1976). Fordyce s kolegy popsali behaviorální model, jehož jádrem je učení. Sloužil jako mechanismus pro chování spojené s akutním zraněním, pokud je toto chováním udržováno, stává se chronickým. Po akutním poranění se vyhýbání negativně posiluje prostřednictvím snížení utrpení spojené s nocicepcí. Vyhýbání má krátkodobý přínos, minimalizuje pravděpodobnost dalšího poškození, poskytuje příležitost k uzdravení poškozené tkáně. U většiny jedinců je vyhýbání postupně nahrazeno běžným chováním, dochází k obnově poškozené tkáně a nakonec návratu k aktivitám před zraněním. Pro malou část jedinců je negativní posílení nepředvídatelnými pozitivními a negativními

komponenty takové, že naopak slouží k udržení vyhýbání se. Domnívají se, že vyhýbat se činnostem a situacím, které jsou spojené s bolestí, nebo ve kterých zažívají bolest, snižuje pravděpodobnost výskytu nové bolesti. Účelem terapeutické intervence bylo změnit naučené vyhýbání se, a nakonec snížit postižení a invaliditu spojenou s trváním takového vyhýbavého chování. Linton et al. (1984) uvedli v 80. letech model vyhýbání se strachu, který zahrnoval jak klasické, tak i podmíněné učení. Behaviorálně založené modely Fordyce i Lintona stimulovaly nejen výzkum, ale právě i rozvoj terapie, kde byli stále více a více aktivní vědci kognitivní orientace. Turk et al. (1983) popsal kognitivně-behaviorální pohled bolesti, kde poukázal, že lidé aktivně zpracovávají vnitřní i vnější informace. Jde zejména o přiřazování významu a očekávání ve spojení se zkušeností s bolestí. Lethem et al. (1983) vysvětlili proces, jak strach z bolesti vede k vyhýbání se činnostem, k omezení fyzických aktivit: popsal bolest při absenci identifikovatelné organické patologie. Philipsová (1987) model rozšířila o fakt, že kognice má vliv na vyhýbání, a tím dochází k udržování chronické bolesti. Tedy, že vyhýbání se bolesti není jen výsledkem intenzity bolesti, ale také očekávání na základě předchozích zkušeností s bolestí. V 90. letech Kori s kolegy představili model kineziofobie (Kori, Miller a Todd, 1990).

Současný model strachu a vyhýbání se bolesti

Strach je integrální a adaptivní složkou vývoje každého jedince a také normální reakcí na reálné nebo domnělé ohrožení. Iracionální a nepřiměřenou podobou strachu je fobie. Specifické fobie se vyskytují až u 17–30 % pacientů s chronickou bolestí a mohou být závažnou překážkou v léčbě (Frombach, Asmundson a Cox, 1999). *Strach vztahující se k bolesti* zahrnuje *strach z bolesti, strach z poranění, strach z fyzické aktivity*. Většina pacientů se obává samotné bolesti (algofobie, odynofobie). Jiní pacienti se nemusí ani tolik obávat aktuální bolesti, ale více bolesti, kterou pocítí později, například až následující den po zvýšeném tělesném cvičení (kineziofobie). Pacienti se nemusí bát samotné bolesti, ale hrozícího (opětovného) zranění, rizika trvalé invalidity. Těmito pacienty je bolest vnímána jako varovný signál vážné ohrožující situace (např. další operace).

Strachem souvisejícím s bolestí trpí nejen pacienti s různými typy chronické bolesti (Heneweer et al., 2007; Picavet, Vlaeyen a Schouten, 2002), ale i zdravá populace (Buer

a Linton, 2002). Během posledních desetiletí se strach související s bolestí stal nedílnou součástí v objasnění invalidity u pacientů zejména s chronickou bolestí pohybového aparátu. Byly popsány základní léčebné postupy pro snížení strachu u pacientů s bolestmi zad (Vlaeyen et al., 2002) i neuropatickou bolestí (de Jong et al., 2005) a psychoterapie se stala nedílnou součástí zvládnání strachu souvisejícího s bolestí. V klinické praxi je strach chápán jako důležitý aspekt udržující invaliditu pacientů s chronickou bolestí. Pacient musí být léčen interdisciplinárně, včetně psychoterapie, aby bylo dosaženo výsledného cíle léčby. Přesto, že v posledních zejména třiceti letech byla role strachu souvisejícího s chronickou bolestí dostatečně prozkoumána, stále chybí jednotná koncepce strachu souvisejícího s bolestí. Byl popsán a zkoumán různými koncepty, například: strach z bolesti, vyhýbání se strachu, kineziofobie. Jedná se však spíše o teoretické koncepty a ne definované klinické poruchy, či patologické kategorie.

Současný model strachu a vyhýbání se bolesti je založen především na práci McCrackena et al. (1992), Waddella et al. (1993), Vlaeyena et al. (1995) a Asmundsona et al. (1999). Každý z nich přinesl poněkud odlišný pohled na koncept role strachu a vyhýbání se činností a aktivitám. Například, kromě samotného strachu z bolesti, se Waddell et al. (1993) zaměřili zejména na strach z činnosti vyvolávající bolesti, Asmundson (Asmundson et al. 2004) ukázali, že strach z bolesti může být sekundární strach z pocitů úzkosti spojených se zkušenostmi s bolestí. Hlavní myšlenky současného modelu jsou zachyceny v publikacích Vlaeyena a Lintona (2000). Vztahuje na skupinu pacientů, kteří projevují strach, že provádění pohybu povede ke katastrofickým důsledkům. Model poskytuje jednak vysvětlení toho, jak může u této skupiny docházet k spektru nechtěných důsledků spojených s chronickou bolestí, jak jsou udržovány a jak lze tuto situaci terapeuticky změnit. Schematické znázornění modelu je na obr. 2. Vyjadřuje jednoduše fakt, že v určitých případech si jedinec spojuje vykonávání konkrétních pohybů se škodlivými důsledky. Tyto pohyby jsou hodnoceny jako ohrožující a vyvolávají strach, který je možné zmírnit vyhýbáním se dané aktivitě a také prováděním zabezpečujícího chování. Pokud pacient např. věří, že ohýbání mu může způsobit poškození zad (výhřez ploténky), tak se raději většinou pohybů, při kterých k ohýbání dochází, vyhne. Pocit bezpečí přináší tomuto pacientovi například nošení korzetu, berlí nebo, že si drží rukou záda. Model předpokládá dvě různé, ale základní behaviorální reakce na bolest: zvládnutí nebo vyhnutí se. Učením totiž jedinec může

předpovídat, kdy a kde může situace nastat a vyhýbat se jí. Když je vyhnutí nemožné, pacient provádí právě „zabezpečovací chování“. To je založené na pravidlech, jak lze situaci bezpečně zvládnout. Chronické bolesti se ale není možné vyhnout, je možné se vyhnout pouze aktivitám, tedy pohybu, o kterých se pacient domnívá, že by mohly zvýšit intenzitu bolesti, nebo způsobit potenciální úraz. Pacienti se tak operantním podmiňováním naučí vyhýbat se situacím a aktivitám, ve kterých již dříve bolest zažili. Proto dochází k poklesu aktivity, funkční kapacity, ztrátě sociálních rolí, depresi. Strach spojený s bolestí významně ovlivňuje rychlost chůze, svalovou sílu a výkon. Samotné vyhýbání se aktivitám a pohybu udržuje strach. Příbuzný je model „fear-avoidance beliefs“ (Waddell et al., 1993) a „pain-related fear-avoidance beliefs,“ (Balderson, Lin a von Korff, 2004), ale u těchto dvou modelů není k dispozici teoretická koncepce. V literatuře se často výše zmíněné koncepty při používání zaměňují, i když nejde o synonyma.

Dotazníkové metody

K diagnostice strachu souvisejícího s bolestí je možné užít specifické dotazníky, rozhovor a behaviorální testy, které mohou poskytnout dostatečné informace o strachu souvisejícího s bolestí (Raudenská et al., v tisku).

Pro posouzení strachu souvisejícím s bolestí bylo vyvinuto mnoho dotazníků. Například nejstarší metodou pro subjektivní měření strachu z bolesti je Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), v roce 1991 vypracovali Miller, Kori a Todd (1991). Následně byly vyvinuty *The Fear-Avoidance Beliefs Questionnaires* (FABQ) (Waddell et al., 1993) a *Pain Anxiety Symptoms Scale* (PASS) (McCracken, Zayfert a Gross, 1992), *Fear of Pain Questionnaire* (FPQ) (Lethem et al., 1983) a *Fear Avoidance of Pain Scale* (FAPS) (Crowley a Kendall, 1999) a další. Těchto pět nejznámějších dotazníků je v současnosti užíváno ve výzkumu i klinické praxi s cílem identifikovat problémové oblasti strachu souvisejícího s bolestí a to zejména k definování cílů léčby. Nebyla ale provedena žádná systematická hodnocení psychometrických vlastností (Lundberg et al., 2011).

The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) byl vypracován Waddellem et al. (1993), k vyhodnocení míry vyhýbání se bolesti u pacientů s bolestmi zad. Originální

verze FABQ obsahuje 16 položek rozdělených do dvou škál: přesvědčení vyhýbání se strachu při psychických aktivitách (5 položek) přesvědčení vyhýbání se strachu při práci (11 položek). Každá z 16 ti položek je ohodnocena sedmi body Likertovy škály („vůbec nesouhlasím“ = 0 až „zcela souhlasím“ = 6) FABQ je k dispozici v devíti jazycích, každá verze je hodnocena s ohledem na jeho psychometrické vlastnosti. *The Fear Avoidance of Pain Scale* (FAPS) byl zkonstruován Crowleyem a Kendallem (1999) k měření vyhýbání se aktivitám. FAPS zahrnuje 21 položek, pacient hodnotí jak často se u nich zmíněná aktivita vyskytuje na škále od 0 (nikdy) do 6 (vždycky). *The Fear of Pain Questionnaire* (FPQ) je dotazník pro měření strachu z bolesti (Lethem et al., 1983). Má dvě anglické verze, skládá ze 30 položek, jednotlivé položky se v obou verzích liší (Lundberg et al., 2011). Položky stručně popisují bolestivé situace a pacient je dotazován, aby hodnotil míru bolesti u každé položky na škále od 0 (vůbec ne) do 5 (extrémně). Je tvořen třemi škálami: strach z malé bolesti, velké bolesti a strach z bolesti při zdravotních výkonech. Česká verze FPQ (Mareš et al., 2002) vznikala ve dvou krocích. Dotazník o 30 položkách administrován 88 medikům. Na základe faktorové analýzy byl zkrácen na 25 položek a administrován 325 dospělým osobám (113 hospitalizovaným pacientům a dalším 212 dospělým osobám s běžnými zdravotními obtížemi). Nová faktorová analýza vyústila ve 23 položek a připouští dvě interpretace. Jde – podobně jako u originální verze – o metodu měřící tři proměnné: strach z velké bolesti (reliabilita 0,82), strach z malé bolesti (0,75) a strach z lékařských výkonů (0,78). Nebo jde o jednodimenzionální dotazník měřící obecně strach z bolesti (reliabilita 0,89). Autoři české verze se přiklánějí spíše k jednodimenzionalitě, ale se souhrnným hrubým skórem nepracují. Doporučují klinické využití dotazníku pro screeningové účely a předkládají uživatelům pracovní normy pro tři výše uvedené proměnné.

The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) byl původně zkonstruován k posouzení strachu z bolesti (McCracken, Zayfert a Gross, 1992). Pacienti hodnotí každou z položek od 0 (nikdy) do 5 (vždy) na 6-ti bodové Likertově stupnici. Existují také jiné verze PASS dotazníku s 53 položkami a zkrácená verze má 20 položek. *The Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK) byla vytvořena k měření strachu z pohybu (Miller, Kori a Todd, 1991). Původně se skládá ze 17 položek. Každá je hodnocena 4 body. Hodnocení Likertovy škály je od „rozhodně nesouhlasím“ po „silně souhlasím“. Celkový počet se vypočítá po inverzi položek 4, 8, 12 a 16. Celkové skóre může kolísat od 17 do 68. TSK

je dostupný v pěti jazycích, ale může obsahovat různé kratší verze. Například, anglické verze obsahují 4, 11, 13 nebo 17 položek.

Fear of Pain Questionnaire (FPQ) a Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS) měří bolest související se strachem. *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)* a *the Fear-Avoidance of Pain Scale (FAPS)* byly zkonstruovány k měření vyhýbání se bolesti. Dotazník *Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)* byl zkonstruován k měření kineziofobie.

Lundberg et al. (2011) u těchto pěti dotazníků, *Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS)*, *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ)*, *the Fear Avoidance of Pain Scale (FAPS)*, a *The Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK)* hodnotili jejich psychometrické vlastnosti, dle (Lundberg et al., 2011) nemají vždy prokázanou reliabilitu a validitu, což může svědčit i o nedostatku konstruktové validity. FABQ se zdá být nejlepším dostupným dotazníkem pro měření „fear-avoidance beliefs“, PASS nejlepším dostupným dotazníkem pro měření strachu z bolesti a TSK je nejpoužívanější pro měření kineziofobie (Lundberg et al., 2011). Žádný jiný z dotazníků, kromě české verze FPQ, není zatím dostupný v českém jazyce.

Diskuse

Shrnuli jsme tradiční konceptualizaci klasického a operantního podmiňování u bolesti. Důležitá je ale v procesu učení při podmiňování strachu i role kognitivních faktorů. Je to usnadněno verbálními informacemi o události mezi podmíněným a nepodmíněným stimulem. Kromě toho, averzní význam nepodmíněného stimulu se může lišit v rámci jednotlivců (např. katastrofické myšlenky na bolest zvýší zážitek ohrožení bolesti), její averzní význam může být znehodnocen používáním některých strategií zvládnání a význam bolesti se často mění v závislosti na informacích z jiných zdrojů, jako např. ústně nebo v komunitě předávané informace. Základem podmíněného strachu je příprava na obranu, který může zesílit další podmíněné reakce. Ale zánik reakce nevede k jednoduchému odnaučování se nebo zapomínání. Spíše se organismus učí, že v konkrétním případě vztah podmíněný stimul a nepodmíněný stimul nemusí souviset. Byla prokázána účinná léčba pro pacienty s chronickou bolestí související se strachem z bolesti na podobném principu jako léčba fobických pacientů. Chování vedoucí k vyhýbání se bolesti má za

účel utlumit bolest či jí předejít. Toto chování zabezpečuje, že nepříjemný výsledek (bolest) nenastane a také tlumí strach. Pacienti se ale také vyhnou averzní události, se kterou se nikdy nesetkali. Pro toto chování je vysvětlení ve verbálním sdělení od významných lidí (rodina, přátelé, zdravotníci), které chování ve smyslu vyhýbání se bolesti udržuje.

Závěr

Oproti dřívějšímu integrovanému pohledu, nebo biopsychosociálnímu přístupu, předpokládají modely strachu souvisejícího s bolestí mnohem širší, rozměrnější a vícedimenzionální pohled na zkušenost s bolestí. Strach spojený s bolestí může být jedním ze základních bariér úspěšné léčby a problémem blokujícím spolupráci celého léčebného týmu a interdisciplinární léčby. Téma by mělo být proto součástí přípravy všech zdravotníků. Z toho vyplývá, že je potřeba podpořit další výzkum v oblasti algesiologie, psychologie i ošetřovatelství, který by byl lépe založený na teoriích podporující koncept strachu souvisejícího s bolestí. Závěry by mohly pomoci nejen v diagnostice strachu souvisejícího s bolestí, ale také v interdisciplinární léčbě pacientů trpících strachem souvisejícím s bolestí, strachem z pohybu či dalšího zranění v důsledku pohybu a aktivit, ale také lépe porozumět zdravé populaci a pomoci jí být více aktivní.

Podpořeno MZ ČR – RVO, FN v Motole 00064203

Literatura

ASMUNDSON, G., J., G., NORTON, P., J., VLAHEYEN, J., W., S. *Fear-avoidance models of chronic pain: An overview*, 3-24. In ASMUNDSON, G., J., G., VLAHEYEN, J., W., S., CROMBEZ, G. (Eds.) *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Asmundson, G., J., Norton, P., J., Norton, G., R. *Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity*. In *Clin Psychol Rev*, 1999, 19, 1, 97-119.

BALDERSON, B., H., K., LIN, H., B., N., von Korff, M. *The Management of Pain-Related Fear in Primary Care*. New York, NY, USA: Oxford University Press 2004.

BECK, A., T., RUSH, A., J., SHAW, B., F., GREENBERG, R., L. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.

BOLLES, R., C., FANSELOW, M., S. (1980). *A perceptual-defensive-recuperative model of fear and pain*. In *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 291-301.

BUER, N., LINTON, S., J. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *In Pain*, 2002, 99, 3, 485-491.

CROWLEY, D., KENDALL, A., S. Development and initial validation of a questionnaire for measuring fear-avoidance associated with pain: the fear-avoidance of pain scale. *In Journal of Musculoskeletal Pain*, 1999, 7, 3, 3-19.

de JONG, J., R., VLAEYEN, J., W., ONGHENA, P., CUYPERS, C., den HOLLANDER, M., RUIJGROK, J. Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type I: the application of graded exposure in vivo. *In Pain*, 2005, 116, 3, 264-275.

FORDYCE, W., E. Behavioral methods for chronic pain and illness. St. Louis: Mosby, 1976.

FROMBACH, I., ASMUNDSON, G., COX, B. Confirmatory factor analysis of the fear Questionnaire in injured workers with chronic pain. *In Depress Anxiety*, 1999, 9, 117-121.

GOUBERT, L., CROMBEZ, G., PETERS, M. *Pain-related fear and avoidance: a conditioning perspective*, 38-51. In ASMUNDSON, G., J., G., VLAEYEN, J., W., S., CROMBEZ, G. (Eds.) *Understanding and treating fear of pain*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

HENEWEER, H., G., AUFDEM KAMPE, M., W., van TULDER, H., KIERS, K., STAPPAERTS, H., VANHEES, L. Psychosocial variables in patients with (sub)acute low back pain - an inception cohort in primary care physical therapy in the Netherlands. *In Spine*, 2007, 32, 5, 586-592.

KORI, S., H., MILLER, R., P., TODD, D., D. Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. *In Pain Management*, 1990, 3, 35-43.

LETHEM, J., SLADE, P., D., TROUP, J., D., BENTLEY, G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception-I. *In Behaviour Research and Therapy*, 1983, 21, 4, 401-408.

LINTON, S., J., MELIN, L., GOTESTAM, K., G. Behavioral analysis of chronic pain and its management. *Progress in behavior modification* (18). New York: Academic Press, 1984.

LUNDBERG M., GRIMBY-EKMAN A., VERBUNT, J., SIMMONDS, M.J. Pain-related fear: a critical review of the related measures. *In Pain Research and Treatment*, 2011, article ID 494196, 26 pages, 2011. doi:10.1155/2011/494196.

MAREŠ, J., JEŽEK, S., SKORUNKA, D., PEČENKOVÁ, J. Diagnostika strachu z bolesti. *In Bolest*, 2002, 5, 4, 235-242.

McCRACKEN, L., M., ZAYFERT, C., GROSS, R., T. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *In Pain*, 1992, 50, 1, 67-73.

MILLER, R., P., KORI, S., H., TODD, D., D. The Tampa Scale: a measure of kinesiophobia. *In Clin J Pain*, 1991, 7, 1, 51-52.

PHILIPS, H. Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *In Behaviour Res Ther*, 1987, 25, 273-279.

PICAVET, H., S., J., VLAEYEN, J., W., SCHOUTEN, J., S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *In American Journal of Epidemiology*, 2002, 156, 11, 1028-34.

RAUDENSKÁ, J., MARUSIČ, P., AMLEROVÁ, J., KOLÁŘ, P., JAVŮRKOVÁ, A. Strach související s bolestí u pacientů s chronickou bolestí dolní části zad. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, v tisku.

VLAEYEN, J., W., KOLE-SNIJDERS, A., M., BOEREN, R., G., van EEK, H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *In Pain*, 1995, 62, 3, 363-372.

VLAEYEN, J., W., de JONG, J., GEILEN, M., HEUTS, P., H., T., G., vanBREUKELEN, G. The treatment of fear of movement/(re)injury in chronic low back pain: further evidence on the electiveness of exposure in vivo. *In Clinical Journal of Pain*, 2002, 18, 4, 251-261.

VLAEYEN, J., W., S., LINTON, S., J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A State of the art. *In Pain*, 2000, 85, 3, 317-332

VLAEYEN, J., W., S., MORLEY, S., LINTON, S., J., BOERSMA, K., DE JONG, J. Pain - related Fear? Exposure-Based Treatment for Chronic Pain. Seattle: IASP Press, 2012.

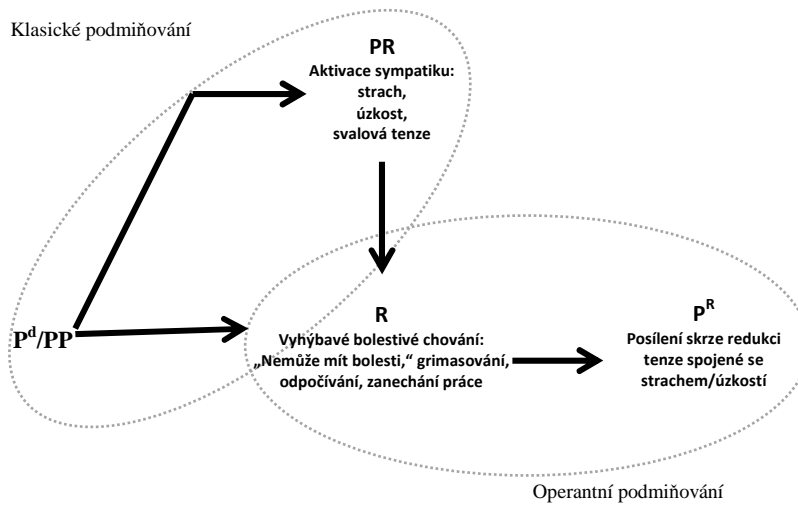
WADDELL, G., NEWTON, M., HENDERSON, I., SOMERVILLE, D., MAIN, C., J. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *In Pain*, 1993, 52, 2, 157-168.

Korespondence:

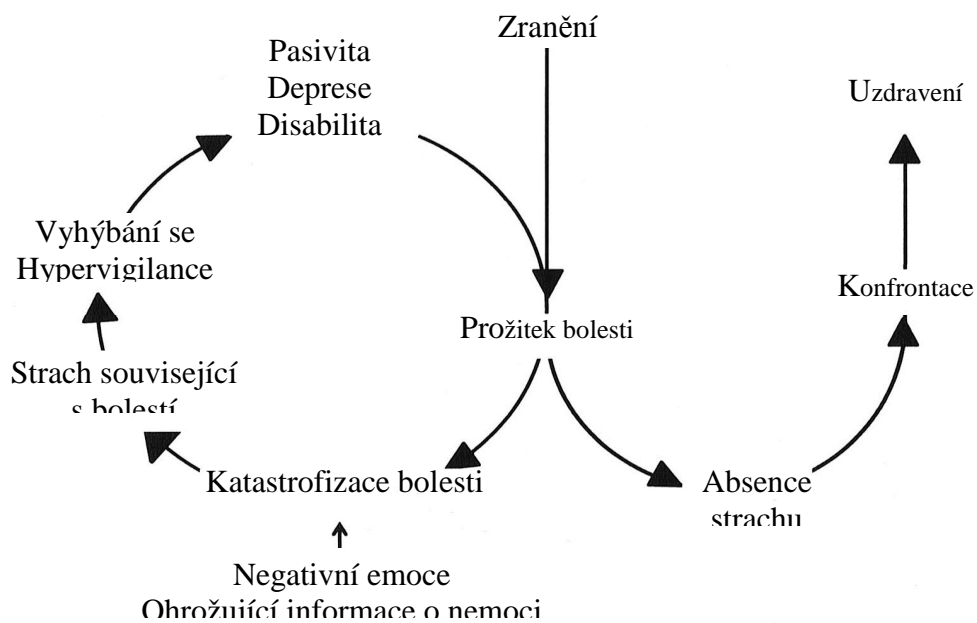
PhDr. Jaroslava Raudenská, PhD
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
Praha 5 - 150 06
Tel.: +420-2-24433480
Email: jaroslava.raudenska@fnmotol.cz

Přílohy:

Obr. 1 Složky klasického a operantního podmiňování v modelu vyhýbání se strachu. Upraveno dle Vlaeyen a Linton (2000)



Obr. 2 Schéma modelu vyhýbání se strachu. Upraveno dle Vlaeyen a Linton (2000)



Vzdělávání sestier na Slovensku

Doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

Katedra ošetrovatel'stva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Abstrakt:

Vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek sa v mnohých krajinách Európskeho regiónu odlišuje. Preto WHO prijala kľúčové dokumenty (Mníchovskú deklaráciu, Zdravie 21., Stratégiu vzdelávania), ktoré by sa zaoberali procesom vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. V Európskom spoločenstve má každý človek v zásade právo vykonávať také povolanie, aké si zvolí. Spoločnosť podmieňuje výkon niektorých odborných činností získaním určitej kvalifikácie. Preto Európske spoločenstvo prehodnotilo, či v záujme spoločenstva a jednotlivých štátov stačí pre ochranu všeobecných záujmov, princípov voľnej súťaže, alebo je potrebná regulácia. Európske spoločenstvo pripisuje zdraviu, resp. povolaniam, ktoré majú akýkoľvek vzťah k zdraviu – jeho ochrane, podpore a upevňovaniu, veľký význam. Slovenská republika je asociovanou krajinou Európskej únie. Vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie sa systém vzdelávania v ošetrovatel'stve výrazne zmenil. Podpis prístupovej zmluvy SR s Európskou úniou a vstup SR do EÚ je pozitívnym predpokladom harmonizácie práva a legislatívy na všetkých úrovniach štátu, teda aj v oblasti vzdelávania a zdravotnej starostlivosti. V rámci voľného pohybu osôb je významné vzájomné uznávanie kvalifikácií.

Kľúčové slová: Vzdelávanie; Sestra; Ošetrovatel'stvo; Povolanie;

NURSING EDUCATION IN SLOVAKIA

Abstract:

The training of nurses and midwives in many countries of the European region differs. Therefore, WHO adopted key documents (the Munich Declaration 21. Health, education strategy), to deal with the process of the training of nurses and midwives. The European Community has, in principle, every person entitled to exercise such a profession, what you choose. The company makes the performance of certain professional activities given qualification. The European Community therefore evaluated whether, in the interests of the Community and national levels sufficient to protect the general interest, the principle of free competition or regulation is necessary. The European Community attaches to

health, respectively. professions having any relationship to health - the protection, promotion and consolidation, of great importance. The Slovak Republic is associated country of the European Union. Slovakia's entry into the European Union, the system of education in nursing has changed significantly. SR signature of the Accession Treaty with the European Union and accession to the EU is a positive precondition for harmonizing law and legislation at all levels of law, and education and health care. Within the free movement of persons is an important mutual recognition of qualifications.

Key words: *Education; Nurse; Nursing; Profession;*

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

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Súhrn:

Forenzné ošetrovatel'stvo je relatívne nová a moderná špecializácia v odbore. Cieľom práce je definovať forenzné ošetrovatel'stvo, popísať podmienky pre štúdium a prax, a priblížiť jeho uplatnenie a využitie v systéme zdravotných služieb pre jednotlivcov, rodiny a komunity. Od novica až po experta- sestry s pokročilou praxou popisujeme jednotlivé subšpecializácie forenznej expertízy v kontexte multidisciplinárnej kooperácie s príbuznými odborníkmi.

Kľúčové slová:

Forenzné ošetrovatel'stvo. Pokročilá prax v ošetrovatel'stve. Špecializácia. Komunita.

Summary:

Forensic nursing is a relatively new and modern specialization in the field. The aim of this work is to define forensic nursing, describe conditions for study and practice, and to describe its implementation and use in health care services related to individuals, families and communities. From novice to expert- advanced practice nurses we describe each subspecialty of forensic expertise in the context of multidisciplinary cooperation within related fields.

Key words:

Forensic Nursing. Advanced Practice Nursing. Specialty. Community..

Úvod

Forenzné ošetrovatel'stvo je prepojenie ošetrovatel'skej vedy s právnym systémom. Sestry s takouto špecializáciou poskytujú starostlivosť obetiam násilia a zneužívania. Ide o sexuálne zneužívanie, partnerské násilie, zanedbanie, alebo iné formy úmyselného zranenia. Ich úlohou je tiež predchádzať násiliu a zneužívaniu. Poskytujú dôkazy a svedectvá, ktoré sú využívané v súdnych sporoch pri dokazovaniach viny páchatel'ov dopúšťajúcich sa násilných a nezákonných činov. Rola forenznej sestry spočíva v

prepojení zdravotnej starostlivosti a práva pri výkone spravodlivosti, mimoriadne úspešne sa uplatňujúca v komunite. Špecializovaná starostlivosť obetiam násilia presahuje lekársku starostlivosť. Vzdelanie spočíva v orientácii v právnom systéme zameraného najmä na identifikáciu zranení a ujmy na zdraví. Po základnom ošetrovaní a starostlivosti forenzná sestra zhromažďuje dôkazy, poskytuje svedectvo na súde a konzultuje jednotlivé prípady s právnymi orgánmi. Pracuje v rôznych oblastiach v súvislosti s násilím a zanedbaním, ako napríklad s obeťami domáceho násilia, sexuálneho napadnutia a zneužitia, zneužívania a zanedbania detí, starších, vyšetovania smrti, hromadných nešťastí a pod. Forezné sestry pracujú v nemocniciach, psychiatrických liečebniach, komunitách, spolupracujú pri programoch proti násiliu, a môžu byť prizvané k hromadným nešťastiam alebo krízovým situáciám (Lynch a Duval, 2010). Historicky sa forezné ošetrovatelstvo začalo objavovať v 70-tych rokoch minulého storočia ako „unikátna“ špecializácia sestier (Karkošková, 2016)

Vzdelanie a uplatnenie foreznej sestry

Štandardizované pokyny pre vzdelanie foreznej sestry tvoria štruktúru a obsah vedomostí, ktoré forenzná sestra musí mať v tejto špecifickej oblasti praxe. Tieto pokyny boli skonštruované, overované a revidované odborníkmi foreznej profesie.

Odborníci pri tvorbe pokynov zvolili Royovej adaptačný model ako najvhodnejší a najpresnejší pre forezný ošetrovatel'ský proces v dôsledku toho, že tento model vníma osobu ako bio-psycho-sociálnu bytosť v neustálej interakcii s meniacim sa prostredím (komunity, rodiny a pod.) s cieľom identifikovať jej potreby, diagnostikovať, formulovať plán, realizovať a hodnotiť ošetrovatel'ský proces. Ošetrovatel'ská proces tvorí rámec pokynov pre vzdelávanie (IAFN, 2015).

Dr Patricia Benner v roku 1984 predložila verejnosti prácu *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice* (od začiatočníka po experta: dokonalosť a sila v klinickej ošetrovatel'skej praxi), v ktorej v procese vývoja sestry-začiatočnícky po experta (začiatočník, pokročilý začiatočník, kompetentní, profesionál a expert) pripisuje veľký význam klinickým skúsenostiam (Benner, 1984 In Hamric et al., 2014). V pozícii foreznej sestry sa môžu uplatniť registrované sestry, ale aj sestry s pokročilou praxou (Lynch a Duval, 2010), pričom pokročilá prax môže predstavovať aj samostatnú licencovanú prax (Grešš Halász a Tkáčová, 2014). Novicov pre prax forezného ošetrovatel'stva pripravujú forezní experti. Nie všetky prípady a situácie

môžu byť v príprave zachytené. Ide tu skôr o prípravu v súvislosti s tým, ako správne a efektívne využívať analytické a kritické myslenie, ako aj intuíciu. Výuka sa skladá z klasického vyučovania v triede, prostredníctvom webu, simulácií, a pod. (IAFN, 2015).

Základné posúdenie faktorov ovplyvňujúcich ošetrovateľský proces v oblasti forenzného ošetrovateľstva:

Vek

Pohlavie

Jazykové znalosti

Fyziologický vývoj

Pohlavné dospievanie

Psychosociálne zručnosti

Kognitívne zručnosti

Sexuálna orientácia

Morálne, etické a právne aspekty

Duchovná viera a praktiky

Kultúrne vplyvy

Priority v oblasti zdravia

Vplývajúce životné/rodinné problémy (IAFN, 2015)

SANE - Sexual Assault Nurse Examiner (sestra forenzného ošetrovateľstva- vyšetrovatel'ka sexuálneho napadnutia)

Pokyny pre vzdelanie SANE boli vytvorené za účelom splňať medicínsko- právne potreby sestier pre odbor a prax, sumarizovať koncept, vývoj, úlohy a význam kolaborácie multidisciplinárnych tímov, ako aj sumarizovať problémy spojené s odbornou praxou. Hlavnou myšlienkou je adekvátne pomôcť obetiam sexuálneho násillia jednotlivcom, rodinám, komunitám (IAFN, 2015). SANE sestry, ktoré praktizujú medicínsko-právne forenzné hodnotenia musia podstúpiť špecifickú didaktickú a klinickú prípravu zameranú na obe sexuálneho násillia dospelé, adolescentov a deti. Tieto pokyny využívajú ošetrovateľský proces a prax a štandardy založené na dôkazoch. Cieľ spočíva v tom, aby každej obeti sexuálneho násillia a viktimizácie bolo poskytnuté adekvátne medicínsko-právne posúdenie s ohľadom na vývoj,

kultúru, rasu, etnikum, sexuálne a socioekonomické odlišnosti. Prax forenzného ošetrovateľstva sa sústreďuje najmä v krajinách Spojených štátov, preto tieto pokyny pre vzdelávanie sú limitované naspomínané krajiny (Lynch a Duval, 2010).

Vzdelávanie SANE sestier je rozdelené do troch oblastí: dospelí/adolescenti, deti/adolescenti, a kombinácia dospelí/adolescenti/deti. Pokyny adekvátne k obsahu odporúčajú absolvovať 40- 64 kontaktných hodín teoretickej a 40- 64 hodín klinickej výučby (IAFN, 2015).

Odporúčanými hlavnými teoretickými a klinickými témami špecializácie sú (IAFN, 2015):

Prehľad forenzného ošetrovateľstva a sexuálne násilie

Odpovede obetí a krízové intervencie

Spolupráca s komunitnými agentúrami

Medicínsko - právne anamnézy

Pozorovanie a hodnotenie nálezov fyzikálnych vyšetrení

Medicínsko - právne odbery vzoriek

Medicínsko - právna fotodokumentácia

Sexuálne prenosné ochorenia - testovanie a profylaxia

Testovanie tehotenstva a profylaxia

Medicínsko - právna dokumentácia

Prepustenie a následná starostlivosť

Právne stanoviská a súdne konania

FNDI - Forensic Nurse Death Investigator (sestra forenzného ošetrovateľstva-vyšetrovateľ okolností smrti)

Uplatnenie pokynov pre vzdelávanie v oblasti ošetrovateľskej investigatívnej spojenej so smrťou je zamerané na potreby jednotlivcov v súvislosti so systémom šetrenia v patológii. Investigatíva okolností smrti, ako aj forezné posudzovanie a hodnotenie je vykonávané registrovanými sestrami so špecializovaným vzdelaním a klinickou prípravou v oblasti podľa štandardov pre foreznú prax (IAFN, 2013a). Uplatnenie FNDI sestry spočíva v posudzovaní okolností smrti, zberom a hodnotením dôkazov, ako

starostlivosť o preživších a dôsledok udalostí významný pre komunitu. Proces spočíva v štyroch etapách: posudzovanie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie. Sú to aktivity ako napríklad posudzovanie okolností a miesta smrti, plánovanie zberu dôkazov a pomoci, realizácia odporúčaní pre preživších a vyhodnotenie vykonaných opatrení počas vyšetrovania. V súvislosti s komunitou sestra posudzuje potreby komunity a implementuje naplánované intervencie s cieľom podporiť, pomôcť a edukovať členov komunity podľa potreby (Lynch a Duval, 2010).

Úlohou pokynov pre FNDI vzdelávanie je riadiť sa štandardizovanou štruktúrou vedeckých poznatkov pre vyšetrovanie smrti a forenzné posudzovanie zosnulých, okolností a prostredia, analyzovať koncept, vývin, funkčnosť a kolaboráciu v rámci multidisciplinarity, a prepojiť profesionálnu prax FNDI s ošetrovateľským procesom.

Základný didaktický kurz určený pre novicov je obsiahnutý v 40 hodinách. Následné klinické cvičenia pod supervíziou a pokračujúci výcvik sú nevyhnutné pre dosiahnutie expertízy v odbore. Odporúčania uvádzajú minimum 600 hodín v oblasti medicínsko-právnych šetreniach okolností smrti s následným sústavným vzdelávaním. Taktiež do edukačného procesu je potrebné zakomponovať spoluprácu s reprezentantmi multidisciplinárnych tímov z príbuzných odborov a odvetví (IAFN, 2013a).

Odporúčanými hlavnými témami špecializácie sú (IAFN, 2013a):

Forezná veda v ošetrovateľstve

Koncepty multidisciplinarity

Úloha a zodpovednosť FNDI

System vyšetrovania smrti

Medicínske/forenzné hodnotenie

Manažment dôkazov a hodnotenie

Manažment v ošetrovateľstve

Trestné súdnictvo

Etika

Vyhodnotenie

Klinické cvičenia by mali zahŕňať:

Vyšetřovanie okolností smrti
Fyzikálne vyšetrenie zosnulých
Zber dôkazov
Dokumentácia
Pozorovanie pri pitve
Výskum

IPVNE - Intimate Partner Violence Nurse Examiner (sestra forenzného ošetrovateľstva- vyšetrovateľka intímneho partnerského násilia)

Intímne partnerské násilie je taktiež označované ako domáce násilie, násilie na základe pohlavia. Za násilie je považované fyzické, sexuálne, psychologické/emocionálne, spirituálne a ekonomické poškodzovanie súčasným alebo bývalým manželom /partnerom. Poškodzovanie sa môže vyskytnúť ako u hetero- tak u homosexuálnych párov a podmienkou nemusí byť sexuálna intimita. Môže ísť o medzigeneračný fenomén vplývajúci na obeť- pacienta, páchatel'a, členov širšej rodiny a komunity (Lynch a Duval, 2010).

Pokyny pre vzdelávanie zahŕňajú oblasti pomoci praktika pacientom, rodinám, komunitám pri uspokojovaní ich potrieb a zároveň oblasti zabezpečenia adekvátnej ošetrovateľskej starostlivosti v kontexte kultúry, veku, sexuality, spirituality, geografie a socioekonomického statusu. Ich cieľom je poskytnúť štandardizovanú štruktúru vedeckého poznania v oblasti medicínsko- forenzného posúdenia a hodnotenia obeť násilia- pacienta (IAFN, 2013b).

Odporúčanými hlavnými témami špecializácie sú (IAFN, 2013b):

Forenzné ošetrovateľstvo
Dynamika partnerského násilia
Medicínske/forenzné vyhodnocovanie a manažment ošetrovateľstva
Organizačné podmienky
Multidisciplinárna kolaborácia
Právny systém
Etika

Vyhodnotenie

Ďalšie vzdelávanie - konferencie a odborná literatúra

Štvrťročne je IAFN v spolupráci s Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins vydávaný odborný žurnál forenzného ošetrovateľstva *Journal of Forensic Nursing*. IAFN každoročne organizuje konferencie. Cieľom konferencií je zmapovať súčasný stav forenzného ošetrovateľstva, poskytnúť účastníkom priestor na výmenu poznatkov týkajúcich sa skúseností ako aj budúcnosti forenzného ošetrovateľstva, identifikovať stratégie ovplyvňujúce globálne reakcie na násilie, vyhodnocovať výhody technológií vzťahujúcich sa k foreznej ošetrovateľskej praxi, a implementovať stratégie založené na dôkazoch výskumu v oblasti foreznej praxe.

Záver

Úlohou ošetrovateľstva vo všeobecnosti je pomáhať pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb jednotlivcom, rodinám, komunitám. Forezné ošetrovateľstvo ako špecializácia rozvinutá vo vyspelých krajinách sveta, je považovaná za nezastupiteľnú, uplatňujúcu sa v komunitných centrách a medicínsko-právnych inštitúciách. Vo foreznom ošetrovateľstve sa uplatňuje ošetrovateľský proces ako metóda poskytovania starostlivosti. Tri základné subšpecializácie (SANE, FNDI a IPVNE) majú dôležitý význam pri dôkladnejšom a špecifickejšom posudzovaní, implementácii a hodnotení ošetrovateľskej starostlivosti. Registrovaná, či forezná sestra s pokročilou praxou má na rôznych úrovniach za úlohu rozvíjať, podporovať a implementovať protokoly, monitorovať funkčnosť štandardizovaných systémov foreznej praxe pri poskytovaní starostlivosti obetiam a páchatelom trau, zranení, úrazov, zanedbávania, zneužívania, vykorisťovania, a všetkých foriem násilia. Podporuje, realizuje a implementuje výskum, podporuje vývoj a tvorbu regulačných systémov v oblasti, dohliada a realizuje starostlivosť v kontexte komplexity zdravotných problémov v súvislosti s odborom forenzného ošetrovateľstva. V neposlednom rade forezná sestra s pokročilou praxou edukuje novicov forenzného ošetrovateľstva. Uplatnenie tejto špecializácie má nesmierny význam pre zdravie

a zdravý způsob života, prevenciu nežiadúcich udalostí spojených s násilím nielen pre jednotlivcov, ale aj pre rodiny a komunity.

Literatura:

GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, L. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2016-07-10] Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336- 9326.

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.

IAFN, 2013a. Forensic Nurse Death Investigator Education Guidelines [cit. 2016-07-10] Dostupné na internete: <http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Education/Nurse_Death_Investigator_Edu.pdf>.

IAFN, 2013b. Intimate Partner Violence [cit. 2016-07-10] Dostupné na internete: <http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/Education/Intimate_Partner_Violence_Nu.pdf>.

IAFN, 2015. Sexual Assault Nurse Examiner (SANE) Education Guidelines [cit. 2016-07-10] Dostupné na internete: <http://c.ymcdn.com/sites/www.forensicnurses.org/resource/resmgr/2015_SANE_ED_GUIDELINES.pdf>.

KARKOŠKOVÁ, S. Problematika sexuálneho násillia ako výzva pre špecializáciu sestier. In *XI. Celoslovenská vedecká konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva: Zborník abstraktov*. SKSaPA, Bratislava. 2016 str. 19- 20. ISBN 978-80-89542-56-7.

LYNCH, V.A- DUVAL, J.B. 2011. *Forensic Nursing Science*. Missouri: Elsevier Elsevier Health Sciences, 2010. 704 s. ISBN 978- 0- 323- 0663- 89.

Korespondence:

PhDr. Beáta Grešš Halász
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Bratislava
Email: beahalasz@yahoo.com

PhDr. Andrea Ševčovičová

Fakulta zdravotnických odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Súhrn:

Autorka v príspevku predkladá stručné historické súvislosti vzniku ženského koncentračného tábora Ravensbrück. Zdôrazňuje výnimočný režim, pracovné aktivity, násilné prejavy táborových dozorcov ako súčasť plánovanej a cieľavedomej likvidácie väzenkýň. Opisuje kruté životné podmienky, stravovanie, úroveň hygieny a ich vplyv na vznik a šírenie epidémii rôznych chorôb. V kazuistike prezentuje skúsenosť internovanej českej väzenkyne s neľudským zaobchádzaním, prežívaním silných psychických otrasov a konfrontáciou s dôsledkami brutálnych podmienok v tábore, ktoré si u nej niekoľkokrát vyžiadali ambulantné ošetrovanie i hospitalizáciu v táborovej nemocnici - revíri. Opisuje podmienky prijatia na revír, zabezpečenie zdravotnej starostlivosti, spôsoby a možnosti liečby jednotlivých ochorení.

Kľúčové slová:

Koncentračný tábor; Ženské väzenkyne; Táborová nemocnica; Kazuistika

Patient in female concentration camp Ravensbrück – case study

Summary:

In the paper the author presents a brief historical context of the establishment of the female concentration camp Ravensbrück. She stresses an exceptional regime, working activities, violent displays of camp guards as a part of planned and systematic elimination of female prisoners. It describes cruel life conditions, catering, level of hygiene and their influence on the occurrence and spread of epidemics of various diseases. In case study it presents an experience of internated Czech female prisoner with inhuman treatment, experience of strong mental shocks and confrontation with the consequences of brutal conditions in the camp, which required several dispensary attendances and a hospitalization in the camp hospital - ward. It describes the conditions of admission into the ward, health care securing, methods and possibilities of the treatment of different diseases.

Key words:

Concentration camp; Female prisoners; Camp hospital; Case study

Úvod

Koncentračné tábory zakladané počas 2.svetovej vojny predovšetkým na území krajín okupovaných nacistami, predstavovali miesta pre masové sústredenie veľkého počtu nepohodlných osôb. Išlo predovšetkým o politických odporcov, príslušníkov etnických menšín, postihnuté osoby, uväznených zväčša bez súdneho procesu a na neurčitú dobu. Členovia organizácie SS (Schutzstaffeln, Ochranné oddiely) okrem stráženia a spravovania táborov vykonávali tresty smrti na väzňoch a zúčastňovali sa na ich vyvražďovaní (Świebocká a kol., 2011).

Prvých deväťsto väzenkýň bolo do koncentračného tábora Ravensbrück privezených v máji 1939. Na konci roku 1942 bolo v tábore nachádzajúcom sa asi 90 km severne od Berlína vyše 11 000 žien, na ktorých začali lekári prevádzať rôzne pokusy a násilné sterilizácie. Do konca februára 1945 prešlo táborom viac ako 130 000 žien 27 národností, z ktorých sa 92 000 nedožilo oslobodenia. Boli zavraždené strelbou do tyla alebo zabíjané fenolovými injekciami. Vyše 2300 žien zahynulo v plynovej komore a ďalšie predovšetkým choré a práceneschopné ženy boli posielané do najväčšieho koncentračného tábora v poľskom Osvienčime (Stehlík, 2012, Fedorovič, 2011).

Väzenkyne museli v tábore pracovať za výnimočne tvrdých podmienok v krajčírskych dielňach, pri stavbe komunikácií, v muničných továrňach, pri sústruhu, vrtačkách i v leteckom priemysle (Stehlík, 2012). Mimo tábora pracovali na poliach, starali sa o hospodárske zvieratá, alebo vykladali tovar z vagónov. Za neuposlušnosť rozkazu alebo aj bez zjavnej príčiny väzenkyne podstupovali rôzne fyzické tresty – fackovanie, bičovanie, státie v studenej vode, alebo boli priradené na najtvrdšiu prácu v tábore za zníženého prísunu jedla (Skleničková, 2012). Ženy robili i tie najťažšie práce. Po príchode boli nové väzenkyne v karanténe a potom celý mesiac prenášali ťažké náklady piesku z jednej kopy na druhú, aby v nich zlomili odpor. Tábor bol o vyhladzovaní prácou (Trsáková, 2008). Po skončení nočnej pracovnej zmeny stáli väzenkyne od šiestej rána na apeli (táborovom nástupe) trvajúcom viac ako dve hodiny, keďže po celkovom sčítaní väzňov nasledoval ešte pracovný apel, kde kontrolovali

denní zmenu. Unavená a premrznutá noční zmena mala spánok prerušený obedom a popoludní nástupom na večerný a pracovný apel, spojený s odchodom na nočnú zmenu (Skleničková, 2012).

Ženám v Ravensbrücku menili šaty dvakrát do roka, v jari jednofarebné a v jeseni zimné pruhované modro-šedé. Pre vypratíe mali k dispozícii len studenú vodu a pieskové mydlo. Strava v tábore bola úbohá. Väzenkyne dostali ráno štvrt' litra horúcej čiernej náhrady kávy, poobede tri menšie zemiaky a pol litra polievky a večer otrubovú polievku. Denný prídel chleba bol 200 gramov, v roku 1945 klesol na 100 gramov. V sobotu dostávali studenú večeru – malý kúsok margarínu a kúsok konskej salámy, či lyžicu riedkej marmelády (Skleničková, 2012). O svoj život tak mohli väzenkyne prísť v súvislosti s nedostatkom jedla, podvýživy, celkového vyčerpania a následkom chorôb. Väzenkyne nedostávali lieky a každej, ktorá ochorela, hrozila smrtiaca injekcia, preto nechceli byť choré. So selekciami starých a chorých sa začalo, keď už v tábore dochádzalo miesto. Nechcených sa však zbavovali aj tým, že ženám v zime pri mínusových teplotách zobrali pančuchy a kabáty, aby čím skôr zomreli „prirodzenou“ smrťou (Trsáková, 2008). Ženy, ktoré sa nahlásili ako choré, sa mohli v táborovej ošetrovni hlásiť len s teplotou vyššou ako 38,5 °C. Do táborovej nemocnice - tzv. revíru sa prijímali iba väzenkyne s nákazlivými chorobami alebo na pokraji totálneho vyčerpania a bez schopnosti chôdze. Bettkarta – lekárska legitimácia bola vypisovaná len výnimočne, pričom choré mohli skončiť v plynovej komore alebo ako objekty pseudolekárskeho pokusu. Niekedy neboli vôbec ošetrené a zbité dozorkyňami sa museli vrátiť naspäť do práce (Poltawská, 2012, Stehlík, 2012, Fedorovič, 2011). Na poľských politických väzenkyniach sa v tábore vykonávali kostné a svalové pokusné operácie nôh. Počas nich im odobraté časti kostí nahrádzali cudzím telesom alebo úmyselne infikovali rany. Operáciu sprevádzali vysoké horúčky, srdcová slabosť a kruté bolesti (Skleničková, 2012, Poltawská, 2012). Lekári na nich vykonávali aj experimenty zamerané na štúdium procesov regenerácie kostí, svalov a nervov, ktoré mali vyriešiť niektoré problémy v plastickej chirurgii. Všetky kostné operácie boli nesmierne bolestivé a spôsobili trvalé deformity (Leszczyński, 1960).

V roku 1944 sa však začala situácia v tábore príchodom nových transportov dramaticky zhoršovať. Šírili sa epidémie, keďže kanalizácia projektovaná na nižšie počty neplnila

svoj účel (Poltawská, 2012). V tom istom roku bola v tábore narýchlo vybudovaná plynová komora, kde najprv splyňovali vybrané ženy z nemocničných blokov s tuberkulózou alebo týfusom, potom všetky nezamestnané ženy nad 50 rokov so známkami únavy, kŕčovými žilami a šedivými vlasmi. Telá obetí spopolňovali v krematóriu. Plynovú komoru narýchlo zbúrali pred príchodom Medzinárodného červeného kríža (Skleničková, 2012).

Od ťažkej práce sa ženám robili vtedy na rôznych častiach tela. Bez akéhokoľvek umŕtvenia im v táborovej nemocnici – revíri narezávali zhnisané rany. S horúčkou a veľkými bolesťami museli nastúpiť naspäť do práce (Poltawská, 2012).

Kazuistika

V kazuistike prezentujeme prípad 90 ročnej ženy (narodenej v roku 1926), ktorá bola v júni 1942 deportovaná spolu s matkou a sestrou do koncentračného tábora v Ravensbrücku. Po príchode do tábora boli konfrontované s krutými táborovými podmienkami. V jednom baraku bolo spolu 270 žien, ktoré spali po dve na trojposchodových posteliach. Všade bolo veľa vši a blch, ktoré sa zdržiavali predovšetkým v slamníkoch na ktorých ženy spali. Šatové vši prenášali týfus, preto si ich ženy večer po práci vždy hľadali a zabíjali. V baraku mali k dispozícii umýváreň so studenou vodou, kde mohli v stiesnených podmienkach aspoň čiastočne vykonávať hygienu. Splachovacie záchody kapacitne nepostačovali pre obrovské množstvo žien. V tábore prestala menštruovať, podobne ako všetky ženy.

Ako väzenkyňa trpela hladom, lebo prídely potravy boli nedostatočné. Väzenkyne podľa nej najčastejšie trpeli tuberkulózou a týfusom; sama prekonala úplavicu. Zdravotná starostlivosť poskytovaná väzneným ženám bola úbohá. Pri horúčke sprevádzajúcej angínu vydezinfikovali krk roztokom, chorú ponechali na izbe a nemusela dva dni do práce. Tieto opatrenia predstavovali celú ošetrovateľskú starostlivosť. V táborovej nemocnici pracovali doktorky všetkých národností, ale aj študentky medicíny, ktoré prichádzali v jednotlivých transportoch. Hlavný doktor a vedúca sestra boli z radov SS.

Sama v tábore ochorela, keď sa jej narobili bolestivé vtedy na nohách. Doktorka Janů jej v revíri dala k dispozícii umývadlo s roztokom hypermangánu, kde si mala máčať bielu

handru a potierať rany. Na dvoch lôžkach ležali tri pacientky. Po stranách mala pacientku s ružou (akútnou infekciou kože) a s tuberkulózou. Keďže jej otec pôsobil v minulosti v ústave na liečbu tuberkulózy, z obáv pred nakazením sa snažila dýchať do medzere medzi posteľami a neustále si potierať rany hypermangánom. Po týždni bola prepustená do práce a sama doktorka sa vyjadrila, že tak skoro sa u nej ešte nikto nevyyliečil.

Druhýkrát bola hospitalizovaná s úplavicou. Vysoké teploty a neustále chodenie na záchod ju úplne vyčerpali. Ako dehydrovanú jej pomohla bloková revíru (žena, ktorá dozerala na jeho chod), ktorá si ju pamätala z obdobia roznášania stravy po tábore. Keďže bola umiestnená ďaleko od záchodu, bloková jej sľúbila, že keď do rána niekto umrie, preloží ju na jeho posteľ bližšie k záchodu. Denne ju chodila pozorovať cez okno mama, aby sa uistila, že ešte žije. Návštevy na bloku boli prísne zakázané. Strava v revíri nebola skoro žiadna, preto jej ženy, ktorým v minulosti pomohla v tábore, potajme zohnali a uvarili mrkvu, aby prekonala najhoršie obdobie úplavice. Po štrnástich dňoch bola z revíru prepustená. Pracovala pri rozdeľovaní jedla v táborovej kuchyni, alebo spolu s ďalšími ženami zošivali kožušiny.

Ďalším problémom, ktorému musela v tábore čeliť, bol skorbut. Prejavil sa u nej krvavými lupienkami po celých d'asnách a jazyku, ktoré jej bránili prijímať potravu. Lekár ju odporučil k dvom poľským zubárkam, ktoré všetky boľavé zuby vytrhávali, nikdy ich neliečili. Lekárky jej ústnu dutinu s niečím vytierali a dostala aj diétu, ktorá pozostávala z rozomletej stravy. Namiesto chleba jedla polievku z otrúb. Počas tejto liečby nebola hospitalizovaná a chodila do práce.

V detstve bola kvôli problémom s kĺbmi operovaná. Tie sa v tábore znova ozvali a tak navštívila táborového lekára, ktorý jej dal potvrdenie, že nemôže celý rok nosiť nič ťažké a vykonávať iba prácu v sede. Počiatočnú radosť vystriedal smútok, keď jej lekárka na revíri oznámila, že je tu pre ňu istý „poukaz do komína“. Vždy vo februári totiž choré a práceneschopné ženy posielali transportom do Osvienčimu. Na žiadosť jej matky sa českej doktorke napokon podarilo zničiť dokumentáciu a tak sa jej deportácia do Poľska neuskutočnila.

Po návrate domov bolo pre ňu náročné zbaviť sa rôznych táborových návykov. Chlieb mala v práci uložený v zásuvke stola a ulamovala si kúsky, len keď ju nikto nevidel. Na toaletu chodila iba jedenkrát denne. Po ulici kráčala popri chodníku, keďže pri práci mimo tábora nesmeli pri presunoch väzenkyne na chodník ani stúpiť, lebo dozorkyne na nich kričali, že chodník je pre ľudí. Sama priznáva, že obdobie puberty v tábore preskočila. Odišla ako šestnásťročná a po troch rokoch sa vrátila s rozhl'adom dospelej tridsaťpäťročnej ženy. Uvádza, že hoci bola slobodná, kvôli smrti otca sa nevedela tešiť zo života. Po návrate z práce sa potulovala ulicami mesta, kde ho hľadala, lebo stále verila, že žije. Dnes priznáva, že bola v stave pre liečbu u psychiatra.

Keďže spolu s tisíckami väzenkýň absolvovala pri oslobodzovaní tábora pochod smrti, došlo u nej k vyklbeniu pravého bedrového kĺbu. Po návrate do Čiech absolvovala operáciu a vzhľadom na s tým súvisiaci zdravotný stav poberala čiastočný invalidný dôchodok. Neskôr sa vydala a porodila dve deti. Celý svoj život chodila do zamestnania. Dnes žije po smrti manžela sama v susedstve so svojou sestrou, ktorá bola deportovaná spolu s ňou. Obidve vo voľných chvíľach zaznamenávajú svoje spomienky na koncentračný tábor v písomnej podobe.

Záver

Životné podmienky v koncentračných táboroch boli pre masy zúbožených, vyhladovaných a vyčerpaných ľudí nesmierne kruté. Nadmerná fyzická aktivita za zníženého prísnu jedla, nedostatku spánku a celkového vyčerpania sa odzrkadlila na zdravotnom stave väznených. Podobná situácia bola aj v ženskom koncentračnom tábore Ravensbrück. Dnes prežívšia 90 ročná pani prezentuje svoje individuálne skúsenosti a zážitky z pobytu v táborovej nemocnici. Jej svedectvo prináša cenné informácie o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v nepriaznivých podmienkach, v absolútne nevyhovujúcom prostredí pre ošetrovanie chorých a za nedostatku príslušného materiálneho vybavenia. Koncentračné tábory však neboli tábormi života, ale smrti. Nadmerne fyzicky a psychicky namáhaný organizmus konfrontovaný s neľudskými podmienkami a útrapami, nedokázal dlhodobo odolávať nepriaznivej situácií. Len vo výnimočných prípadoch sa internovaní podobne ako naša klientka v kazuistike dožili oslobodenia a návratu do domovskej krajiny. Obdobie strávené v koncentračnom tábore

sa podpísalo pod ich zdravotný stav a s následkami trýznenia sa museli vyrovnávať po celý zvyšok života.

Literatúra:

FEDOROVÍČ, T. 2011. *Ravensbrück*. [cit.2016-03-28]. Dostupné na internete: <http://www.holocaust.cz/dejiny/koncentracni-tabory-a-ghetta/ravensbrueck/>

LESZCZYŃSKI, K. 1960. *Experimental Operations On Prisoners of Ravensbrück Concentration Camp. In Studies and Monographies*. [cit.2016-04-01]. Dostupné na internete: <http://individual.utoronto.ca/jarekg/Ravensbruck/Experiments.html>

PÓŁTAWSKÁ, W. (2012) *A bojím se snů*. Praha: Paulínky, 2012, 255 s. ISBN 978-80-7450-071-8.

SKLENIČKOVÁ, J. (2012) *Jako chlapce by mně zastřelili...* Nymburk: VEGA-L, 2012, s. 68 - 103. ISBN 978-80-87275-54-2.

STEHLÍK, E. (2012) *Lidice. Příběh české vsi*. 1. vyd. Praha: V RÁJI, 2012, s. 104 - 107. ISBN 80-86758-13-3.

ŚWIEBOCKA, T. - PINDERSKA-LECH, J. - MENSFELT, J. (2011) *Auschwitz-Birkenau. Dejiny a súčasnosť*. Oświęcim: Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, 2011, 31 s. ISBN 978-83-7704-023-2.

TRSÁKOVÁ, I. 2008. Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil. In: Melišová, A. 2008. *Boli sme menej ako pes, ktorý nás strážil*. [cit. 2016-07-15] Dostupné na internete: <http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/157930-boli-sme-menej-ako-pes-ktory-nas-strazil/>

Korespondence:

PhDr. Andrea Ševčovičová
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1
080 01 Prešov
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

Podiel ošetrovateľstva v utečeneckom tábore Alexandria - Grécko

PhDr. Silvia Puteková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn:

Spolužitie ľudí z rozličných kultúr spôsobuje intenzívnu výmenu kultúrnych tradícií, vedomostí a zvykov, zároveň však dochádza ku kultúrnym problémom, napätiu a strate pocitu bezpečia. Migrácia postihuje všetky krajiny sveta. V súvislosti s migráciou sa stále dostáva do popredia multikultúrne ošetrovateľstvo. Problematika utečencov predstavuje nový fenomén, ktorý si vyžaduje čoraz väčšiu pozornosť zo strany sociálnych i zdravotných pracovníkov. Príspevok predkladá vlastnú skúsenosť autorky s poskytovaním starostlivosti migrantom v utečeneckom tábore Alexandria-Grécko.

Kľúčové slová:

ošetrovateľská starostlivosť, migrant, sestra, ošetrovateľstvo.

Úvod

Ošetrovateľstvo je nielen náročná práca, ale aj poslanie, ktoré kombinuje profesionálny výkon s ochotou pomáhať ľuďom a pracovať v ich prospech. Migrácia je súčasťou ľudských dejín už od ich počiatku. Podľa medzinárodnej organizácie pre migráciu (IOM) ide o pohyb osoby alebo skupiny osôb z jednej geografickej jednoty do druhej cez administratívnu či politickú hranicu s cieľom usadiť sa definitívne alebo prechodne na inom mieste, ako je miesto ich pôvodu.

Utečenecký tábor Alexandria

Na jar po uzavretí balkánskej cesty do Nemecka uviazlo v Grécku asi 50000 utečencov prevažne zo Sýrie. Definitívu pre nich znamenala dohoda Európskej únie s Tureckom, po ktorej bolo jasné, že európske štáty nepočítajú s tým, že by sa balkánska cesta otvorila. Tábor v Alexandrii pri Solúne je jedným zo 60 táborov, ktoré v poslednom polroku vznikli po celom Grécku. V dňoch 14-31.7. 2016 som v tomto tábore pôsobila ako sestra na klinike, ktorú otvoril Tropic team vysokej školy sv. Alžbety. V tábore sa nachádzalo asi 750 utečencov prevažne zo Sýrie. Utečenecký tábor vznikol v priestoroch bývalých kasární. Utečenci tu dočasne žili v stanoch, bez tečúcej vody či toaliet.

V tábore boli rozmiestnené plastové latríny a v strede tábora bol jediný zdroj tečúcej vody vhodnej iba na umývanie. Náš tím pracoval v klinike, ktorá pozostávala z dvoch miestností. Jedna bola ambulancia, ktorá bola vybavená liekmi, EKG, SONO, defibrilátor, inhalátor, glukomer, tlakomer, merací prístroj na CRP, oxymeter a tri lôžka pre pacientov. V druhej miestnosti sa nachádzali ďalšie 4 lôžka pre pacientov a malý sklad s liekmi a zdravotníckym materiálom. Okrem polície, armády, červeného kríža, Úradu vysokého komisára pre utečencov (UNHCR) a UNICEF tu pôsobil Tropic team ako jediná organizácia, ktorá poskytovala zdravotnú pomoc. Tropic team disponoval 2 lekármi, 2 sestrami, 2 logistami, záchranárom a šoférom sanitky pod vedením koordinátorov projektu Kataríny Zollerovej a Slavomíra Chrašča. Migrantom sme poskytovali starostlivosť 6 dní v týždni a v noci sme mali pohotovosť pre akútne stavy a prípadný potrebný transport pacienta do nemocnice vzdalenej 40 km vlastnou sanitkou. Prvým krokom bolo vždy posúdenie pacienta a stanovenie aktuálnej či potenciálnej diagnózy. Posúdenie pacienta je základným kameňom ošetrovateľstva, ktorého cieľom je viesť systematické a integrované ošetrovateľstvo (Martinková 2015). Medzi najčastejšie diagnózy patrili angíny, vysoký krvný tlak, bolesti brucha, diabetes mellitus, vyvrtnutia, ovčie kiahne, podozrenia na pohlavnú chorobu, hnačky a komplikácie spojené s tehotenstvom, depresie, epilepsia a iné. Častým problémom bola jazyková bariéra, nakoľko anglicky hovoriacich bolo iba malé percento migrantov. V týchto prípadoch nám pomáhali komunikačné karty a tlmočník z radov migrantov, vyštudovaný právnik z Damašku. Napriek tomu, že v súčasnej dobe, najmä v súvislosti s medializáciou a prezentovaním negatívnych skúseností s migrantami je verejná mienka skôr protiutečenecká, naša skúsenosť je iná.

Záver

Názory verejnosti na utečencov sú rôzne. Sestra je dôležitý článok multidisciplinárneho tímu. Od sestier sa očakáva, že poznajú rôzne kultúry a sú pripravené komunikovať a poskytovať starostlivosť pacientom z rôznych kútov sveta (Kabátová, Puteková 2016). Sestra musí byť pripravená plniť úlohy odborne, teoreticky aj prakticky v prospech obnovy a podpory zdravia. Sestra je schopná nájsť nové kreatívne prístupy pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a získať nové skúsenosti v rámci profesie (Wiczmandyová, Tkáčová, 2010).

Literatúra:

KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. Úloha sestry v starostlivosti o migrantov. In: Florence. - ISSN 1801-464X. - Roč. 12, č. 3 (2016), s. 32-33.

MARTINKOVÁ, J. Physical assessment of the Elderly. In X. national conference nurses working in internal medicine. - Bratislava: Slovak Chamber of Nurses and Midwives, 2015. - ISBN 978-80-89542-47-5. - CD-ROM; S. 21.

NANDA INTERNATIONAL. Nursing diagnoses - Definition and classification 2012 – 2014. Prague: Grada. 584 pp. ISBN 978-80- 247-4328-8.

WICZMÁNDYOVÁ, D., TKÁČOVÁ, L. 2010. The socio-economic aspect of migration of nurses. And training in non-medical odborech Proceedings of the 4th International Scientific Conference. Bratislava: SZU, 2010. ISBN 978- 80-89352-47-0, p.62-70.

Korespondence:

PhDr. Silvia Puteková, PhD.
Katedra ošetrovatel'stva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavska univerzita v Trnave
Email: silvia.putekova@truni.sk

Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrou z ADOS

PhDr. Alena Diacka, PhD.

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn:

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti patrí do siete primárnych zdravotníckych zariadení, ktoré multidisciplinárnym tímom zabezpečujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu pacientovi / klientovi a jeho rodine v ich prirodzenom sociálnom prostredí. Cieľom príspevku je poukázať na význam a prínos agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti v systéme zdravotníckych zariadení. Princíp komplexnosti ošetrovateľskej starostlivosti rešpektuje individualitu pacienta / klienta a koordináciu činností všetkých členov multidisciplinárneho tímu. Štúdie a odborná literatúra potvrdzujú, že nedostatok informácií o ADOS výrazne znižuje možnosť výberu tejto formy ošetrovateľskej starostlivosti zo strany pacienta / klienta a jeho rodiny. Úlohou manažérov ADOS je implementovať domácu ošetrovateľskú starostlivosť medzi poskytovateľov a prijímateľov zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová:

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, Komplexná ošetrovateľská starostlivosť; Ošetrovateľský proces; Multidisciplinárny tím; Informovanosť.

NURSING CARE PROVIDED BY HOME NURSING CARE AGENCY NURSE

Summary

Home nursing care agency is a primary care organization. It provides complex and multidisciplinary care to patients and their families in their natural environment by using nursing process. The goal of this article is to highlight contributions of home nursing care agency to health care system. Complex nursing care respects individual needs of patients. It also insures coordinated work of all its multidisciplinary team members. Studies and literature prove that lack of information about home nursing care agency significantly decreases the chance that patients will opt for this type of health

care service. Therefore, the role of home nursing care agency managers is to promote this service among primary care physicians and their patients.

Key words:

Home nursing care agency, Complex nursing care, Nursing process, Multidisciplinary team, Information

Úvod

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) patrí do siete primárnych zdravotníckych zariadení, ktoré multidisciplinárnym tímom zabezpečujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu pacientovi / klientovi a jeho rodine v jeho prirodzenom sociálnom prostredí (Hanzlíková, 2004, s. 247). Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti je nadobudnutie optimálneho zdravia pacienta / klienta, ktorý spolu so svojou rodinou je aktívny participant sebaopatery a vzájomnej pomoci (Rice, 2006, s. 22). Prenesením starostlivosti z ústavných zariadení do domáceho prostredia sa súčasťou tejto starostlivosti stáva primárna, ako aj sekundárna a terciárna prevencia. Komunitné ošetrovateľstvo má podnecovať pacienta / klienta a verejnosť k zodpovednosti za svoje vlastné zdravie a za zdravý spôsob života. Plní funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia (Hanzlíková, 2004, s. 31 - 33). Kľúčové postavenie v napĺňaní daných cieľov má agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Pre licencovanú agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti sú charakteristické nasledovné atribúty vzťahujúce sa na poskytované služby: prispôsobenie sa potrebám pacienta / klienta ako aj jeho životným podmienkam, dostupnosť, komplexnosť, dlhodobá starostlivosť, technická spôsobilosť a ekonomickosť (Hunt, 2009, s. 335). Pokrok v oblasti medicíny a ošetrovateľstva umožňuje poskytovať pacientom / klientom kvalitnú starostlivosť v ich prirodzenom sociálnom prostredí, ktoré prispieva k psychickej pohode človeka a hrá významnú úlohu v procese uzdravenia (Jarošová, 2007, s. 60).

Vlastný text

Rozvoj koncepcie agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti ovplyvňujú rôzne spoločenské faktory: populačné starnutie, dopyt verejnosti po službách v domácom

prostředí, rozvoj moderných technologií a stoupající náklady na ošetrovatelskú starostlivosť. Poskytovaním ošetrovatelskej starostlivosti v domácom prostredí sa znižujú náklady vynaložené na ošetrovatelskú starostlivosť v inštitucionalizovaných zariadeniach o tretinu až polovicu (Jarošová, 2007, s. 62). Komplexnú domácu starostlivosť pacientovi / klientovi zabezpečuje multidisciplinárny tím formálnych a neformálnych poskytovateľov. Neformálni poskytovatelia ošetrovatelskej starostlivosti sa pričinia najmä o psychicko - sociálnu pohodu pacienta / klienta a formálni poskytovatelia ošetrovatelskej starostlivosti sú zodpovední za biologickú stabilitu pacientovho / klientovho zdravia (Renpenning, Taylor, 2003, s. 48). Nasledujúca tabuľka demonštruje členov tímu podieľajúcich sa na ošetrovatelskom procese.

Tab. 1 Multidisciplinárny tím poskytovateľov domácej ošetrovatelskej starostlivosti

Kategória	Príklad
Neformálni poskytovatelia ošetrovatelskej starostlivosti	Najbližší príbuzní Vzdialenejší príbuzní Priatelia Susedia Kolegovia Iní známi
Formálni poskytovatelia ošetrovatelskej starostlivosti	Lekári Sestry Farmaceuti Fyzioterapeuti Sociálni pracovníci Opatrovateľky

Holistickým prístupom sestra situačne reaguje na somatické, psychické a sociálne potreby pacienta / klienta a zabezpečuje komplexnosť a vyváženosť v ich uspokojovaní. Princíp komplexnosti ošetrovatelskej starostlivosti rešpektuje individualitu pacienta / klienta a koordináciu činností všetkých členov multidisciplinárneho tímu. Lekár prvého kontaktu ovplyvňuje ošetrovatelský proces, sestra komunitného zdravia je oprávnená posúdiť aktuálny stav pacienta / klienta z ošetrovatelského aspektu, určiť stupeň mobility, vypracovať plán ošetrovatelskej starostlivosti (Van Der Boom, 2009, s. 44). Autómia ADOS umožňuje sestram komunitného zdravia realizovať ošetrovatelský monitoring, stanoviť ošetrovatelskú diagnózu na základe potrieb pacienta / klienta, plánovať ošetrovatelskú starostlivosť metódou ošetrovatelského procesu, poskytovať

kontinuální ošetrovatelskou starostlivost, zdravotno – výchovnou starostlivost, rehabilitáciu a poradenstvo (Jarošová, 2007, s. 69). Všetky ošetrovatelské výkony musia byť zdokumentované v ošetrovatelskej dokumentácii, ktorej súčasťou je návrh na poskytovanie domácej ošetrovatelskej starostlivosti, dohoda o poskytovaní ošetrovatelskej starostlivosti, ošetrovatelský záznam, denný záznam ošetrovatelskej starostlivosti, prekladová a prepúšťacia správa (Vestníku MZ SR, 2005, čiastka 35 – 46). Plnenie úloh v ADOS si vyžaduje odborné vedomosti, praktické zručnosti, komunikačné a organizačné schopnosti členov pracovného tímu. Ošetrovatelské intervencie poskytuje pacientom / klientom sestra s odbornou spôsobilosťou v komunitnom ošetrovatelstve priamo (face to face) alebo nepriamo. Činnosti komunitnej sestry sú zamerané na výchovu pacienta / klienta a jeho rodiny k zodpovednosti za vlastné zdravie, identifikovanie potrieb pacienta / klienta, poskytovanie terapeutických, paliatívnych a rehabilitačných intervencií, rozvíjanie pacientových / klientových kompetencií, manažovanie starostlivosti o seba a reintegrovanie pacienta / klienta späť do sociálneho systému. Rozsah jednotlivých činností ošetrovatelskej starostlivosti je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta / klienta (Jarošová, 2007, s. 69 – 71). Interakcia medzi sestrou a pacientom je dynamická, a preto sú výsledky ošetrovatelskej starostlivosti odlišné. Úlohou sestry z ADOS je pozitívne motivovať pacienta / klienta, aby čo najskôr nadobudol optimálne zdravie, ktoré sa vyhodnocuje individuálne (Rice, 2006, s.13). Ošetrovatelská starostlivosť sestrou z ADOS môže byť pacientovi / klientovi poskytovaná za predpokladu, že spĺňa kritériá ustanovené odborným usmernením MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovatelskej starostlivosti s platnosťou od 15. 03. 2007:

- zdravotný stav pacienta / klienta si vyžaduje odbornú ošetrovatelskú starostlivosť,
- pacient / klient je imobilný, čiastočne imobilný a nie je samostatne schopný prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia,
- zdravotný stav pacienta / klienta si nevyžaduje ústavnú zdravotnú starostlivosť.

Zdravotná poisťovňa plne hradí výkony na základe zmluvných vzťahov medzi lekárom prvého kontaktu, revíznym lekárom a manažérom ADOS. Starostlivosť ADOS môže odporučiť: lekár špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ošetrojúci lekár ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca sestra ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca pôrodná asistentka ústavnej zdravotnej starostlivosti (Hanzlíková, 2004, s. 255). Systém

odporůčání je platný aj v krajinách, kde je domáca ošetrovateľská starostlivosť vyvinutým sektorom zdravotnej starostlivosti ako je Holandsko, Belgicko, Nemecko (Van Der Boom, 2009, s. 20). Na Slovensku môže byť prevádzkovateľom ADOS právnická osoba (nemocnica, poliklinika, iné organizácie) a fyzická osoba (zdravotnícky pracovník). Podľa vyhlášky MZ SR č. 428 / 2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení s platnosťou od 01. 07. 2006 pre ADOS ustanovuje odborného garanta s príslušnou odbornou spôsobilosťou, ktorú nadobudne:

- špecializáciou v odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite,
- odbornou zdravotníckou praxou v rozsahu minimálne päť rokov.

Licencovaná ADOS je povinná disponovať minimálne dvomi sestrami, ktoré spĺňajú odbornú spôsobilosť. Zodpovedá za finančno – právne operácie vyplývajúce z prevádzkovania ADOS. Podľa nariadení a noriem sestra z ADOS je povinná poskytovať bezpečné a komplexné ošetrovateľské intervencie pacientom / klientom v rámci rozsahu svojej kompetencie. Sestra za svoje činnosti nesie právnu zodpovednosť, s ktorou musí byť oboznámená pred prijatím do pracovného pomeru v ADOS podľa pravidiel zákonníka práce.

Zložkami rozpočtu ADOS sú investičné náklady (prístroje, zariadenia), vecné náklady na prevádzku (opravy a údržbu, palivá, energiu, lieky, špeciálny zdravotnícky materiál a všeobecný spotrebný materiál - kancelárske potreby, čistiace prostriedky, náklady na drobné krátkodobé predmety, bielizeň, knihy, časopisy, služby - pranie, kúrenie, cestovné, poisťné náklady, náklady na štúdium zamestnancov), mzdové náklady. Konkurencie schopná ADOS sa sústreďí na kvalitu lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, kontinuitu ošetrovateľskej starostlivosti a kontrolu nákladov. Kľúčom k zdravému rozpočtu je zvyšovanie produktivity práce a znižovanie nákladov (Škrlovi, 2003, s. 185). Prvoradým cieľom ADOS je podieľať sa na preventívnych opatreniach eliminujúcich vznik možných zdravotných komplikácií u populácie, ktoré znižujú kvalitu života a ich liečenie je ekonomicky nákladné.

Záver

Na Slovensku v rámci domácej starostlivosti prevláda dlhodobá starostlivosť, orientovaná prevažne na starostlivosť o chronicky a terminálne chorých. Narastaním

populácie seniorov sa nároky na ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí zvyšujú vo vyspelých krajinách aj na Slovensku. Všetky relevantné štatistické ukazovatele dokazujú zrýchľujúci sa proces starnutia slovenskej populácie. Pod starnutie sa podpisuje zvyšovanie strednej dĺžky života a súčasná nízka plodnosť. Prognóza vekovej štruktúry obyvateľov Slovenska prepočítaná pre rok 2030 je charakteristická výrazným prírastkom počtosti v kategórii 65 a viac ročných (Katuša, 2014). Renpeningová a Taylorová odporúčajú zlepšiť povedomie verejnosti o úlohách sestier v ADOS vo vzťahu k narastaniu starnúcej populácie (2003). Ako uvádza Durnová, stále je pomerne nízke povedomie laickej verejnosti o službách ADOS (2012). Zmena si bude vyžadovať lepšiu informovanosť laickej verejnosti o ADOS, ktorá bude ponúkaná ako alternatíva ošetrovateľskej starostlivosti. Cieľom marketingových aktivít manažérov ADOS je zvyšovať povedomie laickej verejnosti o ADOS a implementovať domácu starostlivosť medzi poskytovateľov a prijímateľov ošetrovateľskej starostlivosti. Informovaná laická verejnosť o ADOS môže zohrať kľúčovú úlohu v jej rozvoji.

Literatúra

DURNOVÁ, D. (2012) Domáci péče – běh na dlouhou trať, který stojí za to. In: *Diagnóza v ošetrovateľství*, 2012, roč. VIII., č. 2, s. 7 - 8. ISSN 1801 – 1349.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. (2004) *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004, 279 s. ISBN 80 – 8063 – 155 – 7.

HUNT, R. (2009) *Introduction to Community-Based Nursing*. 4. vyd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2009, 524 s. ISBN 0-7817-7247-8.

JAROŠOVÁ, D. (2007) *Úvod do komunitního ošetrovateľství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007, 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.

KATUŠA, M. a kol. (2014) *Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2013*. Štatistický úrad Slovenskej republiky, Okruh: Demografia a sociálna štatistika. 2014, 129 s. ISBN 978 – 80 – 8121 – 0.

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, uverejnené vo Vestníku MZ SR čiastka 35 – 46, ročník 53 zo dňa 4. 7. 2005. [cit. 2012 – 09 - 25]. Dostupné na internete:

<7.<http://www.bing.com/search?q=Odborn%C3%A9+usmernenie+MZ+SR+o+veden%C3%AD+o%C5%A1etrovate%C4%BEskej+dokument%C3%A1cie%2C+uverejnen%C3%A9+vo+Vestn%C3%ADku+MZ+SR+%C4%8Diastka+35+%E2%80%93+46%2C+ro%C4%8Dn%C3%ADk+53+zo+d%C5%88a+4.+7.+2005.&src=IE-SearchBox&Form=IE8SRC>>.

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého účelom je ustanoviť postup pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Toto usmernenie nadobudlo platnosť 15. 03. 2007. [cit.

2012 – 09 - 29]. Dostupné na internete: <http://www.fntt.sk/download/zakony-v-zdravotnictve/Odborne_usmernenie_SR_o_vedeni_zdrav_dokum_c_07594_2009_OZS.pdf>.

RENPENNING, K. a TAYLOR, S. (2003) *Self Care Theory in Nursing: Selected Paper of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company, 2003, 401 s. ISBN 9780826117267.

RICE, R. (2006) *Home Care Nursing Practice*, 4. vyd. St. Louis: Mosby Elsevier, 2006, 608 s. 4. vyd. ISBN 9780323030724.

ŠKRLOVI, M. a P. (2003) *Kreativní ošetrovatelský management*. 2003, 485 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.

VAN DER BOOM, H. (2009) *Home Nursing in Europe: Patterns of Professionalisation and Institutionalisation of Home Care and Family Care to Elderly People*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2009, 353 s. ISBN 9789048521180.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 428 / 2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, ktorá nadobudla účinnosť 01. 07. 2006. [cit. 2012 – 09 - 29]. Dostupné na: <http://www.google.sk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBwQEjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.health.gov.sk%2FZdroje%3F%2FSources%2Fdokumenty%2Fvestniky_mz_sr%2F2008%2FVestnik_32-51_2008.pdf&ei=riNnUPibNs7ktQb0goCAAw&usg=AFQjCNFJY0YKjfe7EmuZDaiEsIU3XisRwA&sig2=oMuRkan-nkcaY5js4tixxw>.

Korespondence:

PhDr. Alena Dziacka, PhD.
TU, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Email: alena.dziacka@truni.sk

Faktory ovlivňující stresový syndrom z přemístění u seniorů

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D., Mgr. Jana Kačorová, Ph.D., Bc. Klára Barvenčíková
Ústav ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě

Souhrn:

Příspěvek se zabývá souvislostí mezi změnou prostředí a výskytem stresového syndromu z přemístění u pacientů v lůžkové péči. Se zvyšujícím se věkem dochází ke zdravotním změnám, které vyžadují přesun a péči v pobytovém zařízení. Výsledky studií již od šedesátých let 20. století opakovaně prokázaly u seniorů souvislost mezi přemístěním a zvýšenou morbiditou a mortalitou. I když je tato skutečnost obecně známa, zdravotníci jí věnují minimální pozornost. Cílem našeho šetření bylo zmapovat výskyt stresového syndromu z přemístění u seniorů v ústavní péči a identifikovat faktory ovlivňující výskyt tohoto jevu. Sběr dat byl realizován technikou nestandardizovaných strukturovaných rozhovorů. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 100 respondentů starších 65 let, kteří byli hospitalizováni na standardních odděleních všeobecné nemocnice. Následnou analýzou dat bylo zjištěno, že u 70% oslovených byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Stresový syndrom z přemístění. Polovina oslovených udávala pocit osamělosti, ztráty samostatnosti a ztráty autonomie. Ke zvládnutí těchto prožitků může personál pomoci hlavně empatickým přístupem, respektováním jejich autonomie a podporou k udržení soběstačnosti.

Klíčová slova:

Senior; Stresový syndrom; Přemístění; Sestra; Péče

Factors that influence stress syndrome from transference in seniors

Summary:

This contribution concerns the link between change of environment and occurrence of stress syndrome after transference in inpatients. Higher age brings medical conditions that lead to transference and demand care in a residential institution. Studies since 1960s have shown that there is increased risk of morbidity and mortality in seniors after transference. Even though this is a well established fact, medical staff do not take it into consideration. The aim of this study was describe incidence of stress syndrome in seniors in institutional care after their transference and also to describe factors related to frequency of this phenomenon. Unstandardized structured interview was used as the

method of data collection. The participants were 100 people older than 65 years of age who were inpatients at standard hospital units. After analyzing the data, we found that nursing diagnosis of stress syndrome from transference occurred in 70 % of the sample. Half of the participants described feelings of loneliness, loss of independence and loss of autonomy. Medical staff can help to reduce these feelings by emphatic approach, respecting autonomy of patients and supporting their self-sufficiency.

Key words:

Senior; Stress syndrome; Transference; Nurse; Care

Úvod

Přemístění jedince do jiného prostředí je obecně považováno za jeden ze závažných životních stresorů. Pro seniory může přemístění představovat zátěž, která vede ke zhoršení zdravotního stavu a to jak v akutní, tak v dlouhodobé péči (Robinson, 2002, s. 3). Příčiny jsou spatřovány především ve strachu ze ztráty kontroly nad situací a z odloučení od blízkých (Jackson, 2015, s. 10). Bieber (2014, s. 13) například spojuje výskyt syndromu z přemístění s vnímání vlastní nezávislosti a autonomie. Pro významnost tohoto jevu svědčí i zkušenost, že stresový syndrom z přemístění je od roku 1992 uveden v klasifikaci NANDA jako ošetřovatelská diagnóza aktuální i riziková. Aktuální je definována jako „*Fyziologické anebo psychosociální narušení po přesunu z jednoho prostředí do druhého*“ (Herdman, 2013, s. 354). Riziková jako „*Riziko fyziologického anebo psychosociálního narušení po přesunu z jednoho prostředí do druhého*“ (Herdman, 2013, s. 355). Symptomy bývají různé, pro stanovení ošetřovatelské diagnózy jsou dány určujícími znaky nebo rizikovými faktory. Obecně jsou za hlavní považovány úzkost, zmatenost, nerozhodnost spojená s potřebou větší pozornosti a touhy po uklidnění, deprese a izolace (Bieber, 2014, s. 13). Výsledky studií opakovaně prokázaly přímou souvislost mezi přemístěním a zvýšenou mortalitou. Například Robinson (2002, str. 3) uvádí výsledky šetření u 1248 seniorů, kde byla zjištěná dvakrát vyšší úmrtnost u těch, kteří byli během hospitalizace přemístěni do jiné nemocnice. Autorka zdůrazňuje, že před zahájením šetření byl u všech kontrolován zdravotní stav a bylo vypočteno riziko úmrtí. Goldberg (2015, s. 3) sledoval rizika související s přemístěním v rámci přesunů na oddělení a prokázal korelaci mezi

přemístěním v rámci pokojů, kdy ve svém výzkumném vzorku zachytili u přemístěných pacientů o 9,69% vyšší výskyt deliria.

Cíl práce

Cílem našeho šetření bylo zjistit míru výskytu ošetrovatelské diagnózy Stresový syndrom z přemístění u hospitalizovaných pacientů a dále identifikovat faktory podporující vznik tohoto stavu. Jednou z oblastí zájmu bylo zjistit, jak mohou být sestry nápomocné při jejich adaptaci na pobyt v nemocnici.

Metodika

Šetření bylo vedeno metodou kvantitativního výzkumu, byla zvolena technika originálních strukturovaných rozhovorů. Forma rozhovoru se jevila jako vhodný způsob získání dat od respondentů, kteří mohou mít problémy při vyplňování dotazníků a taky předpoklad, že senioři preferují osobní kontakt před písemným. Položky v dotazníku byly zaměřeny na zjištění určujících znaků ošetrovatelské diagnózy Stresový syndrom z přemístění a na identifikaci podpůrných faktorů. Část položek byla zaměřená na demografická data. Srozumitelnost otázek byla ověřená pilotním šetřením u 5 hospitalizovaných seniorů, kdy na základě výsledků byla částečně upravena jejich formulace. Celkem bylo získáno 100 výpovědí respondentů. Následně byla získána data vyhodnocená metodou popisné statistiky za pomoci programu Microsoft Office Excel a graficky zpracovaná do tabulek a grafů.

Soubor

Výzkumný soubor tvořilo 100 seniorů hospitalizovaných na standartních odděleních všeobecné nemocnice. Vzorek tvořilo 45 mužů a 55 žen ve věku od 65 do 90 let. Kritéria záměrného výběru byla následující: věk nad 65 let, hospitalizace v nemocničním zařízení a ochota účasti v šetření.

Výsledky

Vyhodnocením získaných dat bylo zjištěno, že 70% respondentů splňovalo kritéria pro ošetrovatelskou diagnózu Stresový syndrom z přemístění. Celkem 57% uvedlo, že subjektivně vnímá hospitalizaci negativně jako zátěž. Zároveň ale 74% nemělo pocit, že by v souvislosti s hospitalizací bylo narušeno jejich soukromí. Dále uvedlo 51%

oslovených pocit, že po přemístění do nemocnice přestali sami rozhodovat o osobních záležitostech a rozhodování za ně převzal zdravotnický personál a to bez ohledu na jejich přání nebo názor. U stejného počtu oslovených bylo identifikováno negativní zjištění, že je personál do určité míry zbavuje soběstačnosti tím, že je nenechává vykonávat činnosti sebeobsluhy, které by byli schopní zvládnout sami. Přesto ale 93% respondentů hodnotilo chování zdravotníků jako uctivé. Za významné faktory pro lepší adaptaci na hospitalizaci považovalo 66 respondentů sympatický a laskavý přístup personálu, 49 časté návštěvy blízkých, 40 dostupnost televize na pokoji, 28 podporu a pomoc k soběstačnosti a 25 trpělivost personálu. Dalšími zmiňovanými faktory byly například častější komunikace personálu s nemocným, častější a opakované podávání informací, ale i zařízení pokoje.

Diskuze

Zvyšující se délka života jedince s sebou přináší zdravotní komplikace související s vysokým věkem a tedy i vyšší počet hospitalizací seniorů. Při péči o tyto nemocné by měl být kladen důraz nejen na somatický stav, ale i na zvládnání psychické zátěže, která s přemístěním souvisí. V našem šetření byl prokázán u téměř tři čtvrtin oslovených výskyt stresového syndromu z přemístění, což odpovídá například zjištění Yohannese (2012, s. 1141), který projevy syndromu zachytil u 68% svých respondentů. Vysvětlením vysokého výskytu může být buď neznalost problému personálem, přehlížení projevů nebo jejich vyhodnocení jako nepodstatných. Williams (2015, s. 232) upozorňuje na skutečnost, že pokud senior neventiluje své negativní pocity, zůstávají hladiny stresových hormonů vysoké, což může vést ke vzniku dalších zdravotních komplikací. Proto by sestry měly monitorovat rizika, sesterské intervence zaměřit i tímto směrem a seniorům aktivně naslouchat.

Jako problematická se ukázala oblast autonomie a podpory soběstačnosti. Polovina respondentů uváděla ztrátu možnosti rozhodovat o sobě. Například Ekdaahl (2011, s. 6) tento problém detekoval pouze u 27,5% respondentů. Důvodem může být skutečnost, že pacient není ani v dnešní době v našem zdravotnictví vždy chápán jako rovnocenný partner a rozhodování za něj je často považováno za normu. Z důvodu závislosti na zdravotnické péči pacient může mít obavy se ptát nebo ohradit pro rozhodnutí profesionálů. Podobné obavy mohou být i příčinou, proč se nemocný nebrání proti

provádění výkonů souvisejících se sebedpěčí zdravotníky, i když by je zvládnul sám. Covinsky (2003, s. 451) prokázal u seniorů zhoršení soběstačnosti v běžných denních činnostech u 35% hospitalizovaných. Důsledkem snižujícího se počtu personálu je důraz na rychlost a výkon, což neumožňuje sestřám věnovat seniorům dostatek času. Snížení těchto dovedností však může působit po propuštění do domácí péče, proto je žádoucí jejich zachování.

Jednou z oblastí zájmu bylo zjistit, jak mohou pacientům s adaptací na přemístění pomoci sestry. Jako nejdůležitější byly uváděny vhodný přístup personálu a časté návštěvy. Vyskytly se ale i požadavky na hezké prostředí a vybavení pokoje televizí. K podobným výsledkům dospěla ve své práci i Martochová (2008, s. 80). Osobní kontakt i podněty z prostředí aktivizují adaptační schopnosti jedince, což zlepšuje schopnost přizpůsobení se na novou situaci (Kalvach, Janečková, 2011, s. 313). Jeví se tedy žádoucím nejen častý kontakt s nemocným, ale i důraz na prostředí a atmosféru zdravotnického zařízení.

Závěr

Výsledky našeho šetření prokázaly vysoký výskyt syndromu z přemístění u hospitalizovaných seniorů, což odpovídá zjištění zahraničních autorů studií. I když jsou známy důsledky tohoto stavu, není běžné se jemu v klinické praxi aktivně věnovat. Cestou ke zlepšení stavu by mohla být vyšší podpora soběstačnosti pacienta a jeho aktivnější zapojení do péče. Zde může být částečně brzdou nedostatek ošetrovatelského personálu v lůžkových zařízeních, který je nucen zvládnout velké množství práce v krátkém čase, což tyto podpůrné aktivity do určité míry omezuje. Přesto by mělo být snahou personálu udržet seniory v co nejlepší kondici.

Literatura

BIEBER, G. Moving & Seniors: How the Stress of Relocation Can Affect Older Adults. *LIFE's Vintage Newsmagazine* [online]. 2014, s. 13. [cit. 2016-06-07]. Dostupné na internetu: <http://www.virtualonlineeditions.com/article/Caregiver+Corner/1741181/0/article.html>

COVINSKY, KE. et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2003, roč. 51, č. 4, s. 451-458. [cit. 2016-06-15]. Dostupné na internetu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12657063>

EKDAHL, A. V. et al. Are elderly people with co-morbidities involved adequately in medical decision making when hospitalised? A cross-sectional survey. *BMC Geriatr* [online]. 2011, roč. 11, č. 46, s.1-8 [cit. 2016-06-15]. Dostupné na internetu: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-46>

GOLDBERG, A. et al. Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case-control study. *BMC Geriatr* [online]. 2015, roč. 15, č. 69, s. 2-9 [cit. 2016-06-16]. Dostupné na internetu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478641/>

HERDMAN, T. *NANDA International: Ošetřovatelské diagnózy*. Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-802-4743-288

JACKSON, K. Prevent Elder Transfer Trauma: Tips to Ease Relocation Stress. *Social Work Today* [online]. 2015, roč. 15, č. 1, s. 10. [cit. 2016-06-16]. Dostupné na internetu: <http://www.socialworktoday.com/archive/011915p10.shtml>

KALVACH, Z. a JANEČKOVÁ, H. Hospitalizmus a maladaptivní syndrom. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 312 - 314. ISBN: 978-80-247-4026-3

MARTOCHOVÁ, E. *Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)*. Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Vlasta Martínková

ROBINSON, V. A Brief Literature Review of the Effects of Relocation on the Elderly. *Hospital Employees' Union* [online]. 2002 [cit. 2016-06-16]. Dostupné na internetu: http://www.heu.org/sites/default/files/uploads/research_reports/HEU_Literature_Review_Sept23_2002.pdf.

WILLIAMS, P. A. *Basic geriatric nursing*. Elsevier Health Sciences, 2015. ISBN: 978-03-232-3969-1

YOHANNES AM., BALDWIN RC. a CONOLLY MJ. Prevalence of depression and anxiety symptoms in elderly patients admitted in post-acute intermediate care. *International Journal of geriatric psychiatry* [online]. 2008, roč. 23, č. 11, s. 1141-7. [cit. 2016-06-15]. Dostupné na internetu: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18457336>

Korespondence:

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství
Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava 1
Email: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

Komplexné geriatrické posúdenie v ošetrovatel'stve

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.

Katedra ošetrovatel'stva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn

Sestra má za úlohu hľadať u pacienta problémy, ktoré súvisia s ošetrovaním a následne ich riešiť. Pri ošetrovaní musí sestra využívať metódy a techniky, ktoré sú vedecky zdôvodnené odborníkmi v oblasti geriatrického ošetrovatel'stva. Jednou z týchto techník je používanie hodnotiacich a meracích škál, ktoré v súvislosti s geriatriou možno nazývať komplexným geriatrickým hodnotením. Komplexné geriatrické posúdenie (comprehensive geriatric assessment - CGA) je neoddeliteľnou súčasťou pri posudzovaní seniora a jeho zdravotného stavu. CGA je multidisciplinárny diagnostický proces, ktorý je zameraný predovšetkým na stanovenie zdravotných, psychosociálnych a funkčných schopností u krehkých geriatrických pacientov. CGA teda chápeme ako komplexnejšie klinické vyšetrenie seniora, pričom sa vo väčšine prípadov uvádza ako pracovné a tiež aj myšlienkové jadro geriatrického ošetrovatel'stva vôbec.

KLúčové slová: *Ošetrovatel'stvo. Komplexné geriatrické posúdenie – CGA. Senior.*

Úvod

Starnutie a staroba sú vlastnosťami každého živého organizmu. Človek sa vyvíja a starne už od narodenia. V súčasnej dobe sa proces starnutia netýka len jednotlivcov. Čoraz viac býva generalizovaný na celé populácie. Proces demografického starnutia, ktoré je charakterizované zvyšovaním podielu seniorov, sa stáva spoločným celosvetovým problémom. Tento jav ovplyvňuje všetky oblasti života, nevynímajúc ošetrovatel'stvo (Kabátová, Puteková, 2015) Posudzovanie je proces, ktorého cieľom je sledovať zmeny seniora týkajúce sa starnutia a zdravotných problémov a následne vytvoriť databázu týchto zmien (Poledníková a kol., 2006). Orientuje sa na jeho potreby, ktoré sú v dôsledku staroby a choroby modifikované. Tieto údaje sestra získava metódou pozorovania, rozhovoru a vyšetrenia (Dlugošová, Tkáčová, 2010). Posudzovanie ako súčasť ošetrovatel'ského procesu predstavuje komplexné biopsychosociálne zhodnotenie staršieho človeka s rešpektovaním všetkých osobitostí vyššieho a vysokého veku (Poledníková a kol., 2013). Komplexné geriatrické posúdenie (comprehensive geriatric assessment - CGA) je neoddeliteľnou súčasťou pri posudzovaní seniora a jeho

zdravotného stavu. CGA je multidisciplinárny diagnostický proces, ktorý je zameraný predovšetkým na stanovenie zdravotných, psychosociálnych a taktiež aj funkčných schopností u krehkých geriatrických pacientov (Kalvach a kol., 2008). CGA slúži nielen na posúdenie stavu pacienta, ale aj na zhodnotenie jeho sebestačnosti, fyzickej výkonnosti a psychických funkcií. CGA sa zameriava hlavne na rizikových seniorov, ktorí potrebujú individuálnu starostlivosť a prístup (Németh a kol., 2009). CGA teda chápeme ako komplexnejšie klinické vyšetrenie seniora, pričom sa vo väčšine prípadov uvádza ako pracovné a tiež aj myšlienkové jadro geriatrického ošetrovateľstva vôbec (Kalvach a kol., 2008). Je využívané nielen pre posúdenie potrieb seniora, ale hovorí aj o vhodnej ošetrovateľskej starostlivosti (Jedlinská, 2013). Sestra sa stáva kľúčovou pre skríning problémov u seniorov (Martinková, 2016).

Charakteristika komplexného geriatrického posúdenia a jeho súčastí

CGA je diagnostický proces, ktorého cieľom je vytvoriť koordinovaný a zjednotený plán pre liečbu a dlhodobé sledovanie krehkých seniorov. CGA výrazne zlepšilo diagnostickú presnosť a kvalitu života pacientov. Vďaka CGA nastalo zlepšenie prognózy u väčšiny seniorov a udržanie samostatnosti v bežnom živote (Ellis, Langhorne, 2005). Koncept CGA uplatňovala už v 30. až 40. rokoch 20. storočia vo Veľkej Británii Marjory Warren. Stala sa zástancom CGA pred hospitalizáciou seniorov (Wieland, Hirth, 2003). Medzi pacientov, ktorým CGA výrazne pomohlo, patria hlavne krehkí seniori, ktorým ponúka individuálne, bezpečnejšie, komplexnejšie a praktickejšie služby. Seniori majú pri aplikácii CGA stanovenú individuálnejšiu diagnózu, majú tiež primeranú zdravotnú starostlivosť v rámci ich ochorenia a vo veľkej miere prispievajú k šetreniu finančných zdrojov (Kalvach a kol., 2008). CGA je hlavným ukazovateľom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a mal by byť neoddeliteľnou súčasťou anamnézy u pacientov. Jeho aplikácia má napriek mnohým kladom aj niekoľko záporov, medzi ktoré môžeme zaradiť časovú náročnosť pri zbieraní údajov, potrebu zaškolenia zdravotníckeho tímu, ale aj skúsenosť zdravotníkov s jeho vyhodnocovaním (Jedlinská, 2013). Význam CGA tiež dáva do pozornosti, že napriek dlhému zoznamu vážnych chorôb v pacientovej dokumentácii sa o nich hovorí veľmi málo, ešte menej sa hovorí o malnutriícii, kognitívnych poruchách, o páde alebo o miere sebestačnosti (Kalvach a kol., 2008). CGA je proces, ktorý môžeme uplatniť v štyroch úrovniach. Kalvach (2008) ich delí na: CGA s využitím tímového prístupu, CGA ako geriatrické vyšetrenie, CGA ako

šstandardný zber obmedzených, ale záväzných údajov a CGA ako návrh na doplnenie geriatrického vyšetrenia pacienta v súvislosti s iným odborom. CGA tvoria predovšetkým hlavné oblasti záujmu a základné postupy, ktoré využíva. Medzi oblasti záujmu radíme napríklad osobnosť pacienta, kedy sa zameriavame na prežitú životnú situáciu a kvalitu života. Ďalej sem radíme telesné zdravie a s ním spojenú vážnosť choroby, zisťujeme taktiež základné ochorenie a s ním spojené vedľajšie ochorenia, výkonnosť a zdatnosť kedy sledujeme chôdzu pacienta, sebestačnosť, výživu a fyzickú kondíciu. Duševné zdravie taktiež patrí medzi oblasti záujmu CGA a je dôležité pri ňom sledovať závažnosť duševných chorôb, príznaky demencie a psychickú rovnováhu. Posledná oblasť záujmu je sociálna, ktorá sleduje vzťahy v rodine, vykonávanie sociálnej roly, bezpečnosť v domácnosti a sociálne potreby (Kalvach a kol., 2008).

Postupy CGA sa uplatňujú podľa sledovanosti určitých parametrov:

- základne klinické vyšetrenie – kam zaraďujeme anamnézu, fyzikálne vyšetrenie a diagnostiku pri lôžku pacienta ako napríklad dotazník, EKG a iné,
- špeciálne hodnotenie – hodnotenie disability, výživy, duševného stavu, telesnej zdatnosti, sociálnych súvislostí a kineziologické hodnotenie,
- šetrenie v mieste bydliska – kedy sa hodnotí úroveň bývania, vzťahy v rodine, bezpečnosť obývaného priestoru a zdravotný stav osôb, ktoré sa o pacienta starajú (Kalvach a kol., 2008).

Rozsah CGA je závislý na správnom nastavení zdravotníckeho tímu podľa prostriedkov, ktoré má k dispozícii. V procese CGA sa zdravotnícky tím zameriava na problémy prioritne tak, že najzávažnejšie problémy sú riešené ako prvé (Wieland, Hirth, 2003). Nezastupiteľné uplatnenie v tíme má sestra – praktička (sestra s pokročilou praxou), ktorá môže koordinovať a riadiť proces, jednotlivé úkony, ako aj členov tímu (Grešš Halász, 2016). CGA má okrem svojich základných častí aj časti špecializované, ktoré môžu byť vykonávané jedným lekárom, sestrou alebo celým tímom. Špecializované časti tohto posúdenia by mali byť vykonávané u každého pacienta a mali by byť súčasťou fyzikálneho vyšetrenia (Kalvach a kol., 2008). CGA sa zameriava na oblasti ako sú zdravotný stav pacienta a jeho komorbidity, kedy sa hodnotí zmyslové postihnutie, možné poruchy rovnováhy alebo chôdze, prípadne malnutícia. Neskôr sa sleduje pacientova výkonnosť a sebestačnosť, kedy sa hodnotí stupeň pacientovho zdravotného postihnutia. CGA sa ďalej zameriava na duševné zdravie seniora a zisťujú sa poruchy kognitívnych funkcií. Pri posudzovaní nemožno zabudnúť na zistenie

sociálního statusu pacienta, na jeho ekonomické zabezpečenie a kvalitu bývania (Derňárová, Hudáková, 2009). Napriek tomu, že CGA výrazne prospieva k lepšej starostlivosti o seniorov je potrebné, aby CGA bolo používané racionálne. Netreba zabúdať, že CGA žiadnym spôsobom nenahrádza vlastné pozorovanie, vyšetrenie seniora a komunikáciu s pacientom (Topinková, Neuwirth, 1995).

Záver

Je dôležité si uvedomiť, že každý človek má právo na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, na adekvátne zaobchádzanie, na akceptovanie ľudských práv a empatický prístup. Pri ošetrovaní seniora je nutné rešpektovať jeho individuálne potreby. Zároveň je potrebné poznať a aplikovať profesionálnu etiku a zabezpečovať celkovú bio-psycho-socio a duchovnú zložku starostlivosti (Tkáčová, Dluhošová, 2011). Na stanovenie funkčných, psychosociálnych a hlavne zdravotných schopností a problémov geriatrických pacientov využívame CGA, ktorého cieľom je vypracovať individuálny plán pre samotnú liečbu, ale aj následné sledovanie seniora (Pokorná, a kol., 2013). Komplexné posúdenie nám napomáha odhaľovať skutočné i potenciálne problémy geriatrického pacienta. Efektívne posúdenie ovplyvňujú vedomosti o fyziologickom starnutí organizmu a intelektové a interpersonálne zručnosti sestry (Martinková, 2015). Ellis, Langhorne (2005) uvádzajú, že CGA môže znížiť celkovú úmrtnosť a rýchlejšie navrátenie sa do domáceho prostredia. V neposlednom rade uvádzajú, že CGA priamo ovplyvňuje zlepšenie fyzickej a kognitívnej funkcie. Preto je nevyhnutné vykonávať komplexné geriatrické posúdenie u každého geriatrického pacienta pri prijíme alebo maximálne do 24 hodín od nástupu.

Literatúra

- ELLIS, G., LANGHORNE, P. (2005) Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *In British medical bulletin*. ISSN 1471-8391, 2005, 71(1), s. 45-59.
- DERNÁROVÁ, L., HUDÁKOVÁ, A. (2009) Komplexné posúdenie zdravotného stavu a funkčných schopností seniora. In NÉMETH, F. *Geriatría a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2009. s. 27-28. ISBN 978-80-8063-314-1.
- DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, Ľ. (2010) Komplexní ošetrovateľská péče o pacienta s demencií. *In Sestra*. ISSN 1210-0404, roč. 20, č. 12 (2010), s. 50-51.
- GREŠŠ HALÁSZ, B. (2016) Moderné ošetrovateľstvo- pokročilá prax sestier. *In XI. Celoslovenská vedecká konferencie sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva: Zborník abstraktov*. SKSaPA, Bratislava. 2016 s.19- 20. ISBN 978-80-89542-56-7.

- JEDLINSKÁ, M. (2013) Funkční hodnocení senioru, teorie a praxe. *In Geriatrie a gerontologie*. ISSN 1805-4684, 2013, roč. 2, č. 3, s. 134-137.
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. (2015) *Ošetrovateľská starostlivosť v geriatricii II*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015. 84 s. ISBN 978-80-8082-918-6..
- KALVACH, Z. a kol. (2008) *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. (2008) Geriatrická křehkost-významný klinický fenomén. *In Medicína pro Praxi* [online]. 2008, roč. 5, č. 2, s. 66-69 [cit. 2015-07-10]. Dostupné na internete: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>>. ISSN 1214-8687.
- MARTINKOVÁ, J. (2015) Fyzikálne posúdenie pacienta vo vyššom veku *In: X. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v odboroch vnútorného lekárstva*. Bratislava : Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2015. ISBN 978-80-89542-47-5. CD-ROM; s. 21.
- MARTINKOVÁ, J. (2016) Poruchy zraku u seniorov. *In Sestra*. ISSN 1335-9444. roč. 15, č. 3-4, 2016, s. 20-22.
- NÉMETH, F. a kol. (2009) *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2009. 190 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
- POKORNÁ, A. a kol. (2013) *Ošetrovateľství v geriatricii. Hodnotící nástroje*. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 9788024743165.
- POLEDNÍKOVÁ, E. a kol. (2006) *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- POLEDNÍKOVÁ, E. a kol. (2013) *Ošetrovateľský proces v geriatrickom ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2013. 218 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
- TKÁČOVÁ, L., DLUGOŠOVÁ, A. (2011) Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov. *In Zborník prednášok z VIII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou konanej dňa 16-17.9.2011 v Ružomberku*. Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, 2011. ISBN 978-80-89542-08-6. s. 40-46.
- TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. (1995) *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha : Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.
- WIELAND, D., HIRTH, V. (2003) Comprehensive geriatric assessment. *In Cancer Control* [online]. 2003, 10(6), s. 454-462 [cit. 2015-28-10]. Dostupné na internete: <<https://www.moffitt.org/File%20Library/Main%20Nav/Research%20and%20Clinical%20Trials/Cancer%20Control%20Journal/v10n6/454.pdf>>. ISSN 1073-2748.

Korespondence:

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.
Univerzité nám. 1
917 43 Trnava
Email: olga.kabatova@truni.sk

Model chronickej starostlivosti

PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, pobočka Michalovce

Súhrn:

Pojem chronická choroba sa v minulosti spájal so starými ľuďmi. Hranica týchto ochorení sa podstatne znížila až na úroveň ľudí stredného veku, mladých ľudí, ale i detí. V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavili azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – Model chronickej starostlivosti (the Chroni Care Model – CCM). Tento model sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou. Prvý systém tohto modelu tvorí podpora self – manažmentu. Druhý systém predstavuje dizajn systému poskytovania starostlivosti. Tretí systém je zastrešený podporou rozhodnutia a štvrtý systém tvoria klinické informačné systémy. Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotných služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami. Komunitné ošetrovateľstvo zaujíma stále vyššiu pozíciu v hierarchii poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Výrazne sa skrátila doba pobytu pacientov v ústavných zariadeniach len na nevyhnutný čas.

Kľúčové slová: Komunitné ošetrovateľstvo, Chronické ochorenie, Model chronickej starostlivosti.

Úvod

V 21.storočí výrazne narastá počet chronických ochorení. Vďaka modernému zdravotníctvu ľudia majú šancu prežiť vďaka tomu, že ich choroba je kontrolovaná a liečená. Pojem chronická choroba sa v minulosti spájal so starými ľuďmi (Hegyí, 2013). Treba však zdôrazniť, že starnutie je vysoko individualizovaný proces, ktorý prebieha u každého jedinca inak, je podmienený nie len involučnými zmenami, ale i pôvodným funkčným stavom a spôsobom života (Kabátová, Puteková, 2015). Preto sa hranica týchto ochorení podstatne znížila až na úroveň ľudí stredného veku, mladých ľudí, ale i detí. Veľký vplyv na vznik chronických ochorení má životný štýl, ako

fajčenie, sexuálne správanie, výživa, fyzická aktivita, genetická predispozícia (Hegyí, 2013).

Vlastný text

Komunitné ošetrovatel'stvo zaujíma stále vyššiu pozíciu v hierarchii poskytovanej ošetrovatel'skej starostlivosti. Výrazne sa skrátla doba pobytu pacientov v ústavných zariadeniach len na nevyhnutný čas. Chorí po prepustení do domáceho liečenia často potrebujú špeciálnu opateru a prístup, najmä vtedy keď sa nevedia o seba postarať tak, ako pred chorobou. Doliečovanie pacientov sa premiestnilo do komunít (Hanzlíková a kol., 2006). Komunita podľa WHO je definovaná ako sociálna skupina determinovaná geografickými hranicami, alebo spoločnými hodnotami a záujmami. Jej členovia sa navzájom poznajú a ovplyvňujú. Toto sa realizuje vo vnútri čiastkových sociálnych štruktúr, a prejavuje sa normami, hodnotami, sociálnymi inštitúciami, ktoré vytvára (Jarošová, 2007).

Komunitná starostlivosť nie len o chorých, ale aj zdravých z hľadiska prevencie a upevňovania zdravia prináša zo sebou jeden dôležitý aspekt – chorý nemusí byť vytrhnutý zo svojho prirodzenia prostredia, čo má pozitívny vplyv na jeho zdravie, uzdravenie, zvládanie choroby. Úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcej miere závisí od ekonomickej úrovne spoločnosti. Komunitná starostlivosť je orientovaná viac na skupiny a celé komunity, činnosti vychádzajú z potrieb komunity. Cieľom je poskytovať starostlivosť v domácom prostredí, umožniť čo najdlhšie zotrvanie v komunite (Hanzlíková, 2006).

Rozvoj komunitnej a domácej starostlivosti podporili najmä tieto fakty:

- globálne starnutie populácie,
- meniace sa rodinné štruktúry,
- „postmoderná spoločnosť“,
- technika v terénnej starostlivosti,
- informovaný príjemca zdravotnej starostlivosti,
- kríza ošetrovatel'stva (Jarošová, 2007).

Americká asociácia sestier vypracovala štandardy ošetrovateľskej praxe v komunite (Hanzlíková, 2002):

- sestra uplatňuje teoretické vedomosti pri rozhodnutiach v praxi,
- sestra systematicky zbiera údaje, ktoré majú byť ucelené a presné,
- sestra analyzuje zistené údaje o komunite, rodinách a jednotlivcoch, a na základe nich stanovuje sesterské diagnózy,
- pre všetky úrovne prevencie sestra pripraví plány, ktoré špecificky určujú ošetrovateľské aktivity zamerané na klientove potreby,
- sestra sa riadi plánom, ktorého plnením ochraňuje, udržiava a obnovuje zdravie, predchádza chorobám a zabezpečuje rehabilitáciu,
- sestra zaznamenáva odozvy komunity, rodín a jednotlivcov na to, či intervencie a opatrenia zlepšili zdravotný stav, viedli k plneniu stanovených cieľov a na základe toho reviduje proces,
- sestra sa zúčastňuje na stretnutiach s kolegami, porovnáva svoje názory z ich názormi. Sestra preberá zodpovednosť za rozvoj profesie a podporuje profesionálny rast ostatných,
- sestra spolupracuje s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, profesionálmi a reprezentantmi komunity pri odhade, plánovaní, realizácii a spätnej revízii programov pre komunitné zdravie,
- sestra prispieva prostredníctvom výskumu k rozvoju teórie a praxe a komunitného ošetrovateľstva.

Model komplexnej starostlivosti o chronicky chorých.

V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavil azda najvplyvnejší teoretický model starostlivosti chronicky chorých – MODEL CHRONICKEJ STAROSTLIVOSTI (the Chroni Care Model – CCM). Tento model sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených systémových zložiek, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickou chorobou (Wagner et al., 2005).

1. systém - podpora self- manažmentu.
2. systém - dizajn systému poskytovania starostlivosti.
3. systém - podpora rozhodovania.
4. systém - klinické informačné systémy.

Tieto zložky sú umiestnené do kontextu zdravotného systému, ktorý spája primerane organizovaný systém poskytovania zdravotných služieb s komplementárnymi komunitnými zdrojmi a politikami (Wagner et al., 2005). Tvorcovia politických rozhodnutí v Európe sa preto čoraz viac snažia nájsť riešenia a vyvinúť stratégie, ktoré by pomohli vyvinúť lepšie modely starostlivosti o chronicky chorých, nové modely starostlivosti, ktoré by boli adekvátnejšie pre chorých s komplexnými potrebami. Model starostlivosti, ktorý uplatňuje **“na pacienta orientovaný prístup”** prostredníctvom partnerstva so samotným pacientom, ako aj ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi, vedúci k optimalizácii zdravotných výsledkov (Nagyová, 2011). Jedným z kľúčových prvkov CCM je self-manažment (seba-riadenie) pacienta. Vychádza z faktu, že zníženie rizika a zlepšovanie výsledkov nemôže závisieť len od konania zdravotníckych pracovníkov, ale rovnako závisí aj od konania pacienta. Aktivity self-manažmentu sú zvyčajne uskutočňované pacientom medzi plánovanými stretnutiami s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Tieto aktivity zahŕňajú zvládanie symptómov, ošetrovanie, zmena životného štýlu a vyrovnávanie sa s fyzickými a psychickými dôsledkami chronickej choroby (Wagner et al., 2005). Adekvátnou odpoveďou ošetrovateľstva v kontexte self-managementu je novodobá rola sestry- pokročilá prax, ktorej úloha spočíva v komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti s cieľom podporovať zdravie populácie (Grešš Halász, Tkáčová, 2014).

Cieľom self-manažmentu je minimalizovať dopad chronickej choroby na fyzický zdravotný stav a fungovanie jedinca, a napomôcť vyrovať sa s psychickými následkami choroby (Loring, Holman, 1993).

Starostlivosť o chronicky chorých má 2 formy:

1. **priama starostlivosť (face to face)** – zahŕňa všetky aktivity, pri ktorých je sestra v priamom kontakte s pacientom a jeho rodinou. Aktivity zahŕňujú: priame ošetrovateľské výkony, fyzické vyšetrenie a hodnotenie klienta, preväzy, aplikácie injekcií, zavádzanie katérov, infúzna liečba. Sestra pomáha klientovi a rodine osvojiť si návyky a pozitívne správanie podporujúce zdravie. Všetky indikované a uskutočnené výkony musia byť evidované v ošetrovateľskej dokumentácii klienta a sú vykazované zdravotnej poisťovni.

2. **nepriama starostlivosť** – týka sa skvalitňovania a koordinácii starostlivosti – konzultácie sestry s ostatnými odborníkmi, multidisciplinárna spolupráca atď. (Jarošová, 2007).

Chronická choroba mení život pacienta zásahom do jeho fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti. Reakcie pacienta môžu byť adaptívne, alebo maladaptívne, prijatie, alebo neprijatie situácie, z čoho následne vychádza spôsob komunikácie chorého s okolím (Hegyí, 2013).

Spôsob vyrovnávania s dlhodobým ochorením závisí od niekoľkých faktorov:

- celkovej osobnostnej charakteristiky chorého,
- od závažnosti ochorenia, charakteru ťažkostí, následkov,
- od spôsobu života pacienta, od miery nevyhnutných zmien,
- na reakciách rodiny, na celkovom zázemí (Venglářová, 2006).

Aby sestra vedela správne poskytnúť pacientovi pomoc, musí vedieť zhodnotiť pacientove reálne možnosti a schopnosti. Pri práci s pacientom sú nevyhnutné kvalitné komunikačné zručnosti sestry. Je dôležité, aby sestra nielen mohla a chcela, ale aj vedela správne komunikovať (Kabátová, 2012). Sestra by mala ovládať vhodné prístupy a komunikačné techniky založené na dôveryhodnej a zrozumiteľnej komunikácii. Dôležitá je empatia a snaha pochopiť pacienta (Martinková, Botíková, 2013).

Problémy v komunikácii, ktoré sa vyskytujú vo vzťahu sestra – chronicky chorý pacient sú:

- odmietanie starostlivosti, vyhýbanie sa kontaktov so zdravotníkmi,
- prílišná závislosť na pomoci a podpore od druhých.

Zásady prístupu k pacientovi:

- posilňujeme samostatnosť a kompetentnosť chorého, je pre nás rovnocenný partner,
- vyjadrujeme verbálne i neverbálne pochopenie pre ťažkú situáciu chorého,
- počúvame pozorne, sledujeme verbálne a neverbálne prejavy pacienta,
- venujeme čas pacientovi “len pre neho“,

- informácie, rady, postupy podávame zrozumiteľne. Využívame obrázkový i písomný materiál,
- odpovedáme na otázky, nebagatelizujeme odpovede,
- chorému poskytneme rady v rámci kompetencii. Poskytneme rozhovor aj členom rodiny,
- podporne pôsobí aj neverbálny kontakt – držanie za ruku (Venglářová, 2006).

Dôležitú úlohu v komunitnom ošetrovatelstve má **edukácia**. Realizácia edukačných programov v komunite je možná len po predchádzajúcom dôslednom posúdení komunity. Pri posudzovaní jednotlivca berieme do úvahy zdravotné, rodinné, socialnoekonomické, kultúrne, vzdelanostné, individuálne a ostatné faktory. Pri edukácii v komunite zohľadňujeme prostredie a vyberáme vhodné organizačné formy, metódy a prostriedky. Edukácia pacienta môže prebiehať v rôznom komunitnom prostredí. Môžu to byť regionálne úrady verejného zdravia, dobrovoľné neziskové organizácie a skupiny, ambulancie primárnej zdravotnej starostlivosti, ADOS, školy, cirkevné zariadenia, domovy sociálnej starostlivosti, útulky, azylové domy. Edukácia môže samozrejme prebiehať aj v domácnosti chronicky chorého pacienta (Vóřosová, 2010). V rámci zdravotného systému má domáca ošetrovatel'ská starostlivosť dominantnú úlohu v terciárnej zdravotnej starostlivosti. Úlohou terciárnej zdravotnej starostlivosti je dokončiť terapeutický proces a zlepšiť zdravotný stav pacienta. Starostlivosť je zameraná na komplexnú a základnú starostlivosť, na ošetrovatel'ské výkony, rehabilitáciu, edukáciu, paliatívnu starostlivosť a je poskytovaná hlavne v domácnostiach klientov, v zariadeniach pre dlhodobo chorých, rehabilitačných zariadeniach. Domáca starostlivosť je poskytovaná v rámci komplexnej komunitnej starostlivosti. Na komunitnom princípe je založená dlhotrvajúca starostlivosť poskytovaná v podpornom bývaní, t.j. v takom prostredí, ktoré sa podobá domácejmu. Cieľom starostlivosti tohto typu je dosiahnutie maximálneho pocitu súkromia, dosiahnuteľného stupňa sebestačnosti a sebaúcty. Centrá dennej starostlivosti poskytujúce zdravotné, sociálne a rekreačné služby, sú vhodné pre ľudí s čiastočne narušenou sebestačnosťou. Prostredníctvom domácej starostlivosti sa poskytujú zdravotné služby vrátane fyzioterapie a sociálnej služby. Agentúry domácej ošetrovatel'skej starostlivosti poskytujú služby v pôvodnom = v domácom prostredí, bez zaťaženia faktormi, ktoré vyplývajú z hospitalizácie. Do poskytovania komunitnej

ošetrovateľskej starostlivosti sú zapájané charitatívne spolky, dobrovoľníci, opatrovateľské služby, cirkevné spolky a príbuzní. V Slovenskej republike zakladanie a rozvoj hospicov, centier dennej starostlivosti (denných stacionárov) a geriatrických centier nie je zatiaľ v súlade s potrebami a požiadavkami spoločnosti (Hanzlíková et al., 2006). Zdravie je jednou z najdôležitejších ľudských hodnôt. Každý človek je sám zodpovedný za ochranu a podporu vlastného zdravia. Človek má právo na zdravé životné podmienky, zdravé životné prostredie na ochranu zdravia. V prípade choroby, ohrozenia chorobou, alebo pri trvalom poškodení zdravia má každý právo na zdravotnú starostlivosť. Jednotlivé práva pacientov v zdravotnej starostlivosti sa zakladajú na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, na sebaurčenie a autonómiu. Každý má právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorá je v súlade s pravými predpismi platnými v SR, a so súčasným stavom lekárskej vedy. Právo na zodpovedajúcu kvalitu zdravotnej starostlivosti znamená, že práca zdravotného pracovníka musí byť na vysokej profesionálnej úrovni (Nemčeková et al., 2004).

Záver

Sestra má vnímať pacienta ako jedinečnú bytosť. Medzi základné podmienky efektívnej komunitnej starostlivosti je nevyhnutné získať si dôveru pacienta aj príbuzných. Poskytovanie holistickej ošetrovateľskej starostlivosti si vyžaduje od sestry vedomosti o osobnosti pacienta, jeho zdravotnom stave a schopnosti poradiť si so stresujúcimi životnými situáciami ako i poznanie sociálneho prostredia, v ktorom žije. Aj keď majú sestry veľkú snahu pomôcť pacientom s chronickými ochoreniami, často ich aktivity stroskotajú na financiách. V dnešnej spoločnosti akoby chorý človek bol len záťažou. Zostáva na nás sestrách, ako budeme presadzovať požiadavky pacientov, apelovať na spoločnosť, aby sa zaujímala aj o takzvaných „neproduktívnych ľudí“, aby mohli viesť čo najviac kvalitný život.

Literatúra:

GREŠŠ HALÁSZ, B., TKÁČOVÁ, Ľ. Novodobá rola sestry: sestra s pokročilou praxou. In *Zdravotníctvo a sociálna práca- Supplementum* [online]. 9/4 2014. [cit. 2016-07-04] Dostupné na internete: <http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_4_2014_CZ_Supplementum.pdf>. ISSN: 1336- 9326.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. (2002) *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*, 1. Vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2002, 175 s. ISBN 80-223-1533-8.

- HANZLÍKOVÁ, A. a kol. (2006) *Komunitné ošetrovatel'stvo*, 2. vydanie. Martin: Osveta, 2006, 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
- HEGYI, L. (2013) Chronické choroby – zdravotný a sociálny problém 21. storočia. In *Bedeker zdravia*, 2013, č. 5. s. 1. ISSN 1337-2734.
- JAROŠOVÁ, D. (2007) *Úvod do komunitního ošetrovatel'ství*, 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. (2015) Ošetrovatel'ská starostlivosť v geriatricii II. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015. 84 s. ISBN 978-80-8082-918-6.
- KABÁTOVÁ, O. (2012) Špecifiká komunikácie s geriatrickým pacientom In: *Diagnóza v ošetrovatel'ství*. ISSN 1801-1349. Roč. 8., č. 6 (2012), s. 7-8.
- LORIG, K., HOLMAN, H. (1993) Arthritis self-management studies: a twelve-year review, *Health Educ Q*, 20:17–28.
- MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A. Komunikácia s agresívnym pacientom s demenciou. In: *Diagnóza v ošetrovatel'ství*. - ISSN 1801-1349. - Roč. 9, č. 1, príloha 1: supplementum (2013), s. 3-4.
- NAGYOVÁ, I. (2011) Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých z pohľadu verejného zdravotníctva. In *Posilňovanie systému verejného zdravotníctva*, s. 16 – 21, Košice: Equilibria, s.r.o., 2011, ISBN: 978-80-89284-92-4.
- NEMČEKOVÁ, M. a kol. (2004) *Práva pacientov*, Martin: Osveta, 2004, 213 s. ISBN 80-8063-162-X.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. (2006) *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VÓROSOVÁ, G. a kol. (2010) *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*, Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- WAGNER EH, BENNETT SM, AUSTIN BT, GREENE SM, SCHAEFER JK, VONKORFF M. (2005) Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. *J Alteru Complement Meal* 11:\$7-S15.

Kontaktná adresa:

PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava
DP Bl. M. D. Trčku, Michalovce
Partizánska 23
07101 Michalovce
Email: lubomira.tkacova@gmail.com

Hydratácia u seniorov v zdravotníckom zariadení

PhDr. Jana Martinková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn

Hydratácia je kľúčom k udržaniu dobrej fyzickej i duševnej kondície seniora. Udržanie správnej hydratácie u seniorov je dôležitým faktorom efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Vplyvom starnutia organizmus znižuje objem vody a stáva sa rýchlejšie náchylným k poruchám hydratácie. Poruchy hydratácie ovplyvňujú fyziologické zmeny starnutia, chronické ochorenia, prístup k tekutinám a sebestačnosť. Pocit smädu je najlepším regulátorom prísunu tekutín, preto seniori majú často problém s dostatočným príjmom tekutín. Pri nedostatočnom príjme tekutín môže dochádzať k zníženej tvorbe slín, vysychaniu sliznice dutiny ústnej, bolesť hlavy, poruchy koncentrácie a zmätenosť. V tomto veku sa odporúča denný príjem tekutín od 1,5 až 2,0 litra. Nedodržanie dostatočného príjmu tekutín môže spôsobiť dehydratáciu, ktorá býva príčinou hospitalizácie seniora a zvýšeným nákladom na starostlivosť.

KLúčové slová: Senior. Hydratácia. Tekutiny. Sestra.

Výživa a hydratácia sú hlavné faktory z vonkajšieho prostredia, ktoré sa uplatňujú pri vzniku, prevencii a liečbe ochorení (Kabátová, Puteková, 2015). Príjem tekutín je veľmi dôležitý v každom veku, obzvlášť u seniorov, u ktorých dochádza k prirodzenému úbytku tekutín. Seniori majú znížený pocit smädu a preto je dôležité prijímať tekutiny i bez pocitu potreby prijímať tekutiny (Simmons et. al., 2001). Pocit smädu je najlepší regulátor prísunu tekutín, preto seniori majú často problémy s nedostatočným príjmom tekutín. Vplyvom nedostatku tekutín môže dochádzať k zníženej tvorbe slín, vysychaniu sliznice dutiny ústnej a jazyka, bolestiam hlavy, poruchám koncentrácie a zmätenosti. Dodržiavanie pitného režimu u seniorov je dôležitým faktorom udržania dobrej telesnej kondície. V tomto veku sa odporúča denný príjem tekutín medzi 1,5 až 2,0 litre. Hodgkinson et al. (2003) uvádza, že odporúčaný denný príjem tekutín u seniorov by nemal byť menší ako 1600ml/24 hodín s cieľom zabezpečiť dostatočnú hydratáciu. Denný príjem tekutín je individuálny, záleží na mnohých faktoroch, napríklad vonkajšej teplote, vlhkosti vzduchu, nadmorskej výšky, telesnej aktivity, prísunu kuchynskej soli,

horúčky a tráviacich ťažkostí (vracanie, hnačky). Prijímať tekutiny sa odporúča najviac ráno a v dopoludňajších hodinách. Nie je vhodné prijímať tekutiny počas a po konzumácii jedla. Nápoje je vhodné podávať nie príliš studené ani príliš horúce. V ľudskom organizme po 65- tom roku života dochádza k veľkým zmenám, ktoré sa týkajú vodného hospodárstva a ktoré ovplyvňujú fyziologické funkcie. Tieto zmeny vo väčšej miere ovplyvňujú viac ženy ako mužov. Nedostatočný prísun tekutín môže znižovať telesnú výkonnosť, modifikovať účinok liekov, zvyšovať riziko zápchy a infekcií močových ciest, a ovplyvňovať reguláciu telesnej teploty (Mentes, 2006). Vplyv na príjem tekutín u seniorov má i ročné obdobie. Veľmi teplé, až horúce počasie môže spôsobiť akékoľvek problémy a to najmä seniorom nad 65 rokov. Na vysoké denné teploty organizmus reaguje potením, ktorým sa ochladzuje. Potenie môžeme vnímať ako istý druh vnútornej klimatizácie, pri ktorom sa vylučuje veľké množstvo tekutín a potrebných minerálnych látok z tela. Najvhodnejšími nápojmi, ktoré v tomto období môžeme podávať sú čistá voda, minerálna voda (pri stratách solí). Vhodné je striedanie minerálnych vôd, čaju (ovocného, zeleného, bylinkového) izbovej teploty a ovocných džúsov (riedených vodou). V teplom až horúcom počasí je dôležité sa vyhýbať alkoholovým a kofeínovým nápojom, ktoré seniora veľmi dehydratujú. Nevhodné pre seniora sú i veľmi sladené a veľmi chladené nápoje. Pri teplom počasí sa odporúča vypiť 2 – 4 poháre vody každú hodinu pri telesnej aktivite a pri pobyte v klimatizovanom prostredí je nutné myslieť na stratu tekutín dýchaním suchého vzduchu a dopĺňať tekutiny zvýšeným príjmom (Simmons et al., 2001). I v chladných a zimných mesiacoch je dôležitý pitný režim u seniorov. Mnoho seniorov trávi značnú časť dňa v miestnostiach, v ktorých sa vykuruje alebo používa klimatizácia. Nevhodná a prekombinovaná skladba pitného režimu v zimnom období sa často prejaví zvýšenou únavou, nižšou výkonnosťou, bolesťami hlavy až migrénami. Ani strava seniorov v tomto období nie je vyvážená, najmä z hľadiska vodného a minerálneho zloženia. Väčšina seniorov nekonzumuje toľko ovocia a zeleniny, ako v letnom období a nemajú ani taký pocit smädu. Do pitného režimu je možné zaradiť čierne a zelené čaje i riedené ovocné šťavy.

Nedostatok tekutín u seniorov

Dehydratácia je spoločným menovateľom množstva ochorení v starobe, jej dôsledky sú veľakrát pre seniora limitujúci (Kabátová, Puteková, 2016). Nedostatok tekutín

u seniorov ohrozuje psychický i fyzický stav. Může zhoršovat zdravotný stav, ale i priebeh akútnych i chronických ochorení. Po dvoch až štyroch dňoch bez tekutín organizmus nedokáže z tela vylúčiť odpadové látky, zvyšuje sa viskozita krvi a dochádza k zlyhaniu krvného obehu. Fyziologicky organizmus stráca tekutiny potením, dýchaním, rozprávaním, ale i vylučovaním moču a stolice. Nedostatok tekutín spôsobuje akútne i chronické problémy. Akútne príznaky pri miernom nedostatku tekutín sú bolesti hlavy, únava, malátnosť, pokles fyzickej i psychickej výkonnosti, i pokles koncentrácie (Simmons et al., 2001). Mierny, ale dlhodobý nedostatok tekutín u seniorov môže spôsobiť i vážne zdravotné poruchy. Okrem bolesti hlavy a zápchy môže dochádzať k poruchám funkcie obličiek a k vzniku obličkových kameňov. Zvyšuje sa riziko vzniku infekcie močových ciest, zápalu slepého čreva i kardiovaskulárnych ochorení. Predpokladá sa i vznik iných civilizačných ochorení v súvislosti s nesprávnou životosprávu i nedostatku tekutín. Pri strate 1 – 5% tekutín, organizmus reaguje pocitom smädu, obmedzenou pohyblivosťou, stratou chuti k jedlu, únavou, zvýšenou činnosťou srdca, zvýšenou telesnou teplotou a nevoľnosťou. Stratou 6 – 10% tekutín organizmus reaguje závratmi, bolesťami hlavy, respiračným problémami, mravenčením v končatinách, poruchami rovnováhy, zvýšenou viskozitou krvi a sťaženou artikuláciou. Pokiaľ organizmus stratí 11 – 20% tekutín môžu sa objaviť kŕče, opuch jazyka, poruchy prehĺtania, nedoslýchavosť, neostre videnie, strata senzorických funkcií kože, oligúria až anúria, v najhoršom prípade i zástava obehu (Robinson et al., 2002). Pravidelná a správna konzumácia vhodných tekutín u seniora je podmienkou zvládania aktivít denného života a mobility.

Úloha sestry pri podpore príjmu tekutín u seniorov

Výživa a hydratácia hrá v starostlivosti o seniorov veľmi významnú úlohu. Správna výživa a dostatočná hydratácia ovplyvňuje celkový stav organizmu, telesnú a duševnú výkonnosť, odolnosť voči stresu, či rýchlejšie hojenie rán (Kabátová, 2016). Nedostatok tekutín je častou etiológiou morbidity a mortality u seniorov. To spôsobuje hospitalizáciu mnohých z nich. V skutočnosti je nedostatok tekutín často spojený s infekciou, a ak je infekcia prehliadnutá, úmrtnosť seniorov môže byť vyššia ako 50%. Seniori majú vyššie riziko vzniku porúch hydratácie ako mladšia populácia. Zmeny v metabolizme vody a nerovnováha tekutín v súvislosti so starnutím organizmu sú hlavnými rizikovými faktormi vzniku porúch hydratácie. Vzhľadom na to, že príjem

tekutín je stimulovaný najmä pocitom smädu a pocit smädu vekom klesá, je vek ďalším rizikovým faktorom. Všetky rizikové faktory porúch hydratácie vedú k strate samostatnosti a poruchám kognitívnych funkcií, ktoré obmedzujú prístup k tekutinám (Mentes, 2006). Úlohou sestry je zabezpečiť adekvátny príjem tekutín. Sestry a celý zdravotnícky tím by si mali byť vedomí rizikových faktorov a prvých príznakov porúch hydratácie u seniorov. Stratégie na udržanie normálnej hydratácie by mali obsahovať praktické prístupy na podporu príjmu tekutín u seniorov.

Stratégie na podporu príjmu tekutín u seniorov:

- ponúkať tekutiny pravidelne v priebehu dňa často a menšie množstvo,
- zabezpečiť tekutiny ľahko dostupné po celý deň (pri lôžku, vhodný pohár, malú fľašu...),
- povzbudzovať príjem tekutín spolu s podávaním liekov per os,
- poskytovať preferované nápoje, ponúkať v rámci možností širšiu škálu nápojov,
- zabezpečiť minimálny príjem 1,5 litra v obdobiach zvýšeného rizika porúch hydratácie,
- zaradiť do jedálneho lístka potraviny s vysokým obsahom vody (čerstvé ovocie, zeleninu a mliečne výrobky),
- obmedziť kofeínové, alkoholické a vysoko proteínové nápoje, najmä vo veľkých množstvách (majú močopudné účinky),
- sledovať prvé varovné signály nedostatku tekutín, rizikové faktory, identifikovať strach z príjmu tekutín pri inkontinencii,
- podporovať adaptáciu na zmenené životné prostredie.

Zvyšovanie povedomia seniorov, ich rodinných príslušníkov a všetkých zdravotníckych pracovníkov o potrebách, poruchách a následkov porúch hydratácie je zásadný pre prevenciu dehydratácie (Faes et al, 2007), čo môže viesť k úsporám nákladov na starostlivosť o seniorov. Dobrá hydratácia má pozitívny vplyv nie len pre seniora vo forme prevencie infekcií, tromboembolických komplikácií, podpory kognitívnych funkcií, mobility, ale aj pre zdravotnícki personál. Je významným činiteľom ovplyvňujúcim úspešnosť liečby a prognózu ochorenia hospitalizovaného seniora (Balogová, Bramušková, 2016). Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť by mala vykonávať edukáciu, ktorá u seniora je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti. Cieľom je aktivizovať seniora, získať na spoluprácu pri starostlivosti a dosiahnuť pozitívne zmeny

v životnom štýle (Tkáčová, Grešš Halász, 2016). Na to, aby sa seniorom zabezpečila kvalitná ošetrovateľská starostlivosť, musia spolupracovať všetky zdravotnícke profesie, to znamená vytvoriť ošetrovateľský tím, ktorí sa snaží o zachovanie sebestačnosti, telesnej a psychickej pohody a znovuobjavenie dobrého pocitu zo seba (Vagovičová, Puteková, 2013).

Použitá literatúra:

BALOGOVIČOVÁ, E., BRAMUŠKOVÁ, J. Podvýživa seniorov – príčiny a riziká. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: VŠZaSP sv Alžbety, DP Michalovce, 2016. s.10 – 16. ISBN 978 – 80 – 8132 – 144 – 3.

FAES, MC., SPIGT, MG., OLDE RIKKERT, MG. Dehydration in Geriatrics, *Geriatrics Aging*. 2007;10(9):590-596.

HODGKINSON, B., EVANS, D., WOOD, J. Maintaining oral hydration in older adults: a systematic review. *Int J Nurs. Pract.* 2003 Jun;9(3):S19-28.

KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. *Ošetrovateľská starostlivosť v geriatricii II* 1. vyd. - Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015. 84 s. ISBN 978-80-8082-918-6.

KABÁTOVÁ, O. Výskyt malnutriécie u hospitalizovaných seniorov. In *Florence*. 2016. ISSN 1801-464X. roč. XI, č. 5. s. 22 – 25.

MENTES, J. Oral hydration in older adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *Am J Nurs*. 2006;106:40–9.

ROBINSON, SB., ROSHER, RB. Can a beverage cart help improve hydration? *GeriatrNurs*. 2002;23:208-11.

SIMMONS, SF., ALESSI, C., SCHNELLE, JF: An intervention to increase fluid intake in nursing home residents: prompting and preference compliance. *J Am GeriatrSoc* 2001;49:926-33.

TKÁČOVÁ, L., GREŠŠ HALÁSZ, B. Výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: VŠZaSP sv Alžbety, DP Michalovce, 2016. s.445 – 451. ISBN 978 – 80 – 8132 – 144 – 3.

Korespondence:

PhDr. Jana Martinková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Email: jana.martinkova@truni.sk

Modifikujúce faktory účasti žien na prevencii rakoviny krčka maternice na Slovensku

PhDr. Alena Uríčková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn:

Napriek tomu, že výhody skríningu rakoviny krčka maternice sú uverejnené v mnohých publikáciách, zostáva stále veľa žien, ktoré sa nezúčastňujú na skríninových programoch. Aj keď je snahou mnohých krajín po celom svete zamedziť zdravotným dopadom rakoviny krčka maternice, väčšina pokusov stále stroskotáva. Slovensko je z hľadiska prevencie rakoviny krčka maternice na 34. mieste z krajín OECD, teda na samom chvoste. Práca analyzuje faktory: vzdelanie, vek, pohlavie, sociálnu rolu, kultúru, financie, dostupnosť, vnímanie zdravia, vedomosti, ktoré ovplyvňujú postoje žien k prevencii a skríningu.

KLúčové slová: Rakovina – Krčok maternice – Skrínig – Health Belief Model – Modifikujúce faktory.

MODIFYING FACTORS OF WOMEN PARTICIPATION IN PREVENTION OF CERVICAL CANCER IN SLOVAKIA

Summary:

Although the benefits of cervical cancer screening are disclosed in many publications, many women still remains, not involved in screening programs. Although the effort of many countries around the world is to prevent health impacts of cervical cancer, most of them are still unsuccessful. Slovakia is, from cervical cancer prevention, at 34th place within OECD countries, that is, at the very tail. The work analyses the factors: education, age, gender, social role, culture, finance, availability, health perceptions, knowledge, attitudes that affect women's access to prevention and screening.

Key words: Cancer – Cervix – Screening – Health Belief Model – Modifying Factors

Úvod:

Karcinóm krčka maternice je jedným z najrozšírenejších nádorových ochorení na svete. Na celom území Európy sa každý rok karcinóm krčka maternice diagnostikuje u 60 000 žien a 30 000 z nich na toto ochorenie umiera, pričom v akomkoľvek časovom okamihu žije na svete viac ako 225 000 žien s karcinómom krčka maternice. Parkin a Bray (2006) odhadujú, že do roku 2020 stúpne celosvetová prevalencia karcinómu krčka maternice až o 40 %. Vo výskyte karcinómu krčka maternice sú medzi jednotlivými krajinami EÚ značné rozdiely. Odborníci sa už dlho snažia nájsť vhodný postup, ktorý by najlepšie identifikoval rozhodujúce premenné a modifikujúce faktory prevencie v rámci rakoviny krčka maternice. Slovensko je z hľadiska prevencie rakoviny krčka maternice na 34. mieste z krajín OECD, teda na samom chvoste.

Metodika:

Pri sledovaní rozhodujúcich premenných v oblasti prevencie sme vychádzali z modelu postoja k zdraviu „Health Belief Model“. Štúdie sa zúčastnilo 792 žien vo veku od 14 do 83 rokov z celého Slovenska. Údaje sme zozbierali v dvoch zariadeniach a pomocou online dotazníka. Dotazník obsahoval 63 otázok. Jednotlivé položky v otázkach boli zamerané na získanie demografických ukazovateľov, na vedomosti o rakovine krčka maternice a postoje žien k prevencii. Získané dáta sme kategorizovali a štatisticky vyhodnotili programom SPSS 17.0. Pre porovnanie získaných údajov sme použili materiál spracovaný v databázach EBSCO, Web of Knowledge, Ebrary, PubMed, ProQuest, BioMed Central.

Výsledky:

Skúmaním sa dospeli sme k záveru, že medzi vekom a postojom žien ku gynekologickým preventívnym prehliadkam existuje *súvislosť* (*p*-hodnota 1,64E-15). Mladšie ženy v porovnaní s ostatnými vo väčšej miere nechodia vôbec na preventívne prehliadky. Z výsledkov výskumu konštatujeme, že absolvovanie pravidelných gynekologických prehliadok *súvisí* s pracovnou pozíciou žien (*p*-hodnota 3,5E-09). V oblasti zdravotníctva sme zistili, že až 22% žien nechodí na prevenciu. Absolvovanie pravidelných gynekologických prehliadok *nesúvisí* ani s veľkosťou domácnosti žien (*p*-hodnota 0,090). Medzi mierou poznania dôležitosti cytologického vyšetrenia a jeho absolvovaním existuje *súvislosť* (*p*-hodnota 3,79E-15). Zistili sme *súvislosť* medzi

hodnotením promiskuity ako rizikového faktora rakoviny krčka maternice a absolvovaním preventívnych prehliadok (*p-hodnota 2,73E-10*). V rámci postojov sme zistili, že ani tak závažná udalosť, ako je smrť blízkej osoby na rakovinu krčka maternice nemá vplyv u žien na zmenu postoja k prevencii a skríningu rakoviny krčka maternice (*p-hodnota 0,794*). Časový faktor, hanba, odkladanie preventívnej prehliadky na "zajtra", ale aj strach, nedôvera k poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti sú niektoré z dôvodov, ktoré sa podieľajú na neúčasti 224 žien zo vzorky na pravidelných preventívnych prehliadkach.

Diskusia:

Z analýz prác bolo zistené, že prevažne staršie ženy, ženy s nižším socioekonomickým statusom a vydaté ženy sa na skríningu rakoviny krčka maternice zúčastňujú menej než ostatné. McGarvey et al., (2003) skúmali postoje žien v účasti na skríningu z troch etnických skupín a zistili, že kambodžské ženy pokladajú indikáciu skríningu vzhľadom na vyšší vek a absenciu sexuálnych aktivít u žien za zbytočnú aktivitu. Autori Olaniyan et al. (2000)., Udigwe (2006) a Ayinde et al. (2004), uvádzajú nízku úroveň skríningu medzi ženami pracujúcimi v zdravotníckych zariadeniach. V mnohých štúdiách vedci zistili ako hlavné prekážky skríningu rakoviny krčka maternice strach z pozitívneho výsledku, rozpaky, bolesť, postoje zdravotníckych pracovníkov. Strach, že abnormálne výsledky testov znamenajú existujúcu rakovinu sa objavuje ako prekážka skríningu vo výskumoch Winklera et al. (2008), Abdullahi et al. (2009). Leyva et al. (2006) upriamujú pozornosť nielen na obavy žien z bolesti, ale aj na strach a neúčasť z dôvodu nepohodlia a hanby.

Záver:

Pre efektívny skríning je nevyhnutná identifikácia a riešenie bariér, ktoré môžu byť prekážkou efektívneho skríningu. Je potrebné zabezpečiť koordináciu služieb, zvýšiť povedomie žien o rakovine krčka maternice. Napriek poznaniu, že konkrétny spôsob aktivity môže znížiť zdravotné ohrozenie, treba mať na pamäti, že na správanie človeka môže stále vplývať aj jeho nerozhodnosť. Na strane druhej sú dôležité vedomosti, ktoré sú považované za významnú premennú pre úspech skríningu rakoviny krčka a účasť žien na skríningu. V oblasti boja za zníženie nádorových ochorení sa preto výchovné pôsobenie sestry a pôrodnej asistentky ukazuje ako veľmi dôležité.

Zoznam literatúry:

- ABDULLAHI, A. - COPPING, J. - KESSEL, A. - LUCK, M. - BONELL, C. (2009) Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *In Public Health*, 2009, 123 (10):680-5
- AYINDE, O. A. – OMIGBODUN, A. O. – ILESANMI, A.O. (2004) Awareness of cervical cancer, papanicolaou's smear and its utilisation among female undergraduates in Ibadan. *In Afr J Reprod Hlth*, 2004, 8:68-80
- LEYVA, M. - BYRD, T. - TARWATER, P. (2006) Attitudes towards cervical cancer screening: A study of beliefs among women in Mexico. *In Californian Journal of Health Promotion*, 2006, 4(2):13-24
- MCGARVEY, E.L. - CLAVET, G.J. - JOHNSON, J.B. - BUTLER, A. - COOK, K.O. - PENNINO, B (2003) Cancer Screening Practices and Attitudes: Comparison of Low-income Women in Three Ethnic Groups. *In Ethnicity & Health*, 2003, 8(1):71-82
- OLANIYAN, O.B. - AGBOGHOROMA, O.C. - LADIPO, O.P (2000) Knowledge and practice of cervical screening among female health workers in government hospitals in Abuja metropolis, Nigeria. *In Trop J Obstet Gynaecol*, 2000, 17:18-20
- PARKIN, D.M. - BRAY, F (2006) Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. *Vaccine*, 2006, 24(3):11-25
- UDIGWE, G.O. (2006) Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (Pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *In Niger J Clin Pract*, 2006, 9(1):40-43

Korespondence:

PhDr. Alena Uríčková, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva
Trnavská univerzita v Trnave
alena.urickova@truni.sk

Hygienické umývanie rúk zdravotníckych pracovníkov v Poľsku

Krystyna Mizerska, Adrianna Kosior – Lara
Akademia Polonijna w Czestochowie

Súhrn:

Mikroorganizmy zodpovedné za nozokomiálne infekcie sa prenášajú hlavne prostredníctvom rúk zdravotníckych pracovníkov. Najdôležitejším faktorom pri prevencii šírenia nozokomiálnych infekcií je všeobecne uznávaná hygienická dezinfekciu rúk.

Hygienická dezinfekcia rúk by mala byť použitá ako metóda prvej voľby pre každého zdravotníckeho pracovníka, ošetrojúce osoby, pretože je účinná proti baktériám, než umývanie rúk. WHO ako najdôležitejším prvkom v prevencii nozokomiálnych nákaz uvádza hygienu rúk, ale v praxi sa ukázalo, že viac ako polovica pracovníkov v zdravotníctve majú ťažkosti pri plnení svojich príslušných povinnostiach na rôznych úrovniach.

Výskyt nozokomiálnych infekcií môže znížiť používanie odporúčania pre hygienu rúk. Použitie postupov týkajúcich sa procesu hygienickej dezinfekcie rúk, môže znížiť výskyt nemocničných infekcií až o 50%. Takže by sme sa nemali pýtať: "Je hygiena rúk efektívna?" ale "Ako sa riadime hygienických odporúčaní zdravotníckych pracovníkov,, pokiaľ ide o hygienu?"

Kľúčové slová:

Hygiena. Dezinfekcia rúk. Zdravotnícki pracovníci.

Hygienické umývanie rúk u zdravotníckeho personálu v Poľsku

Hygienická dezinfekcia rúk je dôležitým prvkom pri preventívnych opatreniach, ktorých cieľom je obmedziť šírenie nozokomiálnych infekcií, a zároveň chránenie nemocničného personálu proti patogénnym mikróbov. Znalosť techník hygienických postupov je základným prvkom v každej organizačnej jednotke v nemocnici (Tarka, 2010). Podľa pokynov WHO, musí byť hygienická dezinfekcia rúk vykonaná presne v mieste poskytovania starostlivosti. Z tohto dôvodu by mali byť dezinfekčné prostriedky na hygienu rúk ľahko dostupné a prístupné i v mieste starostlivosti o pacienta. Dezinfekčné prostriedky na hygienu rúk by mali byť k dispozícii v mieste poskytovania starostlivosti, zdravotnícky personál musí byť schopný umyť alebo dezinfikovať si ruky pri každom opúšťaní pacienta. Efektívna hygiena rúk je možné iba v prípade, ak zdravotníci

pracovníci sú si vedomí toho, kedy a v akom poradí si umývajú alebo dezinfikujú ruky. Indikácie k hygiene rúk, WHO definuje päť najdôležitejších situácií hygiene rúk. K indikáciám na hygienu rúk dochádza, ak zdravotnícki pracovníci sa presúvajú od jedného pacienta k druhému pacientovi, alebo zo zdravotníckej časti k pacientovi a naopak. prípadne pri kontakte s telesnými tekutinami (Tarka, 2010, Grzesiowski, 2013). Poľsku doteraz boli hodnotené dodržiavania hygiene rúk hlavne pomocou prieskum alebo analýzy použitia mydla a prípravy na dezinfekciu rúk. WHO odporúča používanie priameho pozorovania, ako "zlatý štandard" pri sledovaní dodržiavania hygiene rúk (Grzesiowski, 2013). V niektorých nemocniciach začali pozorovacie audity, ktoré tiež sponchybníť analýzu preferencií zamestnancov pri výbere umývania alebo dezinfekcie rúk. V máji 2013 po prvýkrát na konferencii Centra pre kvalitu v zdravotníctve boli prezentované výsledky zhrnutia pilotnej fázy programu WHO "Hygiena rúk je bezpečná starostlivosť." Analýzy dát o spotrebe mydla a umývaní rúk z 30 nemocníc v Poľsku ukázali, že je výhodné umývanie rúk zdravotníckeho personálu, pretože používanie mydla na umývanie rúk zdravotníckeho personálu v nemocnici činil 120 ml, a 60 ml prostriedku na dezinfekciu rúk. V prípade údajov z jednotlivých oddelení, najmä na oddeleniach intenzívnej starostlivosti spotreba mydla predstavovala 130 ml na jedného pacienta v porovnaní s 160 ml dezinfekcia prostriedku (Grzesiowski, 2013).

Vzhľadom k tomu, že zdravotnícki personál preferuje umývanie rúk, čo je v rozpore s odporúčaniami, je potrebné podporovať dezinfekciu rúk, ako štandardnú prax. Počas tréningu by sa malo preukázať výhody použitia prípravku na dezinfekciu rúk, medzi ktoré patria: vysoká účinnosť (čím kratší čas potrebný na vykonanie hygiene rúk a lepšiu toleranciu na pokožku rúk (Grzesiowski, 2013, Markiewicz, 2012).

V prospektívnej, randomizovanej štúdie, došlo k priemernému zníženiu bakteriálnej kontaminácie rúk zdravotníckych pracovníkov. Pri používaní uvedených prípravkov bola významne zlepšená dezinfekcia, používali sa 3 ml až 5 ml prípravku na dezinfekciu rúk (45% 2-propanol, 30% 1-propanol a 0,2% mecetronium etyl suplhat) v porovnaní s umývaním rúk (chlorhexidinglukonát 4%) v priebehu bežnej starostlivosti o pacienta (83% oproti 58%; $p = 0,012$, v prospech dezinfekčných prostriedkov) (Grzesiowski, 2013).

Používání dezinfekčních prostředků na dezinfekci ruk si vyžaduje méně času v porovnání s umýváním ruk. Zdravotníci pracovníci s použitím prostředků pro dezinfekci si mohou dezinfikovat ruky přímo na místě starostlivosti, což šetrí čas protože si nemusí chodit umývat ruky na ambulanci a vracet se naspět k pacientovi (Drzewiecki, 2012). Hygiena ruk je efektivnější a účinnější, ak pokožka zdravotnických pracovníků je zdravá, nemá poranění, sú udržované krátke, prírodné a nenalakované nechty a ruky a predlaktia sú odkryté a bez šperkov (Drzewiecki, 2013). Asi 30% všetkých nozokomiálnych infekcií je exogénneho pôvodu, alebo sa na ich vzniku podieľajú mikroorganizmy, ktoré boli získané z nemocničného prostredia. Hlavným vektor prenosu sú ruky zdravotnických pracovníkov, ktorí sú zodpovední za drvivú väčšinu prenosu infekcie (Sierocka, 2010). Mikroorganizmy, ktoré majú veľmi krátku dobu k replikácii (v priaznivých podmienkach sa jedna bakteriálna bunka delí každých 20-30 minút) (Fleischer) je tiež v závislosti na mikroorganizme, môže veľmi dlhú dobu žiť na rôznych povrchoch, napr. Salmonella typhimurium dokonca až do 50 mesiacov. Už len jeden kontakt rúk zdravotníckeho personálu s kontaminovaným povrchom v prípade Escherichia coli, Salmonella spp, Staphylococcus aureus bude mať prakticky 100% za následok kontamináciu povrchu (Ciuruś, 2009). Mikroorganizmy získané zo životného prostredia sa môžu nachádzať na koži, vytvárajú prechodnú flóru a stávajú sa prechodným kontaktom s mikroorganizmami. Veľmi často medzi nemocničným personálom sa vyskytujú patogénne mikroorganizmy.

Pre zlepšenie dodržiavania požiadaviek zo strany zdravotníckeho personálu na dezinfekciu rúk doporučujeme:

- súčasťou vzdelávacieho programu WHO odporúčania používať dezinfekčné prostriedky, ako štandardná prax, rovnako ako výhody používania prípravku na dezinfekciu rúk,
- zvýšiť dostupnosť postupov na dezinfekciu rúk na oddelení,
- pravidelne sledovať dodržiavanie hygieny rúk prostredníctvom priameho pozorovania a odovzdať výsledky jednotlivých oddelení.

Použitá literatúra:

Ciuruś M. J.: „Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia”, Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. z o. o., Warszawa 2009.

Drzewiecki A. Błędy pozwanych jednostek ochrony zdrowia w sprawach o zakażenia szpitalne. Libra PL, Rzeszów 2012. 23.

Drzewiecki A. Problematyka błędów farmakoterapii zakażeń w opiniach sądowo-lekarskich błędów farmakoterapii zakażeń w opiniach sądowo-lekarskich. Kon-Tekst, Kraków 2013. 24.

Fleischer M., Gheek-Bober B.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego, Wydanie II poprawione i uzupełnione, Wydawnictwo Medyczne Urban &Partner.

Grzesiowski, P. "Program WHO Higiena Rąk to Bezpieczna Opieka" Podsumowanie Etapu Pilotażu. dostępne na <http://www.cmj.org.pl/clean-care/relacja-2013-05-20.php>.

Markiewicz M. Globalne wyzwanie: Rosnące koszty służby zdrowia. Puls Medycyny 2014 (279), 4,5. 21. Deptuła A., Hryniewicz W., Rada Unii Europejskiej w sprawie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków – NPOA, 2012,1,1–3. 22.

Sierocka A. Cianciara M. Monitorowanie zakażeń szpitalnych, Probl Probl. Hig. Epidemiol.2010;91:323–328.

Tarka P.; Higieniczna i chirurgiczna dezynfekcja rąk – normy europejskie, ochrona skóry rąk. Zakażenia 2010; 6: 14-20.

Korespondence:

PhD z zdr Krystyna Mizerska, PhD

M. Sc. Adrianna Kosior-Lara

Oddelenie Interdisciplinárny

Inštitút pre zdravie a ošetrovatelstva

Akademia Polonijna w Częstochowie

Email: krisha@o2.pl a a.lara@ap.edu.pl

Dlouhá cesta k modernímu ošetřovatelství, aneb co vše lze zvládnout za jeden rok na NIP / DIOP

Mgr. Soňa Hájková, Mgr. Kateřina Milotová

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Přednáška načrtne problematiku dlouhodobé intenzivní péče v celé její komplexnosti a širokým spektrem pacientů. Kazuistika dokreslí pohled na možnosti, kterých lze dosáhnout u pacienta po kraniocerebrálním poranění v rozmezí jednoho roku hospitalizace.

Klíčová slova:

Chronická resuscitační/intenzivní péče. Tracheostomie. Pacient. Sestra.

Summary:

The lecture will outline the issue of long-term intensive care in all its complexity and broad spectrum of patients. Casuistry illustrate view of the possibilities that can be achieved in the patient after craniocerebral injury within one year of hospitalization.

Key words:

Chronic resuscitation/intensive care. Tracheostomy. Patient. Nurse.

Dlouhodobá intenzivní péče po zvládnutí akutního stavu

S rozvojem život zachraňujících úkonů, s vývojem techniky a medicíny, zdravotnická síť přizpůsobila potřebu návaznosti z lůžek akutní medicíny na lůžka dlouhodobě (chronické) resuscitační a intenzivní péče. Jedná se o zdravotnická lůžka, kdy stav pacienta vyžaduje několikrát násobně delší čas na rekonvalescenci, vzhledem k neschopnosti pacienta spontánně dýchat – ventilodependenci.

Obr.1 NIP/DIOP



Za nejčastější příčiny ventilodependence jsou považovány CHOPN, protražovaný pooperační průběh s orgánovým selháváním, stav po těžkých koronárních a cévních mozkových příhodách, traumata páteře s vysokou lézí míšní, traumatické či netraumatické krvácení do mozku s těžkým anoxickým poškozením, pacienti po dlouhodobé resuscitaci.

Pod vedením docentky Drábkové vzniká první oficiální oddělení OCHRIP (Oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče) v FN Motol v roce 1998, kdy byl vydán legislativní podklad vyhláškou MZ ČR. Projekt se osvědčil a zařadil se do systému péče o dlouhodobě nemocné se složitým dlouhodobým klinickým průběhem. V roce 2015 se oddělení rozšířilo o lůžka dlouhodobé ošetrovatelské péče, změnil se název na pracoviště Následné intenzivní péče – NIP (10 lůžek) a DIOP – dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (20 lůžek). Oddělení NIP/DIOP slouží i jako výukové centrum pro studenty.

Obr. 2 docentka Drábková

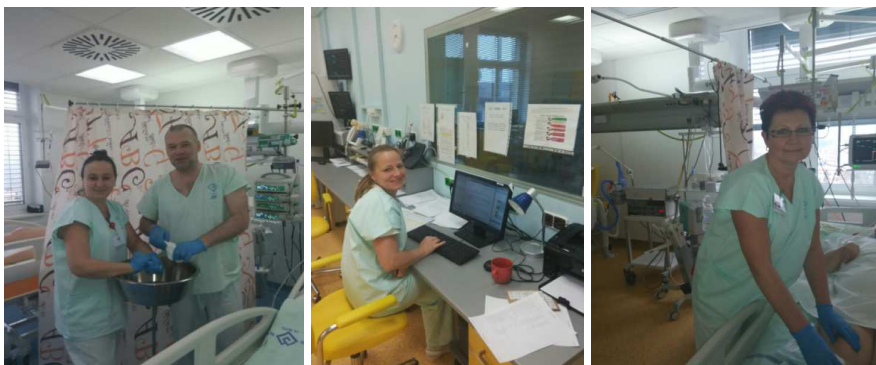


Úkoly sestry v dlouhodobém (chronickém) resuscitačním a intenzivním ošetrovatelství zahrnují péči o tracheostomované pacienty v závažném zdravotním stavu s nutností umělé plicní ventilace a o pacienty spontánně dýchající s nutností ponechání

tracheostomické kanyly. Požadavkem na sestru je tedy znalost a dovednost v resuscitační a intenzivní péči. Sestra je členem týmu, který zajišťuje pacientům individuální terapii a péči vzhledem k základní diagnóze. Tým je složen z ošetřujícího lékaře, sester, ošetřovatelů a pomocného personálu. Nedílnou součástí je fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, nutriční poradce, klinický psycholog. Pacient je na oddělení hospitalizován týdny, měsíce a někdy i roky

a sestra využívá své schopnosti pro vytvoření vzájemné důvěry v každodenní péči i při komunikaci s rodinami. Stává se tedy prostředníkem mezi pacientem, rodinou, lékařem a ostatními členy týmu.

Obr. 3, 4, 5 Práce na oddělení NIP/DIOP



Vybavení oddělení odpovídá jednotkám poskytující akutní intenzivní péči. Zahrnuje dýchací přístroje, resuscitační lůžka, lineární dávkovače, infuzní pumpy, monitory pro sledování základních životních funkcí, elektrické odsávačky, enterální pumpy. Personál pracuje s jednorázovými pomůckami s přísným dodržováním bariérové ošetrovatelské péče. Cílem je minimalizovat počet invazivních vstupů a docílit co nejvíce možné soběstačnosti pacienta vzhledem k jeho prognóze, stavu a možnostem.

Obr. 6 Lůžko na NIP/DIOP



Strategie léčby spočívá v obnovení spontánního dýchání, kdy během hospitalizace na oddělení probíhá weaning. Jde o postupné snižování podpory umělé plicní ventilace.

Pokud však i přes všechnu snahu pacient není schopen spontánní ventilace, je možnost umístění do domácí péče s DUPV (domácí umělá plicní ventilace). Podmínkou je ovšem vytvoření vhodného sociálního zázemí a edukace rodiny, jelikož pacient je odkázán na své okolí.

Uspokojování potřeb pacientů v chronické intenzivní resuscitační a dlouhodobé ošetrovatelské péči je zejména dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost. V rámci výživy se využívají všechny dostupné alternativy pro její příjem. Perorální příjem je upřednostňován s možností objednání stravy v dietním systému. Výhodou je nabídka výběrové diety. K dispozici jsou enterální přípravky aplikovány nasogastrickou, jejunální sondou či pomocí PEGu, podávané bolusově či kontinuálně. Soběstačnost pacienta je podporována v rámci denních aktivit při toaletě, stravování, rehabilitaci, kdy jsou zajištěny odpovídající kompenzační pomůcky. Edukace a zapojení rodinných příslušníků do celkového léčebného procesu má zásadní roli. Toto vše má pozitivní vliv na psychickou pohodu pacienta. Velká pozornost je věnována manažmentu bolesti, zajištění spánku a odpočinku, vytvoření pocitu bezpečí. Každá činnost je závislá na aktuálním zdravotním stavu, individuální kondici a fyzické zdatnosti ze strany pacienta.

Obr. 7 Plicní ventilátor



Obr. 8 Plicní ventilátor pro DUPV



Snahou práce v následné intenzivní péči a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péči je zajistit co nejvyšší možnou kvalitu života a najít novou perspektivu každého jedince.

Kazuistika

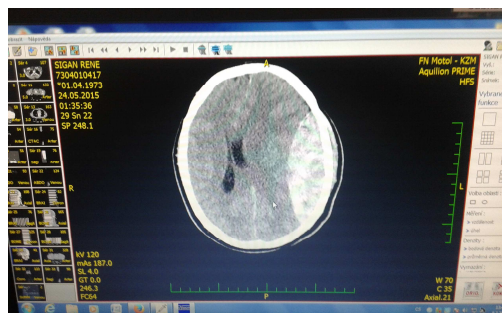
Pacient R.S. narozen 1973, trvalé bydliště v Praze, majitel pizzerie, ženatý dvě děti. Slavil výhru amatérského fotbalového klubu. Pád v ebrietě ze čtyř betonových schodů na fotbalovém hřišti 23.5. 2015 okolo 22:00 hodin. Zjevně pod silným vlivem alkoholu. Přítomnými nijak nešetřen, nepřivolána RZS, žádné známky vnějšího zranění. Asi po půl hodině povolána manželka, aby manžela odvezla domů vozem, neschopen chůze. Stav prisuzován silné opilosti. Doma R.S. popisuje silnou až nesnesitelnou bolest hlavy s obloukovitým zvracením. Přivolána RZS, transport do FN Motol.

Po převozu do FNM provedena veškerá vstupní vyšetření, včetně hladiny alkoholu v krvi (hodnota kolem 3 promile), CT mozku prokázalo epidurální krvácení s kontuzními ložisky a posunutím středočarových struktur. Neurochirurgicky ošetřen ve FN Motol, EDH FTP sin., z kraniotomie ICP čidlo. Stav posouzen jako počínající perzistentní – vegetativní stav s kvadruparézou s pravostrannou převahou. Pooperační péče zajištěna na KARIM v celém rozsahu resuscitační péče. Vzhledem k nutnosti dlouhodobé intenzivní péče a z pohledu budoucí délky hospitalizace byl pacient přeložen 26.6. 2015 na NIP/DIOP ve FNM.

Obr. 9 CT mozku



Obr. 10 CT mozku 2



Po překlada postupné odpojování od ventilátoru s nastolením nejprve podpůrných ventilačních režimů. Stav vědomí velmi nepříznivý, vše nasvědčuje známám apalického syndromu, GCS 5-6, požvykuje, zívá, na výzvu nevyhoví. Minimalizace invazivních vstupů. Ponechána TSK, epicystostomie, PEG, PŽK. Denní návštěvy manželky. Rodina edukována o možnostech bazální stimulace, vše pečlivě plní a dodržuje. Postupný kontakt s okolím, známky prvních příznaků vnímání, dokáže na výzvu mrknout, jazyk zatím nepláží. Při pouštění nahrávky na mobilu se vzkazem od mladšího syna 5 let - R.S. pláče. Nutnost zvládnutí tachykardií při emočním vypětí

pacienta. Dne 14.7. 2015 odpojen od ventilátoru, spontánní ventilace přes Ayreho -T s příkonem kyslíku 4l/min

Obr. 11 ilustrační foto



V období od příjmu pacienta na NIP/DIOP velmi pomalé, postupné zlepšování vědomí GCS 12, kvadruspasticity a celkového stavu. Znamky tracheální stenózy, TSK nutno zatím ponechat. Podpora multioborová spolupráce s ergoterapií, fyzioterapeuty, psychologem přinesla výsledky. Neopomenutelná je velmi dobrá spolupráce s rodinou. Pacient denně navštěvován rodinou, známými a kamarády, kteří hledají různé možnosti pomoci. Velmi pomalý přechod k běžným denním aktivitám, které pacient pomalu zvládá s dopomocí postupně sám... příjem potravy p.o., do PEGu pouze doplnění nočním krmením pro získání požadovaného množství bílkovin. Návlek sebeobsluhy, zvládnutí vyprazdňování, pomoc při přesunu z lůžka do křesla, celková mobilita pacienta, dechová rehabilitace, komunikace s fonační chlopní. Postupné zlepšování kognitivních funkcí - krátkodobé a dlouhodobé paměti. Příznivě se vyvíjející stav umožňuje výjezdy pacienta s rodinou za dobrého počasí pod dohledem ošetřující sestry ven. Celková délka hospitalizace více jak jeden rok, kdy velmi emočně náročným obdobím byly vánoční svátky.

Obr.12 R.S. s dětmi



Obr. 13 CT stenózy trachey



Nutností se stalo řešení stenózy trachey, byly prováděny opakované bronchoskopie. Posléze byl pacient indikován k operačnímu řešení stent nebo resekce trachey.█

Dne 25.4. 2016 pacient přeložen na JIP III. chirurgické kliniky ve FNM k další léčbě.

Dne 27.4. 2016 provedena resekce trachey pro stenózu s následným pooperačním stridorem, den poté indikován k revizi rány s videobronchoskopií. Zaveden biodegradabilní stent ELLA, 50x20mm s fixací. V dalším průběhu intermitentně obtíže s odkašláváním. Po dohodě dne 2.5. přeložen zpět na DIOP. Bolest na stupnici VAS udává 1 z 10. Podezření na částečnou obstrukci dýchacích cest, nutná bronchoskopie v CA, zjištěno rozvláknění stentu . Na jednotlivých vláknech ulpělé sputum, které obturují dýchací cesty. Původní stent extrahováno, vyměněn za T tubus. Návčik odkašlávání, výrazný důraz je kladen na toaletu dýchacích cest, dechovou rehabilitaci. Ke konci června podána žádost o přeložení pacienta na rehabilitační kliniku FN Motol, které bylo vyhověno.

Literatura

DOSTÁL, P. a kol. 2005. Základy umělé plicní ventilace. Praha : Grada Publishing 2007. 292 s. ISBN 80-7345-059-3

DRÁBKOVÁ, J. [online] 2001 [cit. 2012-02-19]. Ošetrovatelská péče pacientů v chronické resuscitační a intenzivní péči. Dostupné na: http://www.medicina.cz/odborne/clanek.dss?s_id=3964&s_ts=39830,705

DRÁBKOVÁ, J. 2008. Dlouhodobá/chronická resuscitační/intenzivní péče. Postgraduální medicína. Praha 2008, roč. 10, č. 4. ISSN 1212-4184

Kontaktní adresa:

Mgr. Soňa Hájková, v.s., Mgr. Kateřina Milotová, DiS.

KARIM – NIP/DIOP, FN Motol

V Úvalu 84, Praha 5, 150 00

Email: sona.hajkova@fnmotol.cz,

katerina.milotova@fnmotol.cz

Anestéziologie a intenzivní medicína v současnosti na Slovensku z pohledu sestry specialistky

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.^{1,2}, PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, dipl. s.², PhDr. Andrea Bratová, PhD.²

¹ Detské kardiocentrum, OAIM, NÚSCH a. s., Bratislava

² Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

Abstrakt:

Anestéziológia a intenzívna medicína je odbor zdravotnej starostlivosti, ktorý sa venuje anestetickú a intenzívnu starostlivosti o kriticky chorých pacientov. Výkon tejto starostlivosti má charakter silnej multidisciplinárnej spolupráce. Povolanie sestry má v tomto tíme nezastupiteľnú úlohu. Turbulentný celospoločenský vývoj neobchádza ani tento špecializovaný odbor, teda ani intenzívnu a anestetickú ošetrovateľskú starostlivosť. Vývoju podliehajú aj legislatívne normy, ktoré treba zosúladiť s praxou v kontexte s demografickým vývojom spoločnosti súčasným vzdelaním sestier s prihliadnutím na ošetrovateľstvo zamerané na dôkazoch a samotný výskum.

Kľúčové slová:

Sestra. Anestéziológia a intenzívna starostlivosť. Kompetencie. Vzdelávanie. Zmeny.

Úvod

Sestra pri výkone ošetrovateľskej praxe je povinná riadiť sa legislatívnymi normami, ktoré majú zabezpečiť poskytovanie bezpečnej starostlivosti o pacienta. Musí mať vytvorené také pracovné podmienky, aby mohla kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť poskytovať na požadovanej úrovni. Mnohé z týchto noriem sa nemenili už viac ako desaťročie, popritom napredoval celospoločenský vývoj odboru ošetrovateľstvo, došlo k zmene demografického vývoja, prístupu k novým technológiám, pracovným postupom, kvalitatívne iné vzdelanie zdravotníckych pracovníkov. Zákonite prax prebehla legislatívu, ktorá nestihla reflektovať na požiadavky zdravotnej starostlivosti. Je potrebná úprava viacerých právnych noriem, ktoré sa dennodenne dotýkajú ošetrovateľskej praxe sestry v odbore anestéziológia a intenzívna medicína.

Ošetrovateľská prax podľa zákona predstavuje poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci neodkladnej zdravotnej starostlivosti, prevencie, diagnostiky, liečby a dispenzarizácie. Rozsah praxe sestry na Slovensku vymedzuje **Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z.**, v ktorej je uvedené, ktoré činnosti sestra vykonáva samostatne, na základe ordinácie lekára a v spolupráci s lekárom. Ako profesionálka teda musí pri svojej práci vykonávanej metódou ošetrovateľského procesu zosúladiť uvedené výkony s požiadavkami praxe. Súčasnosť ukazuje, že uvedená vyhláška je pre prax nevyhovujúca, doslova dostáva sestry do právnych lapsusov. Absentujú kompetencie sestier špecialistiek reflektujúce na potreby praxe. Z toho dôvodu je potrebná nová právna úprava kompetencií sestier, kde by sa zohľadnili vedomosti a skúsenosti aj sestier špecialistiek, s prihliadnutím na rozdielne vzdelanie a kopírovali trendy krajín, v ktorých vzdelanie sestier je využité v prospech pacienta a je ekonomickým prínosom nielen pre poskytovateľa ale i celú spoločnosť. Slovenská legislatíva priamo neupravuje kompetencie sestier špecialistiek (Vyhláška č. 364/2005).

Nariadenie Vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z., o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializovaných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, v znení neskorších predpisov identifikuje: „Sestra, ktorá získala odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností, samostatne vykonáva špecializované pracovné činnosti podľa akreditovaného špecializačného študijného programu príslušného špecializačného odboru spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou, ochranou, podporou a udržiavaním zdravia a špecializované pracovné činnosti v oblasti výchovy k zdraviu, vzdelávaniu a výskumu spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti“ (Nariadenie Vlády SR č. 296/2010, Z. z.). Ukazuje sa potreba zosúladenia špecializačného študijného programu Anestéziológia a intenzívna starostlivosť s vyššie spomínaným Nariadením Vlády SR a vytvorenia kompetencií sestier špecialistiek.

Ďalší legislatívny dokument: **Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína** je podľa nášho názoru založený na pozorovaní praxe, tiež nevyhovujúci. Nerieši mnohé aspekty, ako napríklad absenciu trvalej

prítomnosti sestry pri lôžku pacienta obdobne ako je to u lekárov. Ďalej v koncepcii absentujú kvalifikačné predpoklady pre výkon funkcie vedúcej sestry manažujúcej ošetrovateľskú starostlivosť na pracoviskách anestéziológie a intenzívnej medicíny, v praxi absentuje hlavný odborník pre anestéziológiu a intenzívnu starostlivosť MZ SR. Uvedené skutočnosti je potrebné riešiť aj v súlade s postavením ošetrovateľstva v odbore a existujúcou vzdelanostnou úrovňou sestier (Konceptia, 2007).

Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 576/2004, Z. z. o zdravotnej starostlivosti umožňuje komore spolupracovať s príslušným orgánom štátnej správy pri výkone dozoru nad dodržiavaním podmienok na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení. Minimálne personálne obsadenie pracovísk nevynímajúc. Konkrétne je v zákone uvedené, že komora v rámci svojich úloh: a) „spolupracuje s príslušným orgánom štátnej správy pri výkone dozoru nad dodržiavaním podmienok na prevádzkovanie zdravotníckych zariadení, b) spolupracuje s ministerstvom zdravotníctva, s profesiovými združeniami a občianskymi združeniami, odbornými spoločnosťami, vzdelávacími ustanovizňami a s ďalšími právnickými osobami a fyzickými osobami v zdravotníctve a s príslušnými orgánmi členských štátov vo veciach súvisiacich s výkonom zdravotníckeho povolania“ a tiež: „zúčastňuje sa na tvorbe všeobecne záväzných právnych predpisov súvisiacich s výkonom zdravotníckeho povolania a s poskytovaním zdravotnej starostlivosti“. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek je jednou zo stavovských organizácií zriadených zákonom s vyššie spomenutými právomocami (Zákon č. 576/2004). Aj Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore anestéziológia a intenzívna medicína z roku 2007 uvádza, že kontrolu kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti v odbore AIM vykonáva hlavný odborník spolu s krajskými odborníkmi a stavovskými organizáciami (Konceptia, 2007). V praxi chýba metodické usmernenie v ktorých oblastiach by mali prebiehať kontroly a aké kompetencie by mali mať stavovské organizácie pri týchto kontrolách. Najbolestivejšou oblasťou kontroly, ktorá sa najčastejšie porušuje je dodržiavanie minimálneho personálneho zabezpečenia jednotlivých pracovísk anestéziológie a intenzívnej medicíny.

Demografický vývoj ukazuje na starnutie populácie, čo so sebou nesie nárast ochorení, úrazov a následne zvýšené nároky na zdravotnú starostlivosť (ICN, 2012a). Vývoj ekonomických zdrojov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti zrejme nepokryje

požiadavky praxe. Na porovnanie uvádzame celkové výdavky na zdravotníctvo v porovnaní s krajinami OECD v roku 2012: Slovenská republika = 8,1% HDP; priemer OECD = 9,3% HDP (OECD, 2014).

Tabuľka č. 1: Vývoj ekonomický zdrojov a na poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Rok	Ekonomicky aktívne obyvateľstvo (v tis. €)	Platba štátu za poistencov (v tis. €)
2009	2 407 142	1 161 006
2010	2 238 942	1 282 678
2011	2 368 194	1 197 816
2012	2 446 219	1 218 096
2013	2 625 428	1 263 888
2014	2 661 887	1 204 409
2015*	2 774 933	1 180 470
2016*	2 890 197	1 210 393

* plánovaný rozpočet

Zdroj: MF SR

Pre výkon ošetrovateľskej praxe je potrebné zabezpečiť aj vhodné pracovné podmienky. V tabuľke č. 2 sú uvedené normatívy minimálneho personálneho obsadenia pracovísk intenzívnej medicíny, ktoré popisujú počet sestier, zdravotníckych asistentov a sanitárov na počet obsadených lôžok. Aj tento právny dokument by potreboval zmenu, ktorá by reflektovala na požiadavky praxe s prihliadnutím na optimalizáciu siete.

Tabuľka č. 2: Počet pacientov na lôžku pripadajúcich na jednu sestru a jedného zdravotníckeho asistenta/sanitára

Oddelenie	Počet obsadených lôžok na jednu sestru	Počet obsadených lôžok na jedného zdravotníckeho asistenta /sanitára	Počet obsadených lôžok na jedného zdravotníckeho asistenta /sanitára
		Denná zmena	Nočná zmena
JIS pre dospelých	3	10	0
JIS pre deti	3	10	0
JIS o novorodencov	3	10	10
JRS a JVS o	2	10	10

novorodencov			
AIM	2	10	10
DAIM	2	10	10
Koronárna jednotka	2	10	10

Zdroj: Výnos MZ SR č. 09812/2008-OL

Vývoju podlieha aj odborná príprava pre výkon povolania sestry na Slovensku. Vstupom do Európskej únie bola aj na Slovensku implementovaná **Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ**, ktorou sa mení smernica 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií a nariadenie, ktorá stanovuje podmienky pre výkon povolania sestry v jednotlivých členských štátoch EÚ s možnosťou voľného pohybu a uplatneniu sestier na trhu práce v celej Európe. Sestra sa stala samostatnou profesionálkou, ktorá spolupracuje s lekárom a ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi ale i rôznymi inštitúciami.

Tabuľka č. 3: Počet sestier (fyzické osoby) podľa dosiahnutého vzdelania na Slovensku.

Rok	Úplné stredné odborné vzdelanie (ÚSOV)	Vyššie odborné vzdelanie (VOV)	Bakalárske vzdelanie (Bc.)	Magisterské vzdelanie (Mgr.)	Spolu sestier
2004	27 249	6350	152	256	34 007
2005	25 868	5832	344	275	32 319
2006	24 260	6262	1628	418	32 568
2007	23 954	6490	2752	844	34 040
2008	23 090	5788	3339	1561	33 778
2009	22 118	4967	3146	2477	32 708
2010	21 296	4901	3623	2925	32 745
2011	20 201	4499	3861	3480	32 043
2012	19 304	4317	3915	3942	31 478
2013	18 547	4250	4041	4290	31 128
2014	18 274	4188	4118	4285	31 166

Zdroj: NCZI

„Sestry na celom svete sú denne zapájané do inovačných aktivít. Sú to aktivity motivované želaním zlepšovať výsledky starostlivosti o pacienta, ako aj potrebou minimalizovať náklady v rámci zdravotníckeho systému“ vyslovila Hiroko Minami (ICN, 2009). Ďalšia líderka Medzinárodnej rady sestier Rosamery Bryant uviedla: „Pri hľadaní kvality a prístupu k zdravotnej starostlivosti sa musíme neustále usilovať o použitie prístupov založených na dôkazoch vo vzťahu k ošetrovateľským službám“ (ICN, 2012b). Pri príležitosti medzinárodného dňa sestier v roku 2016 prezidentka

Medzinárodnej rady sestier Judith Shamian vyjadrila potrebu, že: „Vstup sestier do zdravotnej politiky pomôže zabezpečiť, aby v čase politických reforiem sa bralo do úvahy aj podporné pracovné prostredie pre výkon praxe.“ Ďalej hovorí: „Je našou úlohou tiež zabezpečiť, aby si vlády a politici uvedomili, že k úspešnému plneniu cieľov trvalo udržateľného rozvoja a riešeniu nových výziev v oblasti zdravia v budúcnosti, sú nevyhnutní sebavedomí, dobre informovaní lídri v odbore ošetrovateľstva, ktorí rozumejú svojej úlohe v rozvíjaní pracovnej sily na riešenie nových výziev“ (ICN, 2016).

Európska federácia sestier uvádza že, ošetrovateľskú prax musia realizovať štyri kategórie zdravotníckych profesionálov. **Healthcare assistant** (zdravotnícky asistent), po absolvovaní stredoškolského vzdelania v odbore zdravotnícky asistent. **Registered nurse** (registrovaná sestra), po absolvovaní stredoškolského vzdelania, vyššieho odborného vzdelania v odbore sestra, alebo bakalárskeho a magisterského štúdijného programu v odbore ošetrovateľstvo. Tento kvalifikačný stupeň vzdelania registrovanej sestry upravuje Smernica 2005/36/ES, v znení neskorších predpisov Smernice 2013/55/EÚ. Registrovaná sestra na základe svojich kompetencií musí byť schopná: samostatne diagnostikovať požadovanú ošetrovateľskú starostlivosť, používať aktuálne teoretické a klinické vedomosti, plánovať, organizovať a realizovať ošetrovateľskú starostlivosť pri liečbe pacientov na základe získaných vedomostí a zručností s cieľom zlepšiť odbornú prax. Ďalej efektívne spolupracuje s ďalšími subjektmi v odvetví zdravotníctva, vrátane účasti na praktickom výcviku zdravotníckeho personálu na základe získaných vedomostí a zručností. Podporuje jednotlivcov, rodiny a skupiny k zachovaniu zdravého životného štýlu a starostlivosti o vlastnú osobu na základe získaných vedomostí a zručností. Samostatne iniciatívne podporuje opatrenia na zachovanie života a vykonáva opatrenia v krízových a havarijných situáciách. Realizuje nezávislé poradenstvo, poučenie a podporu osobám, ktoré potrebujú starostlivosť a svoje zdravie. Nezávisle plánuje a realizuje opatrenia na zabezpečenie kvality života a hodnotí ošetrovateľskú starostlivosť. Efektívne komunikuje a spolupracuje s príslušníkmi iných profesií v zdravotníctve. Analyzuje kvalitu starostlivosti s cieľom zlepšiť vlastnú profesionálnu prax, ako aj všeobecnú starostlivosť. (Smernica 2005/36/ES) **Specialist Nurse** (sestra špecialistka) po absolvovaní špecializačného štúdijného programu po získaní odbornej spôsobilosti pre výkon pracovných činností v profesii sestry. **Advanced Nurse Practitioner** (sestra s pokročilou praxou), po absolvovaní stredoškolského

vzdelania, vyššieho odborného vzdelania v odbore sestra, alebo bakalárskeho a magisterského štúdiijného programu v odbore ošetrovateľstvo, získaní špecializácie a absolvovaní 10 ročnej praxe (ICN, 2012a). Profil sestry s pokročilou praxou sa stáva čoraz dôležitejším, a to najmä v prípade liečby, edukácie a prevencie chronických ochorení, u ktorých je preukázané, že sestry dokážu uspieť v poskytovaní udržateľnejšej a nákladovo efektívnej starostlivosti. Tieto sestry sú dôležité najmä vo vzťahu k súčasným spoločenským výzvam, ktorým systémy zdravotnej starostlivosti čelia kvôli úsporným opatreniam. Európska federácia sestier uvítala štúdiu vedenej OECD v roku 2010, ktorá poskytuje prehľad o napredovaní ošetrovateľskej praxe (Delamaire a Lafortune, 2010).

Napredovanie ošetrovateľstva kdekoľvek na svete je možné len cez výskum v ošetrovateľstve ako samostatnej vednej disciplíny. Sestry by mali prevziať na seba zodpovednosť „nositeľstva“ zmien nie len slovami, ale aj skutkami. Sestra v 21. storočí by mala mať dostatočné právne povedomie, mala by byť zodpovedná, asertívna, empatická, odborníčka, mentorka, prirodzená líderka, bojovníčka, tímová hráčka a v neposlednom rade by mala mať stavovskú hrdosť.

Literatúra:

ICN: 2009. *Medzinárodný deň sestier 2009: Poskytovanie kvality, služba spoločnosti: Sestra v úlohe inovátorky ošetrovateľskej starostlivosti*. Ženeva: ICN, 2009. 40 s. ISBN 978-92-95065-67-3.

ICN: 2012a. *Medzinárodný deň sestier 2012: Prekľnutie Rozdielov: Od dôkazov k činom*. Ženeva: ICN, 2012. 47 s. ISBN 978-92-95094-75-8.

ICN: 2012b. *Medzinárodný deň sestier 2014: Sestry: sila pre zmenu. Životne dôležitý zdroj pre zdravie*. Ženeva: ICN, 2014. 59 s. ISBN 978-92-95099-19-7

ICN: 2016. *Medzinárodný deň sestier 2016: Sestry: Hybná sila zmien: Zlepšovanie pružnosti zdravotníckych systémov*. Ženeva: ICN, 2016. ISBN 978-92-95099-19-7.

KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE ANESTÉZIOLÓGIA A INTENZÍVNA MEDICÍNA: 29589-1/2006-OZSO: 2007: [online]. 2014, [citované: 10.11.2015]. Dostupné na internete: <file:///C:/Users/Minove/Downloads/vestnik0704.pdf>

LAURE DELAMAIRE, M., LAFORTUNE, G.: *Nurses in Advanced Roles A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries* [online]. 2010. [citované 10.09.2016]. Dostupné na: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5kmbrcfms5g7.pdf?expires=1473521599&id=id&accn_ame=guest&checksum=5B9F33D507D701080AC7B26F1D9BAD04

NCZI: 2014: *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2012*. Bratislava. NCZI, 2014. 255 s. ISBN 978-80-89292-34-9.

OECD Health Statistics 2014. *How does the Slovak Republic compare?:* [online]. 2014, [citované 10.11.2015]. Dostupné na internete: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SLOVAK-REPUBLIC-2014.pdf>

ÚRADNÝ VESTNÍK EÚ: 2013: *Smernica Európskeho parlamentu a Rady 2013/55/EÚ, ktorou sa mení smernica 2005/36/ES o uznávaní odborných kvalifikácií a nariadenie EÚ č. 1024/2012 o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu*. Brusel. [online] 2014, [cit. 2014-11-09]. Dostupné na internete: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=SK>

VÝNOS MZ SR: 09812/2008: *o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno – technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení: 2008:* [online]. 2014, [citované 10.11.2015]. Dostupné na internete: file:///C:/Users/Minove/Downloads/Vestnik_32-51_2008.pdf

ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. *o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Uverejnené v Zbierke zákonov č. 243/2004, strana 5138. [online]. 2004. [citované 10.11.2015]. Dostupné na: <http://www.sksapa.sk/Start...Zákon-č.-576/2004-Z.z.html>.

Korespondence:

PhDr. Milan Laurinc, PhD., dipl. s.
Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
Amurská 71
821 06 Bratislava
E-mail: laurinc@sksapa.sk

Roľa sestry na úseku anestézie

Mgr. Monika Matejová¹, PhDr. Andrea Bratová, PhD.²

¹ Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

² Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn:

Práca sestry v anestéziologickej a intenzívnej starostlivosti je veľmi namáhavá a zodpovedná. Sestra sa pri vykonávaní tejto profesie stretáva s množstvom problémov a veľkým množstvom zodpovedných činností a popri tom sa stretáva s legislatívnymi medzerami. V súčasnosti čoraz viac rezonuje v radoch odbornej verejnosti viacero pálčivých otázok a problémov, ktoré sa týkajú výkonu profesie sestry na úseku anestéziológie a prijatím vyšších kompetencií.

Kľúčové slová:

Sestra; Anestéziologická starostlivosť; Legislatíva; Kompetencie; Zodpovednosť

Summary:

Work of a nurse in anesthesiological and intensive care is very strenuous and responsible. A nurse meets with many problems and plenty of responsible activity and along the way encounters a legislative gap in the implementation of the profession. A number of pressing questions and problems concerning the role of a nurse profession in the field of anesthesiology and receive higher responsibilities in the professional community resonates more and more today.

Key words:

Nurse; Anesthesiological Care; Legislation; Competence; Responsibility

Úvod

Demografický vývoj vykazující stárnutí populácie a s tým spojený nárast zdravotníckych výkonov. Medzi nimi aj operačných, ktoré sa nezaobídu bez anestetickéj starostlivosti. Vývoju podlieha aj rola sestry na anestetickom úseku. Stúpajúce vzdelanie sestier a emancipácia ošetrovateľstva. Vykonávanie výkonov nad rámec kompetencií sestier, komplikované prepojenie legislatívy a praxe. To sú skutočnosti, cez ktoré treba pozerat' na rolu sestry na anestetickom úseku.

Zahraničné publikácie uvádzajú dva hlavné systémy podávania anestézie z pohľadu personálneho obsadenia a teda aj roly sestry na anestetickom úseku.

1. **Lekárska anestézia (physician anaesthesia)** znamená, že anestéziu podáva lekár-anestéziológ a asistuje mu nelekársky zdravotnícky pracovník rôzneho vzdelania podľa zvyklostí konkrétneho štátu. Tento model funguje v Anglicku, Austrálii, Bulharsku, Taliansku, Rakúsku, Kanade, Nemecku, Španielsku, ČR i SR.

2. **Nelekárska anestézia, (nonphysician anaesthesia)** bez priamej účasti lekára. Znamená, že jeden lekár-anestéziológ je zodpovedný za podávanie anestézie u dvoch alebo viacerých pacientov a dohliada na prácu dvoch alebo viacerých anestéziologických sestier, ktoré v priebehu anestézie pracujú samostane pod priamym alebo nepriamym dohľadom lekára. Lekár rozhoduje o type anestézie a voľbe anestetika, nesie zodpovednosť za podávanie anestézie. Sestry zodpovedajú za podávanie anestézie len do výšky svojich kompetencií. Úvod a záver do celkovej anestézie vykonávajú lekár a nelekársky zdravotnícky pracovník spoločne. V úvode lekár aplikuje lieky do žily, sestra intubuje, nastavuje ventilačné parametre na anestetickom stroji. V priebehu anestézie nelekársky pracovník sám, bez priameho dohľadu lekára, aplikuje lekárom naordinované anestetiká. V prípade potreby je lekár vždy na dosah (telefón, emergency tlačítko, intercom). Anestézia u rizikových pacientov, regionálna anestézia a periférne blokády sú v kompetencii lekára. Tento model funguje v Dánsku, Francúzsku, Holandsku, Luxembursku, Nórsku, Švajčiarsku, Švédsku a USA. V prospech tohto modelu zahraničná štúdia, ktorá preukázala, že anestézia podávaná anesteziologickou sestrou nevedie k väčšej rizikovosti a úmrtnosti pacientov (Gondárová-Vyhničková, 2015; Pytel, 2012a; Pytel, 2013).

Nepriamy dohľad lekára znamená, že anesteziológ nie je priamo na sále, ale musí byť na dosah pri riešení vzniknutých komplikáciách.

Priamy dohľad lekára znamená, že lekár je fyzicky prítomný pri všetkých činnostiach sestry a priamo sleduje pacienta (Pytel, 2012b).

Pozícia sestry na anestetickom úseku:

Anestéziologická sestra (nurse anaesthetists) sa špecializuje na podanie anestézie a pracuje pod priamym alebo nepriamym dohľadom lekára, závisí od zvyklostí konkrétneho štátu. Plní ordinácie lekára podľa predpísaného štandardu alebo podľa ordinácií lekára. Anestéziologická sestra môže intubovať, extubovať, zavádzať periférny žilný katéter a arteriálny katéter. V Európe sa špecializačné štúdium anestéziologických sestier pohybuje od 1 do 4 rokov, čo sa prejaví aj na hĺbke odborných vedomostí a rozsahu zodpovednosti sestier (Competence, 2012; Pytel, 2014).

Certifikované, registrované anestéziologické sestry (CRNas) v USA majú ukončené bakalárske vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo, minimálne ročnú prax v intenzívnej starostlivosti a po splnení týchto podmienok môžu absolvovať **magisterské vzdelanie v odbore anestéziológia**, ktoré trvá 24 až 36 mesiacov. Medzi ich hlavné povinnosti patrí predoperačné hodnotenie a príprava pacientov na chirurgický zákrok, úzka spolupráca s anesteziológom, chirurgom a inými zdravotníckymi spolupracovníkmi, monitorovanie pacienta počas anestézie, pooperačná starostlivosť, vedenie zdravotnej dokumentácie, mentoring v oblasti KPR. Pracujú všade tam, kde sa podáva anestézia. Anestéziologické sestry môžu nezávisle podávať aj sedáciu pri endoskopických výkonoch. Školené sestry získali vedomosti o farmakokinetických vlastnostiach liekov, praktické skúšky v hodnotení hĺbky sedácie, management dávkovania liekov (ANNA, 2005; Drábková, 2012).

Obiehajúca sestra má základné ošetrovateľské vzdelanie bez špecializácie, môže pripraviť lieky, pomôcky, aplikovať naordinovanú ordináciu (Pytel, 2012b).

Súčasťou anestéziologického tímu je v niektorých štátoch aj anestéziologický asistent a anestéziologický technik.

Anestéziologický asistent (anaesthesia physician assistants) má vyššie kompetencie ako anestéziologická sestra. Bez priameho dohľadu anesteziológa vyšetruje pacientov

pred anestéziou a u pacientov s ASA I a II podáva anestéziu podľa stanovených postupov, aplikuje sedáciu u pacientov pri diagnostických endoskopiách, vo Švajčiarsku môže aplikovať regionálnu anestéziu (Physicians, 2011; Pytel, 2012b; Pytel, 2014).

Anestéziologický technik je zodpovedný za prípravu anestéziologických prístrojov, za zásobovaní spotrebným materiálom. Pôsobia v Anglicku, Írsku, Švédsku a Turecku (Gondárová-Vyhničková, 2015; Pytel, 2012a).

Základné záväzné postupy a podmienky pre vlastný výkon anestézie uvádzajú, že jeden anestéziologický tím (lekár - sestra) musí podávať v tom istom čase anestéziu len jednému pacientovi - teda jeden tím smie podávať anestéziu len jednému pacientovi. Výnimkou sú situácie krajnej núdze. Pri akomkoľvek spôsobe podávania anestézie musí byť prítomný na anestéziologickom pracovisku kvalifikovaný anestéziológ (anestéziológ v príprave na kvalifikačnú atestáciu) a anestéziologická sestra. V prípade, že anestéziu podáva anestéziológ v príprave na kvalifikačnú atestáciu I. st. musí byť kvalifikovaný anestéziológ okamžite dostupný (komunikačný prostriedok - rádiatelefon, telefon, pager a pod.) (Základné, 2013). V Záväzných postupoch je ďalej uvedené: „Anestéziológ a anestéziologická sestra sú povinní prekontrolovať, zostaviť a nakalibrovať všetky technické zariadenia a pomôcky, ktoré by mohli byť pri podávaní anestézie a riešení komplikácií potrebné a skontrolovať zásoby liekov a ŠZM. V urgentných situáciách môže byť tento postup porušený, musí byť zaznamenaný v zázname o anestézii“ (Základné, 2013, s. 1).

Uvádzame dielčie výsledky výskumu, ktorého problémom bola **problematika dodržiavania kompetencií v anestetickom tíme, možnosť zmeny kompetencií sestier v anestetickom tíme, vznik novej roly sestry s rozšírenými kompetenciami.**

Výskum prebiehal v mesiacoch október až december 2015. Bol vytvorený štruktúrovaný on-line dotazník vlastnej konštrukcie. Výskumnú vzorku tvorilo 126 sestier pracujúcich na anestetických úsekoch na Slovensku.

Respondentom boli položené viaceré otázky, uvádzame najvýstižnejšiu problematiku v nasledujúcich otázkach a odpovediach. Odpovede na otázky sme podrobili analýze a výsledky uvádzame.

- **Stáva sa Vám, že ste v situácii, keď anestéziológ musí opustiť operačnú sálu a Vy vediete celkovú anestéziu?**

Viac ako polovica respondentov (52,38 %) uviedla, že sa im to stáva občas a 11,90 % respondentov uviedlo, že často. Nikdy sa v takejto situácii neocitlo 35,72 % respondentov. Čiže dve tretiny respondentov bolo v situácii, kedy museli viesť celkovú anestéziu, čo na Slovensku nie je právne upravené.

Tab. 1 Skúsenosti sestier so situáciami, keď anestéziológ musí opustiť operačnú sálu a sestra vedie celkovú anestéziu

Odpovede	n	%
Často	15	11,90
Občas	66	52,38
Nikdy	45	35,72
Spolu	126	100

- **Stáva sa Vám, že ste v situácii, keď anestéziológ musí opustiť operačnú sálu a Vy vediete regionálnu (spinálnu, epidurálnu, blokovú) anestéziu?**

Viac ako polovica respondentov uviedla (65,87 %), že sa im to stáva občas a 17,46 % respondentov uviedlo, že často. Nikdy sa v takejto situácii neocitlo 16,67 % respondentov.

Čiže viac ako štyri pätiny respondentov bolo v situácii, kedy museli viesť regionálnu anestéziu, čo na Slovensku nie je právne upravené.

Tab. 2 Skúsenosti sestier so situáciami keď anestéziológ musí opustiť operačnú sálu a sestra vedie regionálnu (spinálnu, epidurálnu, blokovú) anestéziu

Odpovede	n	%
Často	22	17,46
Občas	83	65,87
Nikdy	21	16,67
Spolu	126	100

- **Periférne venózne katétre (kanyly) v ošetrovateľskej praxi**

Až 84,92 % respondentov uviedlo, že ich zavádza aj ošetruje. Len 15,08 % respondentov ich iba zavádza. Ostatné možnosti odpovede mali nulovú početnosť. Teda všetci respondenti periférne venózne kanyly na anestetických úsekoch zavádzajú, hoci na to nemajú kompetenciu.

Tab. 3 Periférne venózne katétre (kanyly) v ošetrovateľskej praxi

Odpovede	n	%
Zavádzam	19	15,08
Zavádzam aj ošetrujem	107	84,92
Ošetrujem	0	0
Iné	0	0
Spolu	126	100

- **Ste ochotný/á prijať vyššie kompetencie?**

Prijať vyššie kompetencie, kde sa súhlasne vyjadrilo 30,16 % respondentov. Nesúhlasne sa vyjadrilo 19,05 % respondentov a nevedelo sa vyjadriť až 38,10 % respondentov. Jeden respondent (0,80 %) uviedol inú odpoveď: vyberanie drénov a podávanie transfúzií nemám v kompetencii, ale robím to, no nech sa toto vyrieši!

Tab. 4 Ochota sestier prijať vyššie kompetencie

Odpovede	n	%
Áno	38	30,16
Nie	24	19,05
Neviem sa vyjadriť	48	38,10
Iné (uved'te)	1	0,80
Spolu	126	100

Záver

Právnu zodpovednosť nesie každý pracovník za svoje výkony. Lekár za lekárske rozhodnutia, sestra za svoje pozorovania, rozhodnutia a intervencie. Prax na Slovensku prebehla legislatívou. Nastal čas, kedy sestry svoju prax nie vždy vykonávajú v súlade s legislatívou. Kompetencie sa zrejme nepodarí vrátiť „do pôvodného stavu“ – napr. aby počas celej doby všetkých anestézií bol fyzicky na každom sále prítomný lekár. Výsledky výskumu to potvrdzujú. Je potrebné prijať také legislatívne zmeny aby zohľadnilo stárnutie populácie čo prináša stúpajúci počet úrazov, ochorení a operácií a tým aj anestézií, ale i stúpajúce vzdelanie sestier. Mnohé činnosti, ktoré dnes vykonávajú anestéziologické sestry, pri posune kompetencií by mohli vykonávať zdravotnícky asistent, ktorý asistuje sestre pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Jednalo by sa o výkony v starostlivosti o prostredie a pomôcky, dezinfekcii, sterilizácii a pohybovom režime, základoch informatiky, zdravotníckej administrácie, dokumentácie a

základov štatistiky, metódy spracovávanía údajov a informačných systémov, zabezpečovaní materiáľno-technického vybavenia pracoviska.

Literatúra:

ANNA. (2005) (*American association of nurse anesthetists*) *Guidelines for Core Clinical Privileges for Certified Registered Nurse Anesthetists* [online]. 2005. [citované 11.05.2015]. Dostupné na: <<http://www.aana.com/resources2/professionalpractice/Pages/Guidelines-for-Core-Clinical-Privileges.aspx>>.

COMPETENCE AND CURRICULUM FRAMEWORK FOR THE PHYSICIAN ASSISTANT. (2012) [online]. 2012. [cit. 10.11.2015]. Dostupné na: <<http://www.ukapa.co.uk/files/CCF-27-03-12-for-PAMVR.pdf>>.

DRÁBKOVÁ, J. (2012) Profesionální perspektivy a činnost sester - anestetistek ve světě. In: *Referátový výběr z Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. ISSN 1805-4005. zv. 59 č. 2. vydává Národní lékařská knihovna, Praha. s. 20 – 23. [online]. 2012. [cit. 3.12.2013]. Dostupné na: <<http://www.nlk.cz/publikace-nlk/referatove-vybery/anesteziologie-resuscitace-a-intenzivni-medicina/2012/ar-2012-2>>.

GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. (2014) Personálne zabezpečenie vedenia anestézie, Kompetencie v rámci anestetického tímu. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia. Supplementum*. [online]. 2014, no. 5, s. 39. [cit. 2016-07-16]. Dostupné na : <<http://www.sksapa.sk/casopis/0514/#p=39>>.

PYTEL, M. - KUPEČKOVÁ, I. (2012a) Diskuze nad složením anesteziologického tímu. *Prednáška*. Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM. 26. – 27. 10. 2012.

PYTEL, M. (2012b) Změna systému práce anesteziologického tímu. *Diplomová práce*. Praha, 2012, 107 s.

PYTEL, M. (2013) *Nejvyšší čas na diskusi*. [online]. 2013. [citované 3.10.2015]. Dostupné na: <<http://www.akutne.cz/res/publikace/nejvy-as-na-diskusi-pytel-m.pdf>>.

ZÁKLADNÉ ZÁVÄZNÉ POSTUPY A PODMIENKY PRE VLASTNÝ VÝKON ANESTÉZIE. (2013) [online]. 2013. [cit. 10.11.2015]. Dostupné na: <http://www.ssaim.sk/postupy_a_podmienky_pre_anesteziu.doc>.

Korespondence:

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

Anestézie pri cisárskom reze z pohľadu sestry

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Súhrn:

Rozvoj pôrodnej analgézie išiel ruka v ruke s rozvojom prírodných vied. V príspevku predkladáme stručný prehľad vývoja pôrodnej analgézie od jej počiatkov až po súčasnosť. Cisársky rez prebieha vždy v anestézii. V súčasnosti je najpoužívanejšou anestéziou pri cisárskom reze neuroaxiálna blokáda pre jej bezpečnosť. Celková anestézia je využívaná pri emergentných situáciách a u žien, u ktorých je neuroaxiálna anestézia kontraindikovaná. Popisujeme výhody a nevýhody jednotlivých typov anestézie spolu s jej špecifikami. Podanie anestézie rodičke si vyžaduje skúsený anestéziologický tím, ktorý je schopný prevziať zodpovednosť za dva životy a riešiť možné komplikácie.

KLúčové slová: *bolesť, pôrod, cisársky rez, celková anestézia, neuroaxiálna blokáda*

Anesthesia for Caesaren section from the perspective of nurses

Summary:

The development of obstetric analgesia went hand in hand with the development of science. The paper provides a brief overview of developments in obstetric analgesia from its beginnings to the present. Caesarean section is always executed in anesthesia. Currently, the most widely used anesthesia during Caesarean section is neuraxial blockade for its security. It is used in emergent situations and in women in whom neuraxial anesthesia is ontraindicated. We describe the advantages and disadvantages of different types of anesthesia together with its specifics. Giving the anesthesia to a birth giving mother requires an experienced anesthesiology team that is able to take responsibility for two lives and deal with possible complications.

Key words: *pain, childbirth, cesarean section, general anesthesia, neuraxial blockade*

Úvod

Boleť je od nepaměti považovaná za súčasť pôrodu a rovnako stará je aj snaha ľudstva o jej zmiernenie. S nástupom kresťanstva bola analgézia ženám odopieraná. Predstavitelia cirkvi boli presvedčení, odvolávajúc sa na Bibliu, že bolesť k pôrodu neoddeliteľne patrí. Bolesť bol dokonca pripisovaný biologický účinok. Rozvoj analgézie išiel ruka v ruke s rozvojom prírodných vied, rovnako ako napredoval rozvoj anestéziologickej starostlivosti v súvislosti so základným výskumom. Stupeň poznania vedy na konci 19. storočia rozšíril vedomosti o podstate bolesti a mechanizmoch, ktoré pôrodnú činnosť sprevádzajú. Tlmenie bolesti sa stalo účinným a bezpečným pre matku i plod. Hlavným cieľom pôrodnej analgézie je nielen tlmenie bolesti, ale aj ochrana rodičky pred nadmerným stresom. Napriek tomu, že teoreticky je väčšina žien schopná porodiť bez farmakologického útľmu, vo väčšine prípadov sa metódy analgézie využívajú (Málek, 2011). Moderná anestéziológia ponúka nové možnosti zlepšenia kvality pôrodnej analgézie a profitovania z bezbolestného pôrodu. Primeraná miera anestézie je súčasťou lekárskeho umenia a tak môže byť pre rodičku prínosom (Pařízek, 2002). Pri aplikácii ktorejkoľvek anestéziologickej techniky je treba mať na zreteli možné riziká a komplikácie spojené s jednotlivými metódami a dbať na bezpečnosť matky a plodu.

Vlastný text

Anestézia v pôrodníctve sa vyznačuje nielen anatomickými a fyziologickými zvláštnosťami tehotnej ženy, ale pri cisárskom reze aj spojením dvoch organizmov – matky a fetoplacentárnej jednotky. Cisársky rez patrí k najstarším a k najrizikovejším pôrodnickým operačným metódam, jeho počet každoročne narastá. V 19. storočí bol cisársky rez veľmi zriedkavou operáciou z dôvodu vysokej úmrtnosti, ktorú spôsobovalo rozsiahle krvácanie alebo infekcie v popôrodnom období (Todman, 2007). Až v 70. rokoch 20. storočia dochádza k poklesu mortality po SC pod 2%. Ďalším míľnikom zvýšenia bezpečnosti pri cisárskom reze bolo rozšírenie používania neuroaxiálnych blokád (Betran et al., 2007). Dôvodom pre vykonanie cisárskeho rezu je ohrozenie matky, dieťaťa, alebo oboch súčasne. V prípadoch, kedy ešte nenastúpili pôrodné bolesti, hovoríme o plánovanom cisárskom reze, alebo počas pôrodu, vtedy hovoríme o akútnom cisárskom reze. Cisársky rez prebieha vždy v anestézii. Používajú sa dva základné anestéziologické postupy: neuroaxiálna blokáda a celková anestézia. Celková

anestézia je v súčasnosti menej využívaná. Je druhom anestézie v prípade kritických stavov pri akútnom ohrození matky či plodu a u žien s kontraindikáciou k neuroaxiálnej blokáde. Ďalšou indikáciou je želanie matky, prípadne neúspešná regionálna anestézia. Požiadavky na celkovú anestéziu pro cisárskom reze sú dosiahnuť optimálne podmienky pre vedenie pôrodu pri zachovaní komfortu matky (prevencia aspirácie, hypoxie a hypotenzie), udržať fetoplacentárnu perfúziu, minimalizovať vplyv anestézie na novorodenca, poskytnúť operatérovi podmienky na prevedení výkonu. Pre úvod do celkovej anestézie platia rovnaké pravidlá ako pre úvod u pacientov s plným žalúdkom, na čo myslíme v rámci predoperačnej prípravy. Pokiaľ je dostatok času, je treba pacientku na operáciu dôkladne pripraviť (medikamentózne znížiť aciditu žalúdka liekmi typu – inhibítory protónovej pumpy, blokátory H_2 receptorov, podanie citrátu sodného p.o.). Preoxygenácia 100% kyslíkom sa odporúča. Časté sú komplikácie pri intubácii, prípadne sťažená intubácia, ktoré sú špecifické pre tehotné ženy napr. zúženie horných dýchacích ciest vplyvom tehotenských hormónov, nadmerne zväčšené prsia a obezita (Doležal, 2007). Podanie intravenózneho indukčného anestetika je možné až po kompletnej príprave operačného tímu a operačného poľa. Venóznym prístupom zaisťujeme pred samotným výkonom, prípadne si overíme funkčnosť už pri zavedenom prístupe. Pokiaľ okolnosti dovoľujú, upravíme polohu matky do antitrendelenburgovej polohy, čím zabezpečíme zvýšenie polohy tela o $5 - 10^\circ$ (prevencia aspirácie) s náklonom na ľavý bok o 15° (prevencia aortokaválnej kompresie). Použitie Sellickovho hmatu sa odporúča. Na úvod do celkovej anestézie pri cisárskom reze sa stále najčastejšie používa kombinácia Thiopentalu a Suxametómia. Ako variantu tzv. „crush úvodu“ do anestézie je možné použiť Propofol a Rocuronium. Iniciálny rez sa môže uskutočniť až po zaistení dýchacích ciest (endotracheálnu kanylu používame vždy s vodičom). Opioidy podávame až po vybavení plodu a prestrihnutí pupočníka. Stresovú reakciu pri úvode do celkovej anestézie môžeme minimalizovať podaním ultrakrátko pôsobiaceho opioidu remifentanilu pred indukciou anestézie (Jenkins – Khann, 2003). U pacientky monitorujeme EKG, P, TK, SpO_2 , D, $ETCO_2$.

Za určitých podmienok môže celková anestézia výrazne prispieť k priebehu pôrodu bez negatívneho vplyvu na novorodenca. Avšak negatívne vplyvy anestézie na novorodenca sa nedá vyhnúť ani pri použití najnižšej dávky anestetika. Veľmi dôležité je včasné vybavenie plodu od začiatku pôsobenia celkovej anestézie. Celková anestézia

umožňuje rychle navodenie znecitlivenia, poskytuje veľmi dobré operačné podmienky s dokonalou svalovou relaxáciou, nižší výskyt hypotenzie a cirkulačnej instability, zabezpečenie dýchacích ciest umožňuje primeranú ventiláciu. Medzi nevýhody celkovej anestézie zaradujeme vyššie riziko neúspešnej intubácie, riziko život ohrozujúcej hypoxie spojenej so zlyhaním obehu, možný tlmivý účinok na CNS plodu. Výraznou nevýhodou zo strany matky je nemožnosť kontaktu s dieťaťom hneď po vybavení plodu. Celková anestézia pri cisárskom reze má svoje špecifiká, ktorými sa odlišuje od anestézie pri brušných operáciách.

Anestézia musí byť čo najkratšia, účinná a bezpečná, s minimálnym tlmivým účinkom na novorodenca. Je nutná prevencia regurgitácie, zvracania a aspirácie žalúdočného obsahu. Musí byť vypracovaný plán postupu v prípade pri neúspešnej intubácii, zaistená hemodynamická stability matky a uteroplacentárnej perfúzie. Pred začiatkom a po celú dobu anestézie musí byť zaistená optimálna ventilácia a oxygenácia rodičky (Pařízek, 2002).

Neuroaxiálna anestézia je metóda, ktorá je využívaná pri cisárskych rezoch stále častejšie. Jedným z dôvodov využívania tejto formy anestézie je želanie rodičky zúčastniť sa pôrodu pri vedomí a mať kontakt so svojim dieťaťom bezprostredne po jeho narodení. Riziko vdýchnutia žalúdočného obsahu je minimálne, sú zachované obranné reflexy. Pri cisárskom reze môžeme využiť dve metódy neuroaxiálnej anestézie - epidurálnu a subarachnoideálnu (spinálnu) anestéziu. Obe metódy môžu byť jednorazové, kontinuálne alebo formou tzv. sekvenčnej anestézie.

Epidurálna anestézia - spočíva v aplikácii lokálneho anestetika do epidurálneho priestoru, využíva sa predovšetkým u rodičiek, ktoré počas prvej doby pôrodnej využili možnosť epidurálnej anestézie a tak pri akútnom cisárskom reze skracuje prípravu na podanie anestézie. Pri epidurálnej anestézii nastáva nástup účinku pomalšie, vďaka čomu nehrozí riziko hypotenzie. Zavedený epidurálny katéter je možné využiť aj na postoperačnú analgéziu.

Subarachnoideálna anestézia - najobľúbenejšia technika, pri ktorej sa lokálne anestetikum aplikuje do subarachnoideálneho priestoru. Punkcia subarachnoideálneho priestoru je metóda, ktorá navodzuje vysokokvalitnú analgéziu s rýchlym nástupom

účinku, pričom si vyžaduje nízku dávku analgetík /anestetík a je nízka pravdepodobnosť farmakologického ovplyvnenia plodu a novorodenca. Podľa Pařízka (2002) sa indikácie k neuroaxiálnej anestézii rozdeľujú na indikácie zo strany matky a indikácie zo strany plodu.

Indikácie zo strany matky: kardiovaskulárne ochorenia, ochorenia očí a pľúc, neuropatie, hepatopatie, metabolické ochorenia, preeklampsie, nikotinizmus, stavy po operáciách krčka maternice, rizikové pôrody, kedy je predpoklad ukončenia tehotenstva cisárskym rezom a taktiež situácie, kedy nie je možné podať celkovú anestéziu (obtiažna intubácia).

Indikácie zo strany plodu: predčasný pôrod, intrauterinná rastová retardácia, chronická insuficiencia placenty, poloha plodu, veľký plod, viacpočetná gravidita.

Kontraindikácie subarachnoideálnej indikácie - poznáme absolútne, relatívne a špecifické

Absolútne kontraindikácie:

- nesúhlas pacientky s neuroaxiálnou anestéziou,
- nespolupráca pacientky,
- alergia na lokálne anestetikum,
- infekcia v mieste vpichu,
- koagulopatia matky,
- nedostatok skúseností anesteziológa,
- chýbajúce technické vybavenie na monitoring a pre prípadnú reuscitáciu, prístup na operačnú sálu.

Relatívne kontraindikácie:

- deformácie chrčtice,
- v minulosti sa vyskytujúca sa cefalea a dorsalgia.

Špecifické kontraindikácie:

- stavy, ktoré neumožňujú časový odklad operačného ukončenia tehotenstva,
- krvácanie matky počas tehotenstva,

- hroziaca hypoxia plodu (Pařízek, 2002., Dvořák, 2004).

Spinálna anestézia je metóda vyvolávajúca kvalitnú analgéziu s rýchlym nástupom účinku, udržiava správny tonus maternice, je bezpečná pre matku a dieťa. Okrem benefitov má spinálna anestézia aj nevýhody: príprava a podanie anestetika do subarachnoideálneho priestoru trvá dlhšie ako úvod do celkovej anestézie, spôsobuje prechodnú hypotenziu. V prípade, že spinálna anestézia nezabezpečí dostatočnú analgéziu je nutné podať celkovú anestéziu. Komplikácie sprevádzajúce spinálnu anestéziu delíme na skoré a neskoré.

Skoré komplikácie spinálnej anestézie: totálna subarachnoideálna anestézia, pokles krvného tlaku, nauzea, zvracanie, pokles telesnej teploty. Pokles krvného tlaku vzniká do 20 minút od podania anestetika a je spojený s bradykardiou. Riešením je polohovanie, doplnenie obehu, podanie atropinu alebo efedrinu. Príčinou totálnej subarachnoideálnej anestézie je vysoká dávka lokálneho anestetika, chyba pri polohovaní alebo nespoznaná subarachnoideálna aplikácia lokálneho anestetika pri epidurálnej blokáde. Prejavuje sa nepokojom, dušnosťou, poklesom krvného tlaku, stratou vedomia a zástavou dýchania, kedy je potrebná endotracheálna intubácia a umelá pľúcna ventilácia.

Neskoré komplikácie sa prejavujú za niekoľko hodín až dní po podaní subarachnoideálnej anestézie. Patria sem poruchy vylučovania moču (retencia moču), bolesti chrbta, postpunkčná cefalea, neurologické komplikácie (myelitída, aseptická meningitída) (Larsen, 2004).

Záver:

Cisársky rez patrí k najstarším pôrodnickým operačným technikám a každoročne stúpa počet indikácií na cisársky rez. Výsledky výskumu a klinických štúdií v prírodných vedách sa premietajú do modernej anestézie. Pri cisárskom reze sa používajú techniky celkovej anestézie a neuroaxiálnej blokády. Metaanalýza niekoľkých štúdií nepreukázala v priebehu anestézie žiadny rozdiel medzi oboma technikami. Dôležitá je bezpečnosť pacientky a minimálne ovplyvnenie plodu anestetikami. Monitoring vitálnych funkcií je pri oboch metódach anestézie rovnaký, dôležité je monitorovanie

krvných strát s případnou včasnou hemoterapiou. Podanie anestézie v pôrodnictve si vyžaduje skúsený anestéziologický tím, ktorý je schopný zaistiť bezpečný priebeh výkonu, prevziať zodpovednosť za dva životy a adekvátne reagovať na možné komplikácie.

Literatúra:

- BETRAN, A. et al.: Rates of caesarean section: Analysis of global, regional and national estimates. In *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007. Dostupné na: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17302638>>
- DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
- DVOŘÁK, D. Porodnická analgezia a anestézie, historie a současnost. In *Moderní gynekologie a porodnictví* 13, č. 2, 2004. ISSN 1211-1028.
- JENKINS, JG., Khan MM., Anaesthesia for caesarean section: A survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003. Dostupné na:<
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14616600>>
- LARSEN, R. *Anestézie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-515.
- PAŘÍZEK, A. *Porodnická anestézie a analgezie*. In *Moderní gynekologie a porodnictví* 9, 2000, č.1. ISSN 1211-1058.
- PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestézie*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 563 s. ISBN 80-7169-969-1.
- TODMAN D: *A history of caesarean section: From ancient world to the modern era*. *Aust N ZJ Obstet Gynaecol* 2007. Dostupné na: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17877591>>

Korespondence:

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
Katedra ošetrovateľstva, FZaSP
Univerzitné námestie 1
917 01 Trnava
Email: gabriela.doktorova@truni.sk

Anestézia u geriatrických pacientov

Andrea Bratová^{1,2}, Adriana Benková³

¹ Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

² Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA, Bratislava

³ Univerzitná nemocnica s poliklinikou Milosrdný bratia, Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, Bratislava

Súhrn:

Cieľom prieskumu bolo overiť informovanosť geriatrických pacientov o anestézií, ich spokojnosť s prístupom zdravotníckeho personálu a zistiť vplyv rodiny na ich psychickú pohodu. Potrebné informácie sme získali dotazníkom vlastnej konštrukcie. Našimi respondentmi boli pacienti v seniorskom veku hospitalizovaní za účelom podstúpenia niektorého druhu anestézie na Chirurgickej klinike a Gynekologicko-pôrodníckej klinike Fakultnej nemocnice Trnava. Prieskumnú vzorku tvorilo spolu 40 respondentov. Z výsledkov nášho prieskumu vyplýva, že 65% respondentov je spokojných s množstvom informácií. Naším prieskumom sme zistili, že rodina zohráva veľkú úlohu na psychickú pohodu seniorov počas hospitalizácie. Až 85% respondentov uviedlo, že podpora zo strany rodiny u nich zmiernila obavy z podstúpenia anestézie. Informácie o anestézii sú pre väčšinu pacientov dôležité a rovnako dôležitý je pre nich aj prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorí im tieto informácie podávajú a nemenej dôležitá je pre nich aj psychická podpora zo strany rodiny.

Kľúčové slová:

Anestézia; Ošetrovateľská starostlivosť; Geriatrický pacient; Informovanosť; Komunikácia

Summary:

The course of the survey of was to validate geriatric patients awareness of anaesthesia, their satisfaction with attitude of medical personnel and to determine the impact of their families on their mental comfort. Necessary informations were obtained by a questionnaire of our own construction. Our respondents were patients in senior age hospitalized in order to undergo a certain type of anaesthesia on Surgical clinic and Gynaecologic-obstetric clinic of University hospital in Trnava. Survey sample was made

of 40 respondents. From survey results 65% of respondents were satisfied with the amount of information. Through our survey we determined that family has a great impact on seniors' mental well-being during hospitalization. 85% of respondents stated that support from their families reduced their worries of undergoing anaesthesia. That information about anaesthesia are for the most of the patients just as important as the attitude of medical employees, who provide them with these informations and psychological support from family is equally important for them.

Key words:

Anaesthesia; Nursing care; Geriatric patient; Information; Communication

Úvod

Narastajúca dĺžka života populácie predstavuje aj väčšie nároky na zdravotnú starostlivosť. Neustály pokrok v medicíne naznačuje, že vek už nie je kontraindikáciou pre mnohé výkony, ako tomu bolo v minulosti. Modernizáciou sa zlepšuje technické a priestorové vybavenie zdravotníckych zariadení, prichádzajú nové metódy a trendy v lekárskej ako aj ošetrovateľskej starostlivosti a vďaka tomu stúpa kvalita starostlivosti o geriatrických pacientov (Železkovová, Kasalický, 2015). Anestézia predstavuje pre seniorov omnoho vyššie riziko morbidita aj mortality ako pre mladších pacientov. V spojení s operačným výkonom predstavuje pre organizmus extrémnu záťaž a preto je dôležité všetky postupy prispôbiť fyziologickým zmenám, ktoré sa vyskytujú u pacientov vo vyššom veku. Ak nejde o akútny výkon, je dôležité pokúsiť sa zlepšiť celkový stav seniorov počas predoperačnej prípravy a tým znížiť operačné riziko (Seidlová a kol., 2009). Vývoj neustále napreduje a zdokonaľuje sa (Málek, 2009). Po operácii sú geriatrickí pacienti často prijatí na jednotku intenzívnej starostlivosti alebo ak je ich stav vážny tak aj na kliniku anestéziológie a intenzívnej starostlivosti. Po stabilizácii ich stavu sú najčastejšie prelození na bežné oddelenie. Značnú úlohu v starostlivosti o pacienta po operácii zohráva práve sestra (Bratová, Murgáš, 2011).

Metodika

Prieskumnú vzorku tvorilo 40 geriatrických pacientov, vo veku 65 rokov a viac, ktorí boli hospitalizovaní na gynekologicko-pôrodníckej alebo chirurgickej klinike vo FN Trnava za účelom podstúpenia niektorého druhu anestézie s ochotnou s nami

spolupracovať. Prieskum bol realizovaný v období od novembra 2015 až februára 2016. Limitom nášho prieskumu bol nedostatok respondentov pre pozastavenú činnosť operačných sál z dôvodu nedostatku personálu na gynekologicko-pôrodníckej klinike. Pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie sme získali potrebné empirické údaje. Náš dotazník pozostával z 18 otázok a demografických údajov, vďaka ktorým sme boli schopné zodpovedať nami určené ciele prieskumu. Dotazníkové položky boli väčšinou uzatvoreného typu, kde si pacienti mohli vyberať z viacerých možností. Pacientov sme upozornili, že dotazník je anonymný a nami získané údaje budú použité len na prieskumné účely našej práce. Prvoradým cieľom prieskumu bolo overiť informovanosť geriatrických pacientov o anestézii. Súbor tvorili geriatrickí pacienti hospitalizovaní na chirurgickej a gynekologicko-pôrodníckej klinike Fakultnej nemocnice v Trnave. Ďalšou podmienkou na zaradenie do výskumnej vzorky bolo podstúpenie niektorého druhu anestézie počas hospitalizácie. Celkový súbor respondentov tvorilo $n = 40$ (100%) respondentov, z toho bolo $n = 20$ (50%) respondentov z gynekologicko-pôrodníckej a $n = 20$ (50%) respondentov z chirurgickej kliniky FN Trnava.

Diskusia

Zisťovali sme, či existuje rozdiel v úrovni informovanosti geriatrických pacientov o anestézii medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou. Na gynekologicko-pôrodníckej aj chirurgickej klinike bola úroveň informovanosti 32,50%, celková úroveň informovanosti dosiahla hodnotu **65%**.

V našom bádání sme zistili, že pre geriatrických pacientov boli informácie jasné $n = 35$ (87,5%) respondentom a nejasné pre $n = 5$ (12,5%) respondentov. Konštatujeme, že **neexistuje významný rozdiel** v úrovni informovanosti geriatrických pacientov o anestézii medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou FN Trnava. Pre porovnanie uvádzame výsledky výskumu, ktorý bol vykonaný medzi Fakultnou nemocnicou v Nitre a súkromným zdravotníckym zariadením v Piešťanoch. Cieľom výskumu bolo poukázať na vplyv nedostatku vedomostí o anestézii na stav pacientov. Spokojnosť s poskytnutými informáciami a ich dostatok vyjadriло $n = 79$ (79%) respondentov z FN Nitra a $n = 46$ (92%) respondentov zo súkromného zariadenia v Piešťanoch (Bratová, Murgaš, 2011).

V Českej republike, vo Fakultnej nemocnici Brno, bol realizovaný podobný prieskum. V prieskume zistili, že pre 107 (86,3%) respondentov z celkového počtu 124

respondentov boli poskytnuté informácie dostatočne jasné a zrozumiteľné a len pre 17 (13,7%) respondentov boli viac zrozumiteľné ale obsahovali príliš veľa odborných výrazov (Šuvadová, 2011). Úroveň informovanosti vyšla na oboch klinikách rovnaká a zrozumiteľnosť informácií pre seniorov sa taktiež výrazne neodlišovala. Ďalej sme zisťovali, či existuje rozdiel vplyvu prístupu zdravotníckeho personálu na informovanosť geriatrických pacientov na gynekologicko-pôrodnicej a chirurgickej klinike FN Trnava. Pozitívny názor na komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi malo $n = 11$ (27,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 13$ (32,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Celkovo malo pozitívny názor $n = 24$ (60%) respondentov. Neutrálny názor malo $n = 9$ (22,5%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 6$ (15%) respondentov z chirurgickej kliniky. Len $n = 1$ (2,5%) respondent z chirurgickej kliniky mal negatívny názor na komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi.

V USA bol realizovaný výskum, z ktorého vyplýva, že vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, ktorý je založený na vzájomnej dôvere, efektívnej komunikácii a vzájomnej dohode na spôsobe liečby pozitívne ovplyvňuje vývoj zdravotného stavu, spokojnosť pacientov a dokonca môže znížiť náklady na liečbu (Bertram, 1999). Pri Pacientom z oboch kliník boli informácie najčastejšie poskytnuté počas návštevy anesteziológa a to v $n = 24$ (60%) prípadoch. Viac času a priestoru na informovanie sa o anestézií počas návštevy anesteziológa malo $n = 16$ (40%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 15$ (37,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Už počas hospitalizácie na oddelení malo priestor na detailnejšie informovanie sa o anestézií $n = 14$ (35%) respondentov z gynekologicko-pôrodnicej kliniky a $n = 15$ (37,5%) respondentov z chirurgickej kliniky. Konštatujeme, že **existuje rozdiel** vo vplyve prístupu zdravotníckych pracovníkov na informovanosť geriatrických pacientov o anestézií. Celkovo mali podané informácie upokojujúci účinok na $n = 22$ (55%) respondentov. Podané informácie naopak zvýšili strach u $n = 6$ (15%) respondentov. Zajímali nás i iné bádání v tejto oblasti, prieskumné šetrenie bolo realizované vo Fakultnej nemocnici Bohunice v Brne, zameraný na informovanosť pacientov o anestézií pred operačným výkonom ukázal, že 77 z 96 (80,21%) opýtaných respondentov uviedlo zmiernenie strachu a obáv z anestézie po rozhovore s anesteziológom (Říhová, 2006). Počas nášho šetrenia, sme u pacientov z oboch kliník dotazovali, aký je ich názor na informovanie pred anestéziou. Na oboch klinikách sa

respondenti zhodli v počte 87,5%, že je důležité informovať pacientov pred anestéziou. Na základe našich zistení konštatujeme, že medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou **existuje rozdiel** vo vplyve získaných informácií o anestézií na celkový stav geriatrických pacientov. Zatiaľ čo na chirurgickej klinike prevažovalo zníženie strachu z anestézie po podaní informácií, tak na gynekologicko-pôrodnickej klinike podané informácie okrem zníženia strachu mali aj opačný účinok na pacientov a strach u nich zvýšili.

V našom bádání sme zisťovali, či existuje rozdiel vo vplyve podpory zo strany rodiny na psychickú pohodu geriatrických pacientov na gynekologicko-pôrodnickej a chirurgickej klinike FN Trnava. Obavy s podstúpenia anestézie vyjadrilo $n = 15$ (72,5%) respondentov. V takýchto chvíľach je pre pacientov veľmi významná aj podpora zo strany rodiny. Respondenti uvádzali, že podpora zo strany rodiny zmierňuje ich strach a obavy z podstúpenia anestézie. To predstavovalo teda až 85% respondentov, ktorí uvádzali, že podpora rodiny je dôležitá pre ich podporu, elimináciu stresu a zachovanie duševného pokoja. Na základe nášho bádania konštatujeme, že **neexistuje rozdiel** medzi gynekologicko-pôrodnickou a chirurgickou klinikou vo vplyve rodinných príslušníkov na psychickú pohodu geriatrických pacientov. Zistili, že podpora zo strany rodiny je rovnako dôležitá pre pacientov z oboch kliník.

Kontakt s príbuznými má však okrem zmiernenia obáv aj mnoho ďalších pozitívnych účinkov na hospitalizovaných pacientov. V USA, zisťovali, vplyv členov rodiny na celkový stav hospitalizovaných pacientov na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Celkovo bol výskum realizovaný na 36 rôznych rodinách v rokoch 2006 až 2010. Okrem upokojujúceho efektu na psychiku pacientov, mala podpora príbuzných vplyv aj na ich fyzický stav (Kourosh, Parsapour et al., 2011).

Záver

Z výsledkov nášho bádania konštatujeme, že informácie o anestézii sú pre pacientov dôležité ale takisto dôležitý je aj prístup zdravotníckych pracovníkov, ktorí im tieto informácie poskytujú. Väčšina pacientov má pozitívnu skúsenosť s prístupom zdravotníckych pracovníkov. Väčšina pacientov mala dostačujúce množstvo informácií a aj ich pokladali za jasné a zrozumiteľné. Respondenti vo väčšej miere uvádzali, že

informácie ich upokojili. Počas bádania sme zistili, že nemalý podiel respondentov uviedol, že informácie na nich nemali žiaden vplyv. Niekoľko respondentov uviedlo, že získané informácie zvýšili strach a obavy. Zistili sme, že veľký dopad na psychickú pohodu seniorov pred absolvovaním anestézie má kontakt s príbuznými. Kontakt s príbuznými respondentom napomáhal pri znížení obáv z absolvovania z anestézie, a že podpora zo strany rodiny je pre nich veľmi dôležitá. Na základe údajov, ktoré sme získali z nášho prieskumu, z porovnania našich údajov s inými štúdiami a na základe naštudovanej literatúry odporúčame pre ošetrovateľskú prax: Skvalitniť úroveň komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi. Venovať dostatok času a priestoru na komunikáciu so seniormi, prípadne s ich rodinnými príslušníkmi alebo opatrovníkmi. Využívať spätnú väzbu a iné formy efektívnej komunikácie pri edukácii seniorov. Zaviesť do ošetrovateľskej praxe edukačnú sestru, ktorá by mala veľký význam pri poučení pacientov pred anestéziou, operačným zákrokom a mnohými inými výkonmi. V čo najväčšej možnej miere zapájať do procesu starostlivosti o geriatrických pacientov ich rodinných príslušníkov a opatrovníkov. Vytvoriť edukačný materiál o anestézii, ktorý by spĺňal podmienky vyhovujúce seniorom – jasnosť, zrozumiteľnosť, veľkosť a štýl písma a podobne. Ako výstižne uvádza Vörösová (2005) zásady moderného ošetrovania vychádzajú z predpokladu, že nie každý pacient vyžaduje v rôznom období svojho ochorenia rovnako intenzívnu starostlivosť, teda odstupňovanú lekársku starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o systém diferencovanej starostlivosti a svoje opodstatnenie má najmä z pohľadu intenzívnej starostlivosti. Zdravotnícky pracovník je povinný ako vyplýva z mnohých legislatívnych noriem, poskytovať pacientovi kvalitnú a bezpečnú zdravotnú starostlivosť“ (Gondárová – Vyhničková, 2014). A efektívna informovanosť a komunikácia k tomu prispieva.

Zoznam použitej literatúry:

BERTRAM, K. D. (1999) Improving Communication Between Patients and Health Professionals In *Product Management Today*. 1999 March. p. 27-32.

BRATOVÁ, A. – MURGÁŠ, J. (2011) Bezpečnost pacientů při anestézii In *Sestra*. [online]. 2011, no. 7 [cit. 2016-02-13]. Dostupné na internete:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/bezpecnost-pacientu-pri-anestezii-460972#> ISSN 1210-0404.

- GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. (2014) Personálne zabezpečenie vedenia anestézie, Kompetencie v rámci anestetického tímu. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia. Supplementum*. [online]. 2014, no. 5, s. 39. [cit. 2016-07-16]. Dostupné na internete: <http://www.sksapa.sk/casopis/0514/#p=39>
- KOUROSH, P. et al. (2011) *Connecting Hospitalized Patients with Their Families: Case Series and Commentary* [online]. 2011, vol. 2011, [cit. 2016-02-13]. Dostupné na internete: <http://www.hindawi.com/journals/ijta/2011/804254/#B14> Article ID 804254.
- ŘÍHOVÁ, M. (2006) Informovanost pacienta o anestézii před operačním výkonem : bakalárska práca. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 92 s.
- SEIDLOVÁ, D. a kol. (2009) Anesteziologická problematika v geriatrici In Matějovská Kubešová, H. et al. 2009, *Akutní stavy v geriatrici*. Semily : Galén 2009, s. 41-49. ISBN 978-80-7262-620-5.
- ŠUVADOVÁ, E. (2011) Informovanost pacienta o anestézii před plánovaným operačním výkonem : bakalárska práca. Brno : Masarykova univerzita, 2011. 85 s.
- VÖRÖRSOVÁ, G. 2005. *Interné ošetrovatel'stvo*, Martin : Osveta, 2005. s. 154, ISBN 80-8063-192-1.
- ŽELEZKOVOVÁ, J. – KASALICKÝ, M. (2015) *Intenzívna starostlivosť v geriatrici*. Prvé vydanie, Trnava : Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015, 88 s., ISBN 978-808082-913-1.

Kontaktná adresa

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
Trnavská univerzita v Trnave
Katedra ošetrovatel'stva FZaSP
Email: andrea.bratova@truni.sk

Psychická pracovní zátěž v práci zdravotnického záchranára

PhDr. Dana Sihelská, PhD.

Fakulta zdravotnictva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn:

Autorka prednášky predkladá výsledky výskumu, ktorý vykonala u záchranárov pracujúcich v záchranej zdravotnej službe. Výskumom zisťovala akej psychickej pracovnej záťaži sú záchranári vystavení, ako subjektívne prežívajú psychickú záťaž a porovнала ju s bežnou populáciou. Autorka zistila, ktoré stresogénne faktory najviac pôsobia v práci záchranára, zmapovala osobnostné charakteristiky záchranárov a ich vplyv na zvládanie záťaže. Zistila možné rozdiely prežívania psychickej pracovnej záťaže vzhľadom na vek záchranára. Zistila profil zdravotných problémov u záchranárov a overila nakoľko pracovná záťaž ovplyvňuje zmeny zdravotného stavu a zároveň zistila, ako sa s psychickou záťažou záchranári vyrovnávajú.

Autorka použila súbor 3 štandardizovaných dotazníkov, Meister - hodnotenie psychickej záťaže, Knobloch N5 - meranie prítomnosti symptómov zaťaženia, Dopen - meranie osobnostných charakteristík a jeden dotazník vlastnej konštrukcie, v ktorom hodnotila špecifickú záťaž v práci záchranára.

Na základe výsledkov výskumu navrhla odporúčania, ktoré vylúčia, respektíve znížia na najnižšiu možnú mieru nepriaznivé účinky faktorov práce a pracovného prostredia na zdravotný stav zdravotníckeho záchranára.

KLúčové slová: *pracovná činnosť, stresujúce faktory, psychická pracovná záťaž, stres, zdravotnícky záchranár, duševné zdravie.*

Úvod

Psychická pracovná záťaž je súčasťou každej pracovnej činnosti človeka. Sú profesie, kde je psychická záťaž pri výkone povolania dominantná. Medzi také profesie patrí aj práca zdravotníckych záchranárov, ktorých pracovnou náplňou je pomoc osobám vyžadujúcich neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Rýchly príchod, rozhodnutia pod časovým tlakom, obrovská zodpovednosť, zlyhanie, ktoré môže ohroziť zdravie a život postihnutého. Toto sú atribúty, s ktorými sú záchranári dennodenne konfrontovaní.

Ciele výskumu

Hlavným cieľom nášho výskumu bola psychická pracovná záťaž v práci zdravotníckeho záchranára.

Vedľajšie ciele:

- zistiť, akej psychickej pracovnej záťaži sú zdravotnícki záchranári vystavení, popísať subjektívne prežívanie psychickej záťaže a porovnať ho s bežnou populáciou,
- zistiť, ktoré stresogénne faktory najviac pôsobia v práci zdravotníckeho záchranára,
- zmapovať osobnostné charakteristiky záchranárov a ich vplyv na zvládanie záťaže,
- zistiť možné rozdiely prežívania psychickej pracovnej záťaže vzhľadom na vek zdravotníckeho záchranára,
- zistiť profil zdravotných problémov u záchranárov,
- overiť, nakoľko pracovná záťaž ovplyvňuje zmeny zdravotného stavu,
- zistiť spôsoby vyrovnávania sa záchranárov so záťažou.

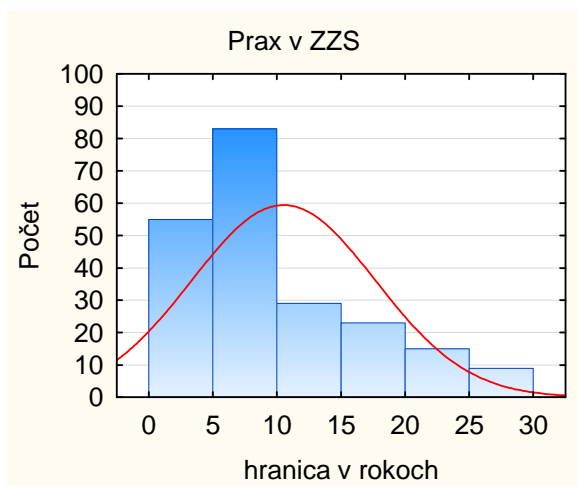
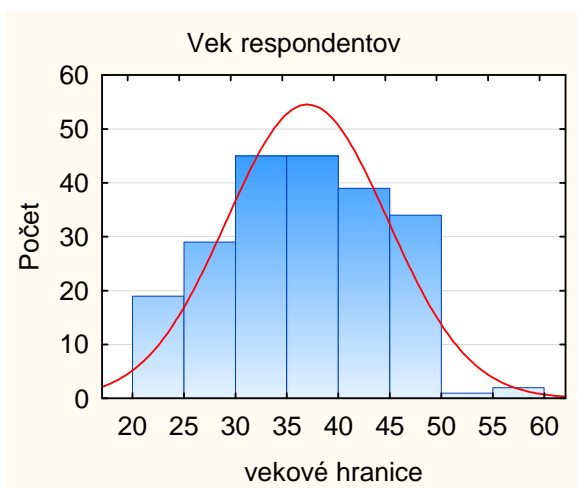
Metodika výskumu

Pre dosiahnutie výskumných cieľov sme použili súbor troch štandardizovaných dotazníkov a dotazník vlastnej konštrukcie. Meisterov dotazník bol zameraný na hodnotenie psychickej záťaže. Knoblochov N5 dotazník bol zameraný na meranie prítomnosti symptómov zaťaženia u skúmaných osôb a dotazník Dopen sme použili na meranie osobnostných charakteristík respondentov. Dotazník vlastnej konštrukcie obsahoval položky týkajúce sa veku, pohlavia, vzdelania a pracovnej pozície respondentov a obsahoval konkrétne položky zamerané na psychickú pracovnú záťaž v práci záchranárov. Kritérium pre respondentov bola práca v ZZS na plný úväzok minimálne jeden rok, hornú hranicu sme neurčovali. Do výskumu sme zapojili 230 respondentov (100%). Návratnosť kompletne vyplnených dotazníkov bola 214 (93%) respondentov z celkového počtu. 16 dotazníkov sme vyradili pre nekompletné vyplnenie. Do výskumu sme zapojili záchranárov, ktorí pracovali v ZZS na území celého Slovenska.

Výsledky výskumu

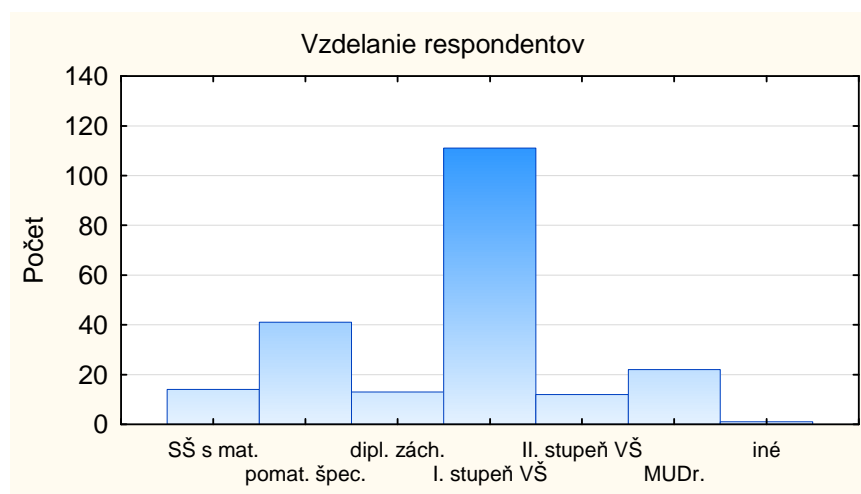
Do výskumu sa zapojilo 214 záchranárov: 112 žien (52%) a 102 mužov (48%). Z toho 192 (90%) respondentov pracuje ako zdravotnícky záchranár a 22 respondentov (10%) pracuje na pozícii lekára. Najmladší respondent mal 22 rokov a najstarší 57 rokov.

Graf 1: Vek respondentov, Graf 2: Prax v ZZS



Priemerný vek respondentov je 35 rokov (graf 1). Graf 2 nás informuje o dĺžke praxe v ZZS. Dve tretiny záchranárov (64%) pracuje v ZZS menej ako 11 rokov, 26 % záchranárov pracuje do 5 rokov, 39 % pracuje od 6 do 10 rokov. So zvyšovaním dĺžky praxe klesá počet respondentov. Viac ako 25 rokov pracuje v ZZS iba 9 (4%) respondentov. Graf 3 nás informuje o vzdelanostnej úrovni respondentov.

Graf 3: Vzdelanie respondentov



Najviac respondentov (49,9%) ma ukončené vysokoškolské štúdium I. stupňa v odbore urgentná zdravotná starostlivosť.

Vyhodnotenie dotazníkov

Hypotéza 1: Predpokladáme, že subjektívne príznaky zmien zdravotného stavu záchranára súvisia s prežívaním psychickej pracovnej záťaže.

Tabuľka 1: Tendencia k preťaženiu a intenzita záťaže

Stupeň preťaženia	Počet – N5			Priemerná intenzita – N5		
	AM	Počet	SD	AM	počet	SD
žiadne	10,75	51	6,14	1,23	51	0,039
1. stupeň	9,71	97	5,51	1,18	97	0,028
2. stupeň	14,53	53	6,17	1,27	53	0,038
3. stupeň	12,92	13	6,29	1,30	13	0,076
p-hodnota	0,001			0,159		

Spomedzi faktorov Meisterovho dotazníka zdravotnícki záchranári najčastejšie vykazovali tendenciu k preťaženiu. Najnižší priemerný počet symptómov sme zistili v skupine záchranárov, ktoré vykazovali 1. stupeň preťaženia (9,71). V skupine respondentov bez tendencie k preťaženiu bol priemer mierne vyšší 10,75. Výrazne vyšší počet symptómov zaťaženia sme zistili v skupine respondentov s 2. stupňom preťaženia (14,53) a 3. stupňom preťaženia (12,92). Rozdiely medzi skupinami s rozdielnou tendenciou k preťaženiu sú štatisticky významné ($p=0.001$).

Výsledky skúmania štatistického vzťahu medzi preťažením a intenzitou pôsobiacich symptómov sú od predchádzajúcich výsledkov odlišné. Ako možno vidieť z tabuľky 1, priemerná intenzita symptómu je vo všetkých sledovaných skupinách približne rovnaká. Priemer nadobúda hodnoty od 1,18 do 1,30. Smerodajné odchýlky sú pomerne malé. To znamená, že intenzita príznakov je u väčšiny respondentov podobná. Rozdiel medzi skupinami nie je štatisticky významný ($p=0,12$).

V rámci prvej hypotézy sme ešte overili súvislosť medzi prítomnosťou symptómov a hrubým skóre Meisterovho dotazníka. Výsledky testu uvádza tabuľka 2.

Tabuľka 2: Korelácia N5 a hrubého skóre Meistera

Hrubé skóre Meistera – Počet symptómov	r	0,490
	P-hodnota	0,001
Hrubé skóre Meistera - Priemerná intenzita	r	0,3875
	P-hodnota	0,001

Medzi hrubým skóre v Meisterovom dotazníku a počtom pociťovaných symptómov (N5) existuje stredne silná súvislosť ($r=0,490$, $p=0,001$). Korelačný koeficient medzi hrubým skóre a priemernou intenzitou symptómov je o niečo nižší ($r=0,386$ $p=0,001$). Oba sú však štatisticky významné. **Hypotézu 1. prijímame.**

Hypotéza 2: Predpokladáme, že služobne starší záchranári považujú pracovné situácie za viac stresujúce než služobne mladší záchranári.

Druhou hypotézou sme predpokladali štatistický vzťah medzi dvomi kardinálnymi premennými a to medzi dĺžkou praxe a hodnotením stresora.

Tabuľka 3: Korelácia stresujúcich faktorov a praxe

<i>Stresujúce faktory a prax</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
odovzdávanie pacienta	0,205	0,003
sťažnosti	0,179	0,009
nehody sanitiek	0,171	0,013

finančné ohodnotenie	0,140	0,042
pôrod	0,134	0,052
nočná práca	0,133	0,054

Štatisticky významný sa ukázal vzťah dĺžky praxe so štyrmi stresogénnymi faktormi (odovzdávanie pacienta, sťažnosti pacientov, nehody sanitného vozidla, nedostatočné finančné ohodnotenie). Vo vzťahu dĺžky praxe záchranárov a pôsobeniu stresogénnych faktorov sa na hranici štatistickej významnosti ukázali: pôrod v teréne a nočná práca. Dôležité je, že všetky korelačné koeficienty sú kladné, t. z. čím dlhšia bola odborná prax záchranára, tým negatívnejšie skórovali daný stresogénny faktor. **Hypotézu 2. prijímame.**

Hypotéza 3: Predpokladáme, že výskyt subjektívnych problémov kardiovaskulárnych a gastrointestinálnych funkcií súvisí s prežívaním záťažových situácií.

Pre overenie hypotézy sme všetkých záchranárov rozdelili do dvoch skupín. V prvej skupine sú záchranári, ktorí v dotazníku uviedli prítomnosť nejakého ochorenia. Druhú skupinu tvoria respondenti bez ochorenia. Skupiny sme vzájomne porovnali v intenzite každého symptómu. Tabuľka 4 zobrazuje iba tie symptómy, pri ktorých sa medzi skupinami preukázal signifikantný rozdiel.

Tabuľka 4: Vyhodnotenie t testu k hypotéze 3

Položka	Prítomnosť ochorenia				
	Priemer (áno)	Priemer (nie)	p-hodn.	N (áno)	N (nie)
1. poruchy spánku	1,06	0,70	0,001	101	113
17. ťažkosti s dýchaním	0,16	0,04	0,002	101	113
22. precitlivosť	0,64	0,40	0,010	101	113
10. pocity zmeny teploty	0,41	0,25	0,025	101	113
13. podráždenosť / výbušnosť	1,08	0,80	0,025	101	113
2. ospalosť počas dňa	1,20	1,01	0,040	101	113
21. pesimizmus	0,66	0,46	0,041	101	113
3. únava	1,18	0,99	0,048	101	113

Záchranáři, u ktorých sa vyskytujú zdravotné problémy, subjektívne vyjadrovali prítomnosť niektorých symptómov s väčšou intenzitou. Od ostatných záchranárov sa líšili najmä vo vyššej intenzite porúch spánku, ťažkosť s dýchaním či precitlivenosti. Vo všetkých troch symptómoch bola p-hodnota testu nižšia než hladina 0,001. Signifikantné rozdiely na vyššej hladine sme zistili aj pri ďalších symptómoch. Podľa našich zistení je intenzita symptómov v prvej skupine signifikantne vyššia aj pri pocite zmeny teploty, podráždenosti, ospalosti počas dňa, pesimizmu a celkovej únavy. Všetky vymenované príznaky významne súvisia s prítomnosťou ochorenia u záchranára (napr. vysoký TK, ochorenia GIT-u, ochorenia pohybového aparátu, ochorenia dýchacieho systému a pod.).

Hypotézu 3. prijímame.

Hypotéza 4: Predpokladáme, že zvýšenie hodnôt systolického aj diastolického tlaku krvi sú dôsledkom súvisiacim so psychickou záťažou pri výjazdoch záchranárov.

Jednou z možností, ako zisťovať pôsobenie stresorov pri výkone profesie zdravotníckeho záchranára, je zmerať tlak krvi v pokoji a po výjazde.

Tabuľka 5: Hodnoty TK po 1. – 3. výjazde

<i>Hodnoty TK - 1. výjazd</i>			<i>AM</i>	<i>SD</i>	<i>rozdiel</i>	<i>p-hodnota</i>
1. výjazd	TK –S	v pokoji	121,9	10,7	4,8	< 0,001
		po 1. výjazde	126,6	11,0		
	TK –D	v pokoji	78,3	7,1	2,4	< 0,001
		po 1. výjazde	80,7	7,6		
2. výjazd	TK –S	v pokoji	121,9	10,7	5,4	< 0,001
		po 2. výjazde	127,3	11,6		
	TK –D	v pokoji	78,3	7,1	3,2	< 0,001
		po 2. výjazde	81,4	7,0		
3. výjazd	TK –S	v pokoji	121,9	10,7	6,3	< 0,001
		po 3. výjazde	128,1	12,7		
	TK –D	v pokoji	78,3	7,1	3,6	< 0,001
		po 3. výjazde	81,9	7,4		

Z tabulky 5 je vidieť, že po každom výjazde došlo u záchranárov k signifikantnému zvýšeniu krvného tlaku (systolického aj diastolického, $p < 0,001$). Systolické hodnoty tlaku sa pri každom výjazde zvýšili výraznejšie než diastolická hodnota TK. Porovnania hodnôt diastolického tlaku krvi vykazujú isté odlišnosti, hoci aj diastolický tlak krvi sa zakaždým zvýšil štatisticky významne ($p < 0,001$).

Možno teda povedať, že systolická hodnota krvného tlaku sa po každom výjazde zvýšila vždy približne rovnako a zároveň štatisticky významne oproti hladine nameranej v pokojovom režime. Naproti tomu diastolická hodnota krvného tlaku sa po prvom výjazde síce zvýšila signifikantne, avšak menej významne ako po 2. či 3. výjazde. Na základe tohto zistenia možno konštatovať, že **hypotézu 4. prijímame.**

Hypotéza 5: Predpokladáme, že záchranári s vyšším skóre extroverzie ľahšie prežívajú záťažové situácie v porovnaní so záchranármi s nižším skóre extroverzie.

Tabuľka 6: Korelácia extroverzie a prežívania záťaže

<i>Extroverzia a prežívanie záťaže</i>	<i>Korelačný koeficient</i>	<i>P-hodnota</i>
počet symptómov	-0,181	0,009
intenzita symptómu	0,024	0,730

Korelačný koeficient medzi mierou extroverzie záchranára a počtom pociťovaných príznakov je vysoko štatisticky významný, ale negatívny - 0,181, čo znamená, že tie osoby, ktoré udávali vyššie skóre extroverzie, zároveň vykazovali nižší počet neurotických príznakov.

Druhá dvojica charakteristík sa týka vzťahu medzi extroverziou záchranára a intenzitou pociťovaných príznakov, pričom tu sme nezistili významnú súvislosť. **Hypotézu 5 prijímame.**

Hypotéza 6: Predpokladáme, že tí záchranári, ktorí prijímajú intervenčnú pomoc, respektíve majú sociálnu oporu, prežívajú pracovnú záťaž menej intenzívne v porovnaní s tými, ktorí takúto pomoc nemajú.

Zisťovali sme, či záchranári, ktorí majú sociálnu oporu, prežívajú pracovnú záťaž menej intenzívne ako ostatní záchranári. Respondentov sme rozdelili do dvoch skupín. V jednej skupine boli respondenti, ktorí v položke vyrovnávania sa so stresom uviedli, že

vyhledávají oporu u kolegů, rodiny či odbornou pomoc. Druhou skupinu tvorili ostatní respondenti. Výsledky zobrazuje tabuľka 7.

Tabuľka 7: Prežívanie záťaže a sociálna opora

Sociálna opora a prežívanie záťaže	priemer (áno)	priemer (nie)	počet (áno)	počet (nie)	sm. odch (áno)	sm. odch (nie)	p-hodnota
Počet	11,67	10,28	164	50	6,28	5,71	0,163
intenzita príznaku	1,23	1,17	164	50	0,27	0,29	0,147

Z tabuľky 7 vyplýva, že porovnanie skupín je štatisticky nevýznamné. Komparáciu obidvoch skupín sme došli k záveru, že záchranári, ktorí majú sociálnu oporu, prežívajú psychickú záťaž rovnako intenzívne ako záchranári, ktorí nemajú sociálnu oporu. Tento výsledok akoby nekorešpondoval so zisteniami o vplyve sociálnej opory na zvládanie stresu. Avšak zistenie môže odrážať skutočnosť, že tí záchranári, ktorí subjektívne prežívajú vyššiu záťaž, vyhľadávali sociálnu oporu oveľa častejšie než ostatní. Nepriamo to potvrdzuje aj vyššia miera extroverzie a ako sme už uviedli, extrovertní ľudia dokážu ventilovať konfliktné situácie adekvátnou komunikáciou.

Tabuľka 8: Prežívanie záťaže a návšteva psychológa

Návšteva psychológa	Počet symptómov			Intenzita symptómu		
	priemer	počet	sm. odch.	priemer	počet	sm. odch.
áno, často	8,67	3	2,08	1,21	3	0,37
áno, občas	11,00	15	7,18	1,22	15	0,34
vôbec nie	11,41	196	6,14	1,22	196	0,27
spolu	11,35	214	6,17	1,22	214	0,28
p-hodnota	0,729			0,999		

Zároveň sme komparovali početnosť symptómov s ich intenzitou v troch skupinách respondentov rozdelených v závislosti od frekvencie návštev u psychológa. Návštevu u psychológa absolvovalo veľmi málo záchranárov. Pravidelne konzultovali so psychológom iba traja záchranári. Priemerný počet subjektívnych symptómov, ktoré títo traja záchranári prežívajú je 8,67. V skupine 15 záchranárov, ktorí psychológa navštevujú len občas, je priemerný počet symptómov 11,0. V poslednej, najpočetnejšej skupine záchranárov (ktorí vôbec nevyužívajú konzultácie so psychológom) je priemer

11,41. Vidíme, že počtom symptómov je relatívne lepšie na tom prvá skupina záchranárov. Vzhľadom na nízku početnosť skupiny to však nemožno vyhodnotiť ako štatisticky významné zistenie, čo potvrdzuje vypočítaná p-hodnota 0,729. Priemerná intenzita subjektívnych príznakov záťaže je vo všetkých troch skúmaných skupinách takmer rovnaká, dosahuje hodnotu 1,22, resp. 1,21. A veľmi vysoká p-hodnota svedčí pre zhodu porovnávaných priemerov. Na základe výsledkov konštatujeme, že **hypotézu 6. neprijímame.**

Diskusia

Na základe analýzy výsledkov výskumu psychickej pracovnej záťaže (Meisterov dotazník) sme zistili, že 25% záchranárov je vystavených II. stupňu záťaže a 6% záchranárov je vystavených III. stupňu záťaže. Pri treťom stupni záťaže nie je možné vylúčiť zdravotné riziká záchranárov. Pracovníci záchranných služieb sa od populačnej normy líšia najmä v hodnotení 10. položky – moja práca je tak náročná, že ju pravdepodobne nemožno robiť roky s rovnakou výkonnosťou. Za dôležitú skutočnosť považujeme, že 34 % respondentov bolo vo veku od 41 do 50 rokov a iba 1 % záchranárov bolo vo veku nad 50 rokov. Výsledky výskumu poukazujú, že záchranári opúšťajú svoje pracovné miesta spravidla oveľa skôr než v dôchodkovom veku. Medián v položke „časová tieseň“ (4) u záchranárov oproti populačnej norme (3) signalizuje, že záchranári sa často dostávajú do časovej tiesne (74 %). Tendencia *k monotónii* sa vyskytla len u 4% respondentov (medián je rovný 1), daná forma záťaže sa práce záchranára veľmi netýka. Záchranári sú charakteristickí dynamikou, zmenou a aktivitou v živote aj v práci.

Tendencia *k nešpecifickej záťaži* sa vyskytla u 20 % respondentov, ide však o I. najnižší stupeň záťaže.

Až 88 % respondentov nášho výskumného súboru sa stotožnilo s názorom, že práca, ktorú vykonávajú je psychicky náročná. Najviac stresujúcim faktorom je smrť dieťaťa (n=154), druhým najviac stresujúcim faktorom sú hromadné nešťastia a prírodné katastrofy (n=83). Vysoko stresujúce sú faktory právna zodpovednosť, nehody sanitného vozidla, nedostatočné finančné ohodnotenie, pôrod v sanitke, smrť dospelého človeka a kardiopulmonálna resuscitácia.

Výskumom sme zmapovali výskyt neurotických príznakov. Intenzita neurotických príznakov je u záchranárov vo všeobecnosti nízka. Zo symptómov, ktoré sa u záchranárov častejšie vyskytujú je podráždenosť či výbušnosť. Aj pri týchto najsilnejších symptómoch je však intenzita príznakov vo všeobecnosti mierna. Zistili sme, že s počtom udávaných symptómov zároveň mierne narastá ich intenzita. Korelačný koeficient medzi počtom a priemernou intenzitou je rovný 0,272, čo vyjadruje slabú závislosť medzi premennými (počtom symptómov a ich intenzitou). Vyhodnotením dimenzie neurotizmu v skúmanej vzorke záchranárov a porovnaním s údajmi s populačnou normou vyplýva, že záchranári sú vo všeobecnosti viac emočne stabilní než bežná populácia. Nízka miera neurotizmu charakterizuje vyrovnanú a dobre sa kontrolujúcu osobnosť, čo je bezpochyby nevyhnutné pre prácu záchranárov, ktorí často krát konajú v hraničných situáciách disciplinovane, rýchlo a efektívne. Za zmienku stojí aj vyššia miera extroverzie u záchranárov.

Výskumom sa nám potvrdilo, že osoby s vyšším skóre extroverzie ľahšie prežívajú záťažové situácie v porovnaní s osobami s nižším skóre extroverzie. Potvrdila sa nám slabá, nepriama závislosť, kde korelačný koeficient medzi mierou extroverzie záchranára a počtom pociťovaných príznakov je štatisticky významný (-0,181). Poslednou dimenziou, ktorú sme skúmali v dotazníku Dopen je *skóre lži*. Aj pri tejto dimenzii dotazníka sú priemerné hodnoty skóre pod populačnou normou. Dimenzia skóre lži má za cieľ odhaliť tendenciu respondenta k pretvárke a sociálne želanej odpovedi.

V rámci nášho výskumu sme uskutočnili u záchranárov v službe meranie tlaku krvi v pokoji a po 1. až 3. výjazde. Konštatujeme, že systolická hodnota tlaku krvi (STK) sa po každom z troch výjazdov signifikantne zvýšila. Vyššie zvýšenie DTK oproti meraniu v pokoji sme zistili po 3. výjazde, kde p-hodnota je ešte vyššia (0,001). Konštatujeme, že po každom výjazde došlo k signifikantnému zvýšeniu systolického aj diastolického tlaku. Vysokým tlakom krvi v našom súbore trpí 24 % záchranárov. U záchranárov do 30 rokov sa toto ochorenie nevyskytlo. Nad 30 rokov však týmto ochorením trpí približne tretina respondentov (28 – 34 % z každej vekovej kategórie).

V důsledku nadměrné psychické a fyzické zátěže v profesi záchranáře se začínají zdravotní problémy projevovat v skorším věku než u běžné populace. Například onemocnění pohybového aparátu se týkají aj mladších záchranářů. Incidenci těchto onemocnění uvedlo 21% opýtaných. Podíl onemocnění stúpa s věkom. Vredovým ochorením žalúdka trpí len 7% záchranářů, spravidla strednej vekovej kategórie. Ku zriedkavým ochoreniam záchranářů patří aj diabetes. Podľa našich zistení bol diagnostikovaný len u 3 opýtaných.

Základom záchranárskej práce je tímová práca, ktorá sa v konečnom dôsledku prejaví vo výslednej efektívite pri záchrane pacientov v teréne. 88 % respondentov hodnotí vzťahy v horizontálnej rovine na pracovisku kladne a podobne je to aj vo vertikálnej rovine. Takmer polovica respondentov (49,20) sa domnieva, že tímová práca je podporovaná na ich pracovisku. Zamestnanci prejavujú vyššiu mieru emocionálneho vyčerpania ($p < 0,002$) a je potrebné hľadať možnosti ochrany pred vyhorením.

Tréning na zvládanie záťažových situácií by uvítalo až 78 % opýtaných. Záchranárom pri vyrovnávaní sa so stresom najviac pomáha rodina (52 %), 49 % respondentov sa so stresom vyrovnáva samo, 43 % respondentov ku psychickej pohode potrebuje vytvorenie prijateľného pracovného prostredia a 30% opýtaných sa so stresom vyrovnáva zdieľaním stresujúcej skúsenosti s kolegami. 10% opýtaných volí únikovú stratégiu riešenia – ignorovanie stresu. Odbornú pomoc vyhľadáva len nepatrný podiel záchranářů a k nezvládaniu stresových situácií sa priznali len dvaja opýtaní (1 %). 73 % záchranářů na odbúranie stresu najčastejšie využívajú aktívny odpočinok, pasívny oddych využíva 71 % respondentov, 29 % respondentov využíva relaxačné cvičenia a 26 % správnu životosprávu. 17% opýtaných odbúrava stres prácou okolo domu, kontaktom s rodinou a priateľmi. Sporadicky sa vyskytli menej vhodné techniky ako fajčenie, či alkohol. Odbornú pomoc využíva veľmi malé percento respondentov (1%). Z údajov je zrejmé, že u záchranářů pretrvávajú zábrany navštíviť psychológa. Len traja opýtaní (1%) pravidelne absolvujú konzultácie so psychológom. Ďalších 7% opýtaných využíva návštevy psychológa *občas*. Prevažná väčšina, až 90 % respondentov odbornú pomoc psychológa vôbec nevyužíva. Traja opýtaní sa k otázke nevyjadrili. K návšteve psychiatra sa priznalo ešte menej opýtaných. Len traja záchranári uviedli, že navštevujú psychiatra, 97 % opýtaných odpovedalo záporne a štyria záchranári sa k otázke nechceli vyjadriť. Výsledky výskumu sú založené na subjektívnych odpovediach respondentov,

ktoré aj pri zachovaní ich anonymity môžu byť ovplyvnené strachom zo straty pracovnej pozície. Preto respondenti nedokázali vždy priznať svoje zdravotné a mentálne problémy a spôsob ich zvládania.

Návrhy pre prax

Na základe výsledkov výskumu navrhujeme opatrenia, ktoré vylúčia, respektíve znížia na najnižšiu možnú mieru nepriaznivé účinky faktorov práce a pracovného prostredia na zdravotný stav záchranárov. Odporúčame zaradiť do prijímacích pohovorov pre študijný program urgentná zdravotná starostlivosť aj testy psychickej spôsobilosti kandidátov. Pri prijímaní kandidátov do zamestnania prihliadať nielen na odbornú a fyzickú spôsobilosť ale aj na mentálnu spôsobilosť pre výkon práce. Vytvoriť detailnú a prehľadnú štruktúru úloh pre prácu záchranára. Zaradiť zamestnancov do pracovných pozícií zodpovedajúcich ich kvalifikácii a schopnostiam s dôrazom na samostatnosť pri rozhodovaní. Skvalitniť organizáciu práce na pracovisku s dôrazom implementácie moderných a demokratických metód riadenia. Upraviť organizáciu pracovných zmien a odpočinku zdravotníckych záchranárov tak, aby mali dostatok času na regeneráciu svojich fyzických a psychických síl. Do pracovných zmien zaradiť záchranárov tak, aby tímová spolupráca mala motivujúci charakter. Využívať adekvátne finančné a morálne ohodnotenia záchranárov vedúcimi pracovníkmi a manažmentom. Využívať priamu a skorú spätnú väzbu o priebehu a výsledkoch práce. Zaradiť debriefingy, to znamená, nebáť sa o problémoch hovoriť s kolegami a manažérmi. Účelne využívať služby klinického psychológa priamo na pracovisku a naučiť záchranárov zvládať stres pomocou techník, relaxačných metód a psychohygieny. Využívať služby psychiatra. Pravidelne monitorovať psychickú pracovnú záťaž na pracoviskách záchranej zdravotnej služby. Absolvovať pravidelné preventívne prehliadky u praktického lekára. Uplatňovať zdravý životný štýl. Zabezpečiť ergonomickú úpravu pracovného prostredia. Podporovať systematické vzdelávanie zdravotníckych záchranárov, ktoré redukuje riziko spojené so stresom pri práci.

Záver

Vyrovnať sa so psychickou záťažou a so stresom a naďalej spoľahlivo pracovať je niekedy nad sily jednotlivca. A tu je potrebná pomoc, ktorá pomôže stresové situácie zvládať. Zamestnávateľia by mali zvýšiť pozornosť v situáciách, ak dochádza k vyššej

miere absencie, fluktuácie, ak sú na pracoviskách častejšie konflikty alebo sťažnosti zo strany zamestnancov. Za vhodné riešenie problémov týkajúcich sa pracovnej záťaže záchranárov považujeme ich cieleňú prípravu v zmysle konštruktívneho a efektívneho zvládania situácií súvisiacich so psychickou pracovnou záťažou. Nadmerná psychická záťaž sa podpisuje na zdravotnom stave záchranárov ale aj iných zdravotníckych pracovníkov. Veríme, že sa dočkáme ocenenia a prehodnotenia ich profesionálneho nasadenia a zavedenia istých pracovných úľav. Mohlo by ísť o skrátený pracovný úväzok, zvýšené odmeňovanie za prácu, rekondičné, rehabilitačné a kúpeľné pobyty.

Literatúra

- ABLETT, J. R., JONES, R. S. 2007. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses experience of work. In *Psychooncology*, 2007, vol. 16, no. 8, p. 733 – 740. ISSN 1057-9247
- BANDURA, A. 1997. *Self-efficacy: the exercise of kontrol*. New York: Freeman and Company, 1997. 604 s. ISBN 978-0716-728-50-4
- BOEY, K. 1999. Distressed and stres resistant nurces. In *Insues Ment Health Nurse*, 1999, vol.3, no. 1, p. 33-54. ISSN 0161-2840
- BROWN, J. M., CAMPBELL, E. A. 1991. Stress among emergency services personel: progress and problems. In *Soc.Occup.Med*, 1991, vol. 41, no 4, p. 149-150. ISSN 0301-0023
- DENOLLET, J. 1998. Personality and coronary heart disease the type-D scale-16(DS16).In *Ann Behav. Med*. 1998, vol. 20, no. 3, p. 209-215. ISSN 0883-6612
- EVANS, P., CLOW, A., HUCKELBRIDGE, F. 1997. Stress and the immunesystem. In *The Psychologist*, July 1997, vol. 10, p. 303-307. ISSN 0952-8229
- HLADKÝ, A., MATOUŠEK, O. 1990. Standardní metodika pro hodnocení úrovně pracovních podmínek z hlediska neuropsychické zátěže. In *Acta hygienica epidemiologica et mikrobiologica: příloha*, 1990, č. 2, s. 54. ISSN 0862-5956
- HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. 1999. *Metódy hodnocení psychosociální pracovní záteže*. Metodická příručka. Praha: Univerzita Karlova, 1999. 78 s.
- JUDGE, T. A. 2009. Cora self - evaluations and work success. In *Curr Dir Psychol Sci*, 2009, vol. 18, no 1, p. 58-62. ISSN 0963-7214
- JOSHI, V. 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-736-7211-9
- KLICPEROVÁ, Z. 1999. Psychická zátěž pracovníků v záchranní službě a její prevence. In *Čs. ambulanti sestra*, 1999, r. 9, č. 7, s. 5-6.
- KRISTOVÁ, J., ZVALOVÁ, D., MUSILOVÁ, E. 2009. Stresogénne podnetové situácie v povolání zdravotníckeho záchranára. In *Ošetrovateľský obzor 2*, 2009, č. 6, s. 45-49. ISSN 12-723X

- MAHONY, K. L. 2001. Management and the creation of occupational stressors in an Australian and UK ambulance service. In *Aust Health Rev*, vol. 24, no. 4, p. 135-145. ISSN 0156-5788, 2001
- MULLER, J. E., TOFLER, G. H., STONE, P. H. 1989. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. In *Circulation*, Apr. 1989, vol. 79, no. 4, p.733-743. ISSN 0009-7322
- PEDERSEN, S. S., DENOLLET, J. 2006. Is Type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. In *CurrentCardiology Reviews*, 2006, vol. 2, issue 3, p. 205-213. ISSN 1573-403X
- RUISEL, I., MULLNER, J. 1982. *Dopen, príručka*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982. 72 s.
- SCHAUFELI, W. B., BUUNK, B. P. 2003. *Burnout: An overview of 25 years of Research and Theorizing*. In *The Handbook of Work and Psychology*. 2003, s. 383-425. ISBN 978-0-471-89276-2
- SELYE, H. 1974. *Stres bez utrpenia*. Philadelphia: JB Lippincott Co, c1974, ISBN 978-039-70-10-264
- SIHELSKÁ, D. 2007. Zdravotnícky záchranár – profesionál, osobnosť. In *Urgentní medicína*, 2007, roč. 10, č. 2, s. 30-32. ISSN 1212-1924
- STENN, E., NAESS, A. C., STEEN,P. A. 1997. Paramedics organizational culture and thier care for relatives of cardiac arrest victims. In *Resuscitation*, feb. 1997, vol. 34, no.1, p. 57-63. ISSN 0300-9572
- ŠEBLOVÁ, J., KEBZA, V., VIGNEROVÁ, J. 2007. Zátěž a stres pracovníku záchranných služeb v České republice. In *Československá psychologie*, 207, roč. 51, č. 4. s. 404-417.
- ŠEBLOVÁ, J. et al. 2009. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. In *urgentní medicína*, ISSN 1212-1924, 2009, roč. 12., č. 1, s. 26-31. ISSN 0009-062X

Korespondence:

PhDr. Dana Sihelská, PhD.
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičová 21
974 05 Banská Bystrica
Email: dana.sihelska@szu.sk, dana.sihelska@gmail.com

Profesné riziká urgentních příjmů

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD., PhDr. Eva Balogová
Fakulta zdravotnictva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn:

Trendom v oblasti akútnej starostlivosti je vytváranie komplexov označovaných ako urgentné príjmy alebo oddelenia urgentnej medicíny. Ich úlohou je zabezpečiť neodkladnú zdravotnú starostlivosť pri náhlej zmene zdravotného stavu, kedy je ohrozený život alebo niektorá z bazálnych vitálnych funkcií. Naplniť zámery, pre ktoré sú UP zriadené si vyžaduje vybavenie modernou prístrojovou technikou, využívanie nových technológií, postupov ale aj erudovaný personál disponujúci odbornými vedomosťami, praktickými zručnosťami a schopnosťou pracovať pod časovým stresom. Cieľom príspevku je priblížiť najčastejšie rizikové faktory psychosociálneho charakteru, s ktorými sa pracovníci UP denne stretávajú a ich dopad na poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

Kľúčové slová:

Urgentný príjem, rizikové faktory práce, psychosociálna záťaž v práci

Summary:

The contemporary emergency medicine make efforts to found specialized medical treatment facilities known as emergency departments (ED) or accident & emergency departments (A&E). Their role is to provide acute care of patients who exhibit signs of being in immediate danger of life and require immediate attention or whose essential body functions fail. Use of up-to-date technologies, modern appliances and equipment along with knowledgeable staff mastering practical skills who is very often greatly pressed for time are vital to meet the objectives for which the emergency departments are founded. Aim of this paper is to highlight the most common psychosocial encounters with which ED staff daily struggles and their impact on their work.

Key words:

Emergency department, occupational risk factors, psychosocial work load

Úvod

Trendom v oblasti akútnej starostlivosti je vytváranie komplexov označovaných ako urgentné príjmy (UP) alebo oddelenia urgentnej medicíny. Ich úlohou je zabezpečovať nepretržitú dostupnosť zdravotnej starostlivosti 24 hodín denne 7 dní v týždni. Predstavujú „vstupnú bránu“ do nemocnice pacientom, u ktorých došlo k náhlej zmene alebo k zhoršeniu zdravotného stavu. Cieľom takejto neodkladnej starostlivosti nie je určiť definitívnu diagnózu, ale vylúčiť život ohrozujúci stav, prípadne takýto stav stabilizovať alebo zvrátiť. Tzv. vysokoprahový urgent zabezpečuje poskytovanie neodkladnej zdravotnej starostlivosti pacientom, ktorí sú v ohrození života, pacientom kriticky chorým so zlyhávaním životných funkcií z rôznych príčin, najčastejšie dovezených posádkou záchranej zdravotnej služby. Pre ostatných je vyhradený nízkoprahový vstup s recepciou a vyvolávacím systémom s triážou podľa závažnosti stavu. Súčasťou UP sú zvyčajne aj expektačné lôžka s kontinuálnym monitorovaním základných vitálnych funkcií pre závažné stavy a lôžka bez monitoringu určené pre menej závažné stavy, ako napr. podávanie infúzií pri bolestiach pohybového aparátu, obličkové a žlčníkové koliky, atď.

Z dôvodu širokého spektra rôzne závažných diagnóz, s ktorými prichádzajú pracovníci UP do kontaktu a rôznej urgencie ich zvládnutia patria tieto oddelenia medzi pracoviská so zvýšeným rizikom prevažne v psychosociálnej oblasti. V zmysle vyhlášky MZ SR č. 542/2007 (§ 2, ods. 1, písm. f) o podrobnostiach o ochrane zdravia pri práci je psychosociálna záťaž faktor pôsobiaci zaťažujúco na organizmus a vyžadujúci psychickú aktivitu, psychické spracúvanie a vyrovnávanie sa s požiadavkami a vplyvmi životného prostredia, ktoré vyplývajú najmä zo sociálnych procesov a spoločenských väzieb a z interakcií medzi jednotlivcami. Podľa údajov Európskej nadácie pre zlepšovanie životných a pracovných podmienok stres súvisiaci s prácou má stúpajúci trend, patrí k najčastejšie uvádzaným príčinám ochorenia pracovníkov a postihuje viac ako 40 miliónov ľudí v celej EÚ. Pracovné prostredie sa výrazne mení z dôvodu zavádzania nových technológií, materiálov a pracovných procesov. Zmeny v rozvrhnutí, organizácii a riadení práce môžu vyvolať vznik nových rizikových oblastí a v konečnom dôsledku viesť k závažnému poškodeniu duševného a telesného zdravia. K psychosociálnym rizikám patria aj nové formy pracovných zmlúv, neistota zamestnania, intenzifikácia práce, vysoké emocionálne nároky v zamestnaní a nerovnováha medzi

pracovním a osobným životom (psychosociálne riziká na pracovisku). Psychosociálne riziká práce na UP vyplývajú z emocionálne náročnej práce často pod časovým stresom, vysokých, občas aj nereálnych požiadaviek pacientov, ale aj kontaktu s pacientmi pod vplyvom alkoholu či s agresívnymi pacientmi. V nasledujúcich riadkoch priblížime niektoré z rizík práce a ich možné dôsledky na kvalitu poskytovanej starostlivosti. Stručne sa zmienime aj o možnostiach zvládnutia nežiaducich situácií.

Vlastný text

Ošetrovanie agresívnych pacientov

Ošetrovanie pacientov pod vplyvom alkoholu alebo iných psychotropných látok a agresívnych pacientov je takmer dennou záležitosťou pracovníkov urgentných príjmov. Pojem agresia zaviedli do psychiatrie začiatkom 20. storočia Alfred Adler a Sigmund Freud. Agresivita (z lat. *aggressivus*) znamená útočnosť a pripravenosť k násilnému spôsobu reagovania. Pojem agresia (z lat. *aggressio*) už predstavuje samotné správanie s cieľom ublížiť. Agresívne správanie pacienta je často spojené s bolesťou, intoxikáciou alkoholom, drogami, alebo je prejavom poruchy osobnosti. Mnohokrát je podmienené multifaktoriálne, významnú rolu zohráva aj genetická predispozícia, ale môže ísť aj o uplatnenie vonkajších príčin, napr. úraz mozgu. Príčinou môže byť aj terapia psychofarmakami, ktoré sa podávajú duševne chorým. Častejší výskyt agresívneho správania u mužov je dávaný do súvisu s mužským pohlavným hormónom testosterónom. Nezanedbateľný je aj vplyv rodiny. Agresívni jedinci si tento spôsob správania mohli osvojiť už ranom detstve odpozeraním od svojho okolia (Vágnerová, 2004). Najčastejšie je ale agresivita prejavom úzkosti, strachu, beznádeje a pocitu zúfalstva. Agresivita namierená voči vlastnej osobe sa označuje termínom autoagresivita a jej najťažší stupeň predstavuje suicidálne správanie. Heteroagresivita je zameraná voči neživému alebo živému objektu, zvierat'u alebo človeku. Môže sa jednať o verbálnu alebo brachiálnu formu (Poněšický, 2010). V komunikácii s agresívnym pacientom je dôležité snažiť sa zmierniť napätie, zistiť dôvod takého správania a neustále sledovať verbálne a neverbálne prejavy agresie. Ak je to možné, treba pacienta usadiť, predstaviť sa a vysvetliť mu, čo sa bude diať, zbytočne ho neprovokovať a ani sa nedať vyprovokovať. Je treba ukázať porozumenie, vyhnúť sa kritike a irónii. V prípade kritickej situácie je vhodné sa obrátiť na ochranku alebo políciu (Kelo, 2008). Komunikácia by mala byť nediskriminujúca, s partnerským prístupom a vnímaním ich

pozície ako rovnocenných a rovnoprávných jedincov, ktorí si zaslúžia úctu a rešpekt (Kabátová, Puteková, 2015).

Dôsledky práce pod časovým stresom

Časový stres a potreba vykonať viac úkonov naraz sú faktormi, ktoré môžu u zdravotníckeho personálu prispievať k zvýšenému riziku **poranenia ostrými predmetmi**. Mayerovci (2005) upozorňujú na riziká plynúce z na prvý pohľad banálneho úrazu, pri ktorom môže dôjsť k prenosu HIV alebo vírusu hepatitídy C a B. Mnohokrát nie je známa komplexná anamnéza pacienta a tak môže dôjsť k podceneniu dodržiavania bezpečnostných opatrení. Základom prevencie je cieľavedomé dodržiavanie bezpečných pracovných návykov, používanie bariérových opatrení, ako aj aplikácia inovácií zvyšujúcich bezpečnosť a ochranu pri práci. Prvou pomocou pri pracovnom úraze, pri ktorom došlo k perkutánnemu kontaktu s krvou pacienta je okamžité vyčistenie rany, čo najskoršia dekontaminácia miesta expozície. Ak ide o vpich injekčnou ihlou alebo iné menšie poranenie povrchu kože, je na mieste starostlivé umytie tečúcou vodou a mydlom. Ak ide o poranenie rozsiahlejšie, napr. hlbokú reznú ranu, je potrebné ju bez akéhokoľvek meškania dobre vymyť. Účinnosť dezinficiencií v tejto situácii nie je dokázaná, ich použitie ale nie je kontraindikované (Mayer, V., Mayer, A., 2005).

Časový stres sa môže podpísať aj pod tzv. **medikačné pochybenie**. Americká inštitúcia venujúca sa hláseniu a prevencii pochybení ho definuje ako nežiaducu udalosť, ktorej sa dalo zabrániť a ktorá mohla viesť alebo viedla k neadekvátnemu podaniu medikácie alebo poškodeniu pacienta (National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2015). Celosvetovo sa uvádza, že medikačné pochybenie zaviní jedno z 854 úmrtí hospitalizovaných pacientov. Na každého hospitalizovaného pacienta pripadá približne jedno pochybenie za deň (IOM, 2000). Tieto údaje sú len orientačné, môžu sa líšiť v závislosti od charakteru ošetrovacej jednotky. V súvislosti s pochybením sa zvykne používať termín vysokorizikové lieky. Podľa Marxa (2007) k nim môžeme zaradiť lieky, ktorých nesprávne podanie môže viesť k závažnému poškodeniu pacienta a tiež lieky s vysokým rizikom zámény v dôsledku toho, že ich názov alebo vzhľad obalu sú podobné s iným liekom, tzv. LASA lieky (z anglického look alike, sound alike). Za rizikové sa v klinickej praxi považujú hlavne koncentrované

roztoky elektrolytů (KCl, NaCl), heparín a inzulín. V roce 1996 na základě opakovaného výskytu fatální záměny koncentrovaného roztoku KCl za jiný lék vytýčila americká akreditační organizace Joint Commission cíle týkající se bezpečné manipulace s koncentrovanými roztoky elektrolytů. Tento postup se stal součástí aj mezinárodních akreditačních standardů a v roce 2004 ho přijala jako doporučení aj WHO. Podle doporučení by každé zdravotnické zařízení mělo jasně definovat, které léky považuje za rizikové a stanovit bezpečný způsob jejich skladování. K zvlášť rizikovým pracovním místům z hlediska poškození pacienta chybným podáním léku patří akutní oddělení včetně UP. Toto riziko vyplývá z samotné podstaty aplikovaného léku, způsobu podání - převážně vnitřně, z okolností doprovázejících jeho podání (např. aplikace život zachraňujícího léku), z skladování léků s podobným názvem, vzhledem či různou koncentrací účinné látky. K uplatnění lidského faktora může dojít při řízení a samotném podávání léku. Příčinou může být neúplná, zlečitelná ordinace, používání skratiek, časový stres, únava, nedostatek zkušeností. Chyby způsobené personálem, který je v přímém kontaktu s pacienty se označují jako aktivní chyby. Latentní jsou slabiny systému, způsobené rozhodnutím managementu, např. nedostatečný počet personálu, nevyhovující vybavení, vyžadování vysokého pracovního nasazení (Reason, 2000). Slabiny systému bývají na první pohled nepatrné, podpisují se však na kvalitu pracovního prostředí a při uplatnění ostatních faktorů mohou přispívat k vzniku pochybení. Možno říci, že problematika chyb doprovázejících zdravotnickou starostlivost je multifaktoriální a multidisciplinární záležitostí. Chyb se dopouštějí farmaceuti, lékaři, sestry, studenti bez ohledu na délku praxe a zkušeností. Světové zdravotnické instituce zabývající se bezpečností pacientů upozorňují, že intravenózní aplikaci léků třeba považovat za vysokorizikovou aktivitu vyžadující dostatečnou pozornost ze strany toho, kdo ji realizuje, ale aj samotného zdravotnického zařízení (Bačová a kol., 2012). Časová tíseň, stres, rozptýlení, ale aj fyzické faktory, např. hluk, mohou vést **k chybám a omylům.**

Škrla (2005) dělí chyby a omyly do troch skupín:

- near miss - takmer omyly, ktorým bolo v poslednej chvíli vedome alebo nevedome zabránené

- nežiaduce udalosti bez následkov – omyly, pri ktorých nedošlo k poškodeniu pacienta ani majetku
- nežiaduce udalosti s následkami - výkon nebol vykonaný podľa platných štandardov, v dôsledku čoho došlo k poškodeniu pacienta, majetku alebo zdravotníckeho zariadenia.

Príčiny omylov, pod ktoré sa podpisuje ľudský faktor: zlozvyky (nečitateľné písmo), vyrušovanie, časová tieseň, únava, nedostatočné vedomosti a praktické zručnosti, nerozhodnosť, potreba vykonania väčšieho množstva úkonov, nezvyčajné situácie, komunikačné bariéry, množstvo medicínskej techniky, väčšie množstvo členov tímu, chyby pri matematických výpočtoch, ale aj emócie ako hnev, úzkosť, nuda, strach (Škrla, 2005).

Únava

Významnou mierou sa pod ľudské omyly podpisuje aj únava. Narušenie tzv. cirkadiánneho rytmu prácou v noci považuje odborná literatúra za jednu z hlavných príčin únavy a vyčerpania. Striedanie služieb, nočná práca, nadčasy vedú k spánkovému deficitu. Charakter práce na UP si vyžaduje vysoký stupeň sústredenia a schopnosť rýchleho úsudku, čo môže byť pri únave dosť náročné. Znížená schopnosť sústrediť sa a poruchy pamäti môžu podľa Škrlu (2005) viesť k vzniku nežiaducej udalosti.

Psychická záťaž

Psychická záťaž sa v psychológii všeobecne považuje za psychický maladaptatívny stav vznikajúci ako dôsledok anticipácie, to je predvídaním udalostí, ktoré sú pre pracovníka nepriaznivé. Psychická záťaž sestier je podmienená dlhodobým psychickým zaťažením pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (Lancošová, Tkáčová, 2016). Zdravotníci urgentných príjmov sú vystavení mnohým stresovým situáciám, pričom vo svojich rukách majú zdravie pacienta a niekedy dokonca ich život. Stresujúcou môže byť zodpovednosť za voľbu vhodného liečebného postupu, často aj na základe nedostatočných informácií, tímová práca, únava, nutnosť vykonať viac úkonov v krátkom časovom intervale i tlak zo strany pacientov odpovedať na otázky týkajúce sa ich zdravotného stavu. Nedostatok času na relax, prenášanie pracovných problémov do súkromného života a záťaž vyplývajúca z nočnej práce sa podpisujú na zvýšení rizika

stresu. Prevenciou je možnosť krátkych prestávok počas práce a plánovanie služieb tak, aby medzi jednotlivými bolo dostatok času na oddych a regeneráciu.

Záver

Pracovisko je vhodným prostredím, kde možno efektívne chrániť a podporovať duševné zdravie zamestnancov. V Európskom pakte za duševné zdravie a pohodu (Konferencia EÚ na vysokej úrovni, 2008) sa duševné zdravie na pracovisku uvádza ako jedna z prioritných oblastí. Pakt odporúča zavádzať na pracoviskách programy starostlivosti o duševné zdravie a pohodu s hodnotením rizika a preventívnymi programami pre situácie, ktoré môžu mať nepriaznivé účinky na duševné zdravie pracovníkov a programy včasnej intervencie. Tieto treba zamerať na oblasti, kde je potrebné dosiahnuť zlepšenie tak na individuálnej úrovni, ako aj na úrovni organizácie. Dôležité je vybudovať klímu naklonenú riešeniu otázok týkajúcich sa duševného zdravia. Je potrebné primárne sa zamerať na aktívne vyhľadávanie a elimináciu stresových faktorov na organizačnej úrovni a tým zlepšiť pracovné podmienky zamestnancov.

Literatúra:

- BAČOVÁ, J. a kol. (2008) Bezpečnější intravenózní terapie – léčiva ve formě premixů. In *Medical tribune: aktuální – nezávislá – mezinárodní*, 2008, roč. 8, č. 11, s. ISSN 1214-8911 <http://www.tribune.cz/clanek/26827-bezpecnejsi-intravenozni-terapie-leciva-ve-forme-premixu>
- Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci. *Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti* [cit. 2016-07-10] Dostupné z <http://osha.europa.eu/sk/tools-and-publications/publications/e-facts/efact46>
- IOM (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* [online]. Washington, DC: The National Academy Press. [cit. 2016-07-10]. ISBN 0-309-06837-1. Dostupné z http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1
- KABÁTOVÁ, O., PUTEKOVÁ, S. (2015). Ošetrovateľská starostlivosť v geriatricii II. Trnava: Typi. 2015. 84 s. ISBN 978-80-8082-918-6.
- KELO, J. (2008) *Komunikace pracovníků záchranné služby s agresivním pacientem*. [cit. 2016-07-09]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komunikace-pracovniku-zachranne-sluzby-s-agresivnim-pacientem-353928>
- LANCOŠOVÁ, K.- TKÁČOVÁ, L. 2016. Stres v práci sestry. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v pomáhajúcich profesiách*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80-8132-144-3. s. 207-214.
- MARX, D. (2007) Zajištění bezpečí pacientů při podávání léků. In *Florence*, 2007, roč. 3, č. 9, s.355-356. ISSN 1801-464X

MAYER, V., MAYER, A. (2005) Infekcia vírusom HIV a zdravotnícky pracovník. In *Via Practica*, 2005, roč. 2, č. 12, s. 540-543 ISSN 1336-930X

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (2015) What is a medication error? *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* [cit. 2016-06-28]. Dostupné z: <http://www.nccmerp.org/about-medication-errors>

PONĚŠICKÝ, J. (2010) *Agrese, násilí a psychologie moci*. 2. doplněné vydání. Praha: Tritot, 2010, 176 s. ISBN 978-80-7387-378-3.

Psychosociálne riziká na pracovisku [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://www.vzdelavanie-ke.sk/zaujímavosti/psychosocialne-rizika-na-pracovisku/>

ŠKRLA, P. (2005) *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

VÁGNEROVÁ, M. (2004) *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portal, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Korespondence:

PhDr. Eva Balogová
Fakulta zdravotnictva Slovenskej zdravotníckej univerzity
so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
Email. eva.balogova@szu.sk

Zkušenosti s organizací ošetrovatelské péče v Beijing Children's Hospital, Capital Medical University of China

Mgr. Ilona Plecítá, Jitka Doubravová, Bc. Vladimíra Medvecová, Jarmila Mikoviniová, Gabriela Pavlová, Miroslava Petercová, Mgr. Lenka Rubešová, Mgr. Mária Vácová, Ivana Varvařovská, Jitka Viktorová
Fakultní nemocnice v Motole

Souhrn:

Autorky příspěvku předkládají své poznatky o organizaci ošetrovatelské péče v dětské nemocnici v Pekingu, které získaly v rámci pracovní stáže.

Klíčová slova:

Beijing Children's Hospital, kompetence, vzdělání

Experience with the organization of nursing Beijing Children's Hospital, Capital Medical University of China

Summary:

The authors present their contribution to knowledge about the organization of nursing care in a children's hospital in Beijing, obtained under a work placement.

Key Words:

Beijing Children's Hospital, skills, education

Úvod

Dětská nemocnice v Pekingu je nemocnicí terciálního stupně. Disponuje 970 lůžky. Je zde poskytována léčebná a ošetrovatelská péče dětským pacientům Pekingu a ještě další velké oblasti s rozlohou 4 000 km². Proto je zde výrazně rozvinuta i ambulantní složka zdravotnické péče.

Vlastní text

V současné době má nemocnice celkem 46 oddělení. Největší chloubou nemocnice je Národní klinické centrum pro výzkum a léčbu respiračních onemocnění dětského věku.

Město Peking intenzivně bojuje s náročnou smogovou situací, proto je tento medicínský obor pro nemocnici zvláště důležitý. Nemocnice slouží jako konzultační středisko pro vzácné případy dětských onemocnění v zemi a má vedoucí pozici v diagnostice a léčbě kritických stavů dětského věku. Pro léčbu onemocnění se používá kombinace metod tradiční čínské a západní medicíny. V Beijing Childrens Hospital pracuje více než 2500 zaměstnanců, kteří zabezpečují plynulý chod nemocnice. Ošetrovatelskou péči zabezpečuje 1 112 zdravotních sester. Denně je v nemocnici ošetřeno okolo 10 000 dětských pacientů, ročně je v nemocnici ošetřeno okolo 3 milionů pacientů. Již z těchto údajů je patrné, že daný počet personálu je značně pracovní vytížen a celý ošetrovatelský proces musí být řádně organizován.

Závěr

Sestry v Beijing Childrens Hospital mají podobné kompetence jako sestry v ČR, v některých oblastech ošetrovatelství ještě rozsáhlejší. Kvalifikační vzdělání pro sestry v Číně je vysokoškolské.

Korespondence:

Mgr. Ilona Plecítá
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Fakultní nemocnice Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: Ilona.Plecita@fnmotol.cz

Etikoterapie pro pomáhající profese

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

Katedra klinické a sociální farmacie Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové

Souhrn

Příspěvek teoretického charakteru seznamuje s možnostmi využití pozitivní psychologie a etikoterapie u pomáhajících profesí, nejen v oblasti péče o nemocné. Prezentuje rozličné oblasti vlivu pozitivního myšlení na pohodu, spokojenost a zdraví člověka.

Klíčová slova

Etikoterapie; Pozitivní myšlení; Pozitivní psychologie; Psychologie zdraví

Summary

This theoretical paper acquaints with the possibilities of using positive psychology and Ethicotherapy in the helping professions, not just in area of medical care. It presents various areas of positive thinking influence on comfort, satisfaction and health.

Key words

Ethicotherapy; Positive thinking; Positive psychology; Health psychology

Úvod

Lidé, kteří se se „zázračně“ uzdravili z nevyléčitelné choroby, např. z rakoviny, patří ve většině případů mezi jednak „bojovníky“ – jsou odhodláni se s nemocí „porvat“, nebo jsou to lidé věřící – nemoc berou s pokorou a často vyrovnání, nemoc je má někam posunout, dalším typem jsou lidé, pro které je nemoc impulzem k radikální změně životního stylu. Pro všechny uvedené typy je charakteristická schopnost nelitovat se a nemoci vzdorovat, nebrat ji jako trest či ránu osudu.

Již v dávné historii se vědci zabývali otázkami, jak je možné, že lidé se stejnou diagnózou, stejného věku, podobné fyzické konstituce i sociálních podmínek, mají při stejném způsobu léčby zcela odlišné výsledky z hlediska uzdravování a uzdravení. Zkoumali, jaké různé faktory mohou mít vliv na uzdravení člověka. Mezi poměrně

velkým množstvím faktorů se stále častěji do popředí dostává vliv pozitivního myšlení na vyléčení.

Problematikou pozitivního myšlení se zabývá v ČR např. M. Hanzlovský, K. Lochmanová, J. Cindler a další.

Dle slov Sokratových: „Tělo je jen obalem duše. Jakmile onemocní duše, onemocní i tělo.“ Na lidskou psychiku opět působí celá řada faktorů, jedním z podstatných jsou mezilidské vztahy. Faktory a procesy, které podporují pozitivní pocity, efektivní jednání a dobré fungování v osobním, pracovním i společenském životě zkoumá pozitivní psychologie.

Uzdravováním mezilidských vztahů se zabývá etikoterapie. V České republice se stále ještě jedná o nepříliš známou oblast s malým počtem vědeckých prací zaměřených na danou problematiku. K autorům, kteří se věnují otázkám etikoterapie, patří např. C. Bezděk, V. Vogeltanz, T. Vosá a další.

Vlastní text

Etikoterapie je, jak již bylo řečeno v úvodu, poměrně mladý obor, který se zabývá problematikou vycházející z vlivu negativních pocitů na duši. Z obecného hlediska známe několik nejdůležitějších pocitů, které mohou negativně ovlivnit naše zdraví: závist, nenávisť, pocit křivdy, zloba, lítost, strach, dlouhodobé trápení se pro jiné. V současné době je již známo, že pokud o duši dostatečně nepečujeme, dochází k tzv. psychosomatickým chorobám. Neexistuje zdravá duše a nemocné tělo, tak jako neexistuje nemocná duše a zdravé tělo. Zamysleme se nad některými otázkami týkajícími se štěstí, např.: „Proč jsou někteří lidé již na první pohled a trvale šťastnější než jiní? Přinášejí peníze štěstí? Lze se naučit být šťastný? Jak můžeme štěstí definovat a zjišťovat? Proč jsou některé skupiny lidí šťastné a jiné nešťastné? Co je potřeba dělat či nedělat, abychom zažívali více štěstí?“ Mnozí z nás by na dané otázky odpověděli mnohdy diametrálně rozdílně. Lze vůbec na takové otázky fundovaně objektivně odpovědět?

Pojmem štěstí a definicí štěstí se zabývá nejen pozitivní psychologie a etikoterapie, ale od nepaměti mnohé filozofické disciplíny. Jak tedy lze definovat štěstí. Co je štěstí?

„Stav duševní pohody, spokojenost, klid mysli.“ „Životní spokojenost, pocit naplnění a nepřítomnost duševního stresu.“ „Radost, potěšení, zábava.“ „Člověk je šťastný, pokud chce být šťastný.“ „Štěstí musíme hledat v tom, co máme, ne v tom, co bychom chtěli mít.“ Tolik výčet citátů více či méně známých autorů (uvedené citace jsou připisovány různým autorům).

Vědecké pojetí definuje štěstí jako subjektivní pocit pohody. Čili, jak člověk vnímá v celkovém pohledu i v dílčích oblastech svůj vlastní život. Pocit pohody posuzuje daný člověk sám, z vlastního úhlu pohledu a hodnotí dvě základní oblasti: 1) spokojenost v práci a doma; 2) spokojenost se sebou a s ostatními.

Štěstí lze i více či méně objektivně zjišťovat. K účelu mapování subjektivního pocitu pohody, čili štěstí, byly vytvořeny např. standardizované dotazníky, připraveny a zpracovány šablony pro strukturované rozhovory. K dalším metodám patří pozorování respondentů, zaznamenávání jejich zážitků, pohled do minulosti se záznamem subjektivních pocitů atd. K neobjektivnějším metodám lze řadit především skenování mozku a měření hladiny kortizolu ve slinách. Jsme tedy schopni štěstí objektivně změřit.

Můžeme si také položit otázku, zda je štěstí důležité? Ano, je. Uvedené tvrzení je dokonce vědecky prokázáno. Konkrétně, že šťastní lidé mají odolnější imunitní systém, jsou zdravější a žijí déle. Bývají úspěšnější v práci a navazují dobré osobní vztahy. Lidé je považují za sympatické, dokáží se lépe vyrovnat s různými překážkami, snadněji se rozhodují a bývají tvořivější.

Na základě studie dvojčat je subjektivní pocit pohody (štěstí) daný dědičností. Podobně jako tendence k depresi, se dědí také předpoklady ke štěstí. Nesmíme zapomínat, že velmi důležitou roli samozřejmě hraje také prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá a zároveň výchova v původní rodině. Každý člověk dokáže prožívat extrémní pocity štěstí i neštěstí, ale obvykle se poměrně rychle vrací k původnímu nastavení.

Na subjektivní pocit pohody mají vliv i regionální aspekty. Mezi nejvýznamnější patří zejména bohatství, stabilita a demokratická povaha společnosti, kde jedinec žije. Dále také sociální normy a zvyklosti dané společností, především jaké jsou zvyky v prožívání

pozitivních pocitů, jak dávat najevo své pocity, jak se vyhýbat negativním atp. Je pochopitelné, že velká chudoba podporuje pocit neštěstí, ale kupodivu velké bohatství má na subjektivní pohodu jen malý vliv. Čím víc je člověk zaměřen materialisticky, tím méně je šťastný.

Závěr

Co lze poradit člověku, aby byl šťastný. Jak být šťastný. Především je nutné nezaměřovat úspěch se štěstím; mít pocit kontroly nad svým životem; chovat se šťastně – usmívat se, dávat najevo optimismus, být vstřícný. Prožitek štěstí také umocňuje práce a zájmové aktivity, při nichž jedinec využívá své dovednosti. K dobré náladě přispívá také pravidelný pohyb, zdravý spánek a zdravé jídlo. Pocit štěstí zvyšuje pomáhání druhým, projevování vděčnosti, víra a naděje. Důležité je posilovat vztahy z blízkých, udržovat dobré vztahy v rodině a mezi přáteli, neporovnávat se s druhými a nelpět na minulosti.

Z hlediska osobnosti je vhodné posilovat silné stránky a dobré vlastnosti, jako jsou: moudrost, tvořivost, zvědavost, otevřená mysl, zájem o další učení, všeobecný rozhled, odvaha, vytrvalost, vitalita, integrita osobnosti, lidskost, vřelost, sociální inteligence, smysl pro spravedlnost, laskavost a schopnost odpuštění, pokora a skromnost, sebekontrola, vděčnost, oceňování krásy a znamenitosti, smysl pro humor a oduševnělost.

V současné době bohužel stále převládá zaměření odborníků více směrem ke zkoumání a mapování negativních pocitů. Například ze 100 odborných psychologických či psychiatrických knih je 99 o depresi a pouze 1 o štěstí.

Literatura

Vogeltanz, V. (2012) Co s doktorem. Praha: Fontána

Vosá, T. (1993) Já bezprsá. Praha: Fontána. ISBN 978-80-9019-890-6

Kontaktní adresa

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.
Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové
Katedra klinické a sociální farmacie
Akademika Heyrovského 1203/8
500 02 Hradec Králové
E-mail: svare8ap@faf.cuni.cz

Eliminace negativních emocí souvisejících s gastroenterologickým výkonem pomocí dobrovolníků v Krajské nemocnici Liberec

Mgr. Ing. Tomáš Hendrych, MUDr. Djoko Sartono, Dagmar Poláková
Krajská nemocnice Liberec

Souhrn:

Autoři příspěvku předkládají zkušenosti získané během pětileté a plodné spolupráce odborného personálu gastroenterologického oddělení Krajské nemocnice Liberec, a. s. s dobrovolníky. Dobrovolnická služba v gastroenterologické ambulanci je nedílnou součástí dobrovolnického programu, který je realizován Dobromyslí – Dobrovolnickým centrem Krajské nemocnice Liberec, a. s. Cílem angažmá dobrovolníků na gastroenterologii je eliminovat obavy, strach a jiné negativní pocity pacientů a poskytnout jim tak podporu zejména při endoskopiích, eventuálně koloskopiích a dalších lékařských výkonech. V první části příspěvku autoři podrobněji analyzují historický vývoj dobrovolnického angažmá na gastroenterologii, jeho organizační zajištění a náplň dobrovolnické činnosti. Druhá část příspěvku je zaměřena na zhodnocení významu dobrovolnické spolupráce z pohledu do procesu zapojených stran.

Klíčová slova:

Dobrovolnictví v nemocnici; Gastroenterologie; Dobrovolník; Dobrovolnická aktivita

Elimination of Negative Emotions of Patients on an Gastroenterology Procedure by Volunteers in the Hospital of Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Summary:

Authors present the experiences from a five years of effective cooperation between the medical staff of gastroenterology department and volunteers. Voluntary activity in gastroenterology practice is integral to voluntary concept of Dobromysl – Voluntary center of Krajská nemocnice Liberec, a.s. The goal of volunteers is to try to eliminate a negative influence of endoscopical examinations, also to moderate fear and make the patients feel comfortable while having their tests done. Moderate a fear of endoscopical investigations. In the first part of this article authors analyse in detail a historical

development of volunteers in gastroenterology, their organizational arrangement and voluntary activities. In the second part the participating sides evaluate voluntary cooperation.

Key words:

Volunteering in hospital; Gastroenterology; Volunteer; Voluntary activity

Úvod

Dobrovolnický program byl v Krajské nemocnici Liberec, a. s. (dále jen KNL) implementován na konci roku 2003. Od roku 2008 je realizován Dobromyslí – Dobrovolnickým centrem KNL (dále jen Dobromysl). Koncepce programu a jeho struktura vycházejí z potřeb klientů, zohledňují reálné možnosti a motivaci dobrovolníků na jedné straně a zájem nemocničních oddělení o tuto formu nadstandardní služby na straně druhé. Dobromysl se řídí zákonem č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě, v platném znění a ustanoveními Metodiky Ministerstva zdravotnictví České republiky³. Jeho cílem je podporovat klienty nemocnice během jejich pobytu po stránce psychosociální a eliminovat tak negativní pocity, které obvykle takový pobyt doprovázejí. Klíčovými složkami programu jsou: prosociálně orientované činnosti dobrovolníků a dobrodinců, kulturně zábavný program pro klienty nemocnice, neformální poznávání a vzdělávání, dobročinný obchůdek a propagace dobrovolnictví.

Historický vývoj spolupráce gastroenterologů s dobrovolníky

Dobrovolníci docházejí na gastroenterologické oddělení KNL od října roku 2011. Startu tohoto projektu předcházela samozřejmě přípravná fáze. Nejprve byla předložena ze strany Dobromysli nabídka ke spolupráci. Původní představa, inspirovaná zkušeností z nemocnice v Jablonci nad Nisou, byla držení pacienta za ruku dobrovolníkem během endoskopie. Rozhodující v této fázi bylo pochopení a vstřícnost ze strany zdravotnického personálu. Tehdejší primář oddělení MUDr. Janků a vrchní sestra vyhodnotili tuto nabídku jako zajímavou z hlediska podpory celostní péče o pacienta,

³ Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích v souladu s procesy řízení rizik a bezpečnosti pacientů uveřejněno ve Věstníku MZ č. 6/2009

seznámili s projektem své podřízené a požádali Dobromysl o uvedení do služby historicky první dobrovolnice (Poláková, 20106, s. 34).

Dobrovolníci nezklamali důvěru zdravotníků, ba naopak si ji ještě upevnili. To postupně vedlo k tomu, že dobrovolnická služba se rozvíjela jak po stránce kvantitativní:

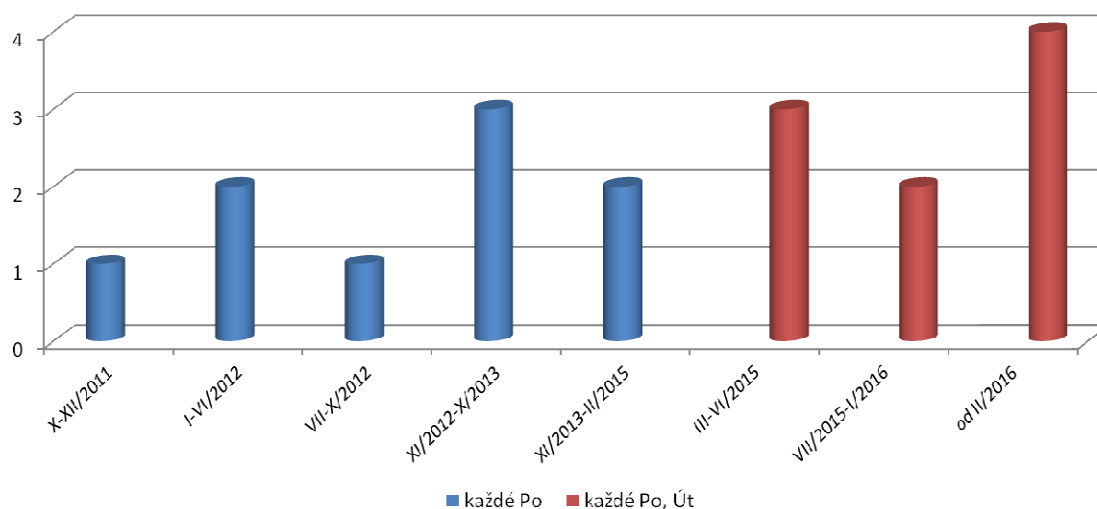
- růst počtu dobrovolníků docházejících na oddělení,
- rozšíření počtu dnů v týdnu, kdy dobrovolníci konají službu (frekvence),

tak po stránce kvalitativní:

- rozšiřování dobrovolnických kompetencí,
- asistence dobrovolníků při složitějších výkonech.⁴

Vývoj počtu dobrovolníků na gastroenterologii zachycuje graf na obr 1. Rostoucí trend je nepochybně dán zájmem na straně dobrovolníků o tuto formu činnosti ale velmi důležitou roli hraje zájem na straně personálu. Zdravotnický personál nic nenutí spolupracovat s dobrovolníky. Přítomnost dobrovolníka není zakotvena v žádném postupu. Spolupráce s ním vyžaduje i trochu práce navíc. Právě zdravotnický personál rozhoduje o tom, zda dobrovolník ano, anebo dobrovolník ne. Vedle dobré vůle, která je mimochodem pro dobrovolnický program nezbytná, hraje nepochybně roli fakt, že dobrovolník pozitivně přispívá k péči o pacienta. Skutečnosti zobrazené v grafu můžeme tedy interpretovat tak, že dobrovolnická služba na gastroenterologii je prospěšná.

Obr. 1 Vývoj počtu dobrovolníků, četnost služeb (Zdroj dat: Dobromysl)



⁴ Doposud nejsložitějším případem bylo poskytnutí psycho-sociální podpory dobrovolnicí během aplikace perkutánní endoskopické gastrostomie.

Obr. 1 názorně ukazuje, jak se vyvíjel počet dobrovolníků docházejících do gastroenterologické ambulance KNL. Na vodorovné ose jsou uvedena jednotlivá období. Římská číslíčka označují měsíce příslušného roku. V průběhu těchto časových intervalů byl stav dobrovolníků stabilní. Svislá osa znázorňuje počet dobrovolníků aktivně zapojených do služby v gastroenterologické ambulanci. Barvou je odlišena četnost služeb. Modrá znamená, že dobrovolnice docházely pravidelně jedenkrát týdně a to konkrétně v pondělí. Červená značí četnost dvakrát týdně a to v pondělí a v úterý.

Organizační zabezpečení dobrovolnické služby na gastroenterologii a její náplň

Důležitou roli v rámci organizačního zabezpečení hraje kontaktní osoba. Tuto funkci vykonává zpravidla vrchní sestra. Jejími nejdůležitějšími úkoly je uvádět na oddělení nové dobrovolníky, proškolit je, komunikovat s koordinátorem dobrovolníků záležitosti týkající se dobrovolnické činnosti.

Výběr vhodného adepta zajišťuje koordinátor dobrovolníků. Tento výběr je poněkud limitován požadavkem vyhradit si volný čas na dobrovolnickou činnost zhruba dvakrát měsíčně, pondělí nebo úterý dopoledne. Zájemce absolvuje vstupní pohovor, zaregistruje se v dobrovolnickém centru a poté prochází vstupním školením. V případě, že se během těchto vstupních procedur nezmění zájemcův úmysl dobrovolnický se angažovat v nemocnici, je s ním sepsána písemná smlouva. Každý dobrovolník je pojištěn.

Následuje uvedení dobrovolníka na gastroenterologické oddělení. Dobrovolník je představen kontaktní osobě, absolvuje nezbytnou edukaci (zejména v oblasti hygieny). Následně se zacvičuje pod vedením zkušené dobrovolnice. Délka zácvičení je odvislá od potřeb nováčka. Po ukončení zácvičení se nový dobrovolník zapojuje již samostatně do činnosti týmu.

Dobrovolnický tým tvoří momentálně výhradně ženy. Doposud se jich v něm vystřídalo celkem 6. Od února 2016 je čtyřčlenný. Z hlediska sociálního statusu se jednalo/jedná o seniorky, ženu v domácnosti, invalidní důchodkyni, ženu na mateřské a podnikatelku.

Tab. 1 Náplň činnosti dobrovolníka na gastroenterologii (Poláková, 2016, s. 35)

Fáze před lékařským výkonem
Zmírňování případné pacientovy úzkosti z vyšetření setrváním u pacienta
Odvedení pozornosti od strachu z vyšetření komunikací s pacientem
Edukace pacienta laickou formou a zodpovězení jeho případných dotazů
Pomoc pacientovi při ulehávání na lůžko
Fáze během lékařského výkonu
projevení empatie a osobní účast při diagnostickém výkonu
zmírňování pacientova nepohodlí a minimalizace jeho nepříjemných pocitů komunikací
haptická komunikace při vyšetření a pomoc při zajišťování správné polohy pacienta
pomoc při ochraně endoskopu a potlačení reflexu sahání na něj
Fáze po lékařském výkonu
pomoc při sestupu z vyšetřovacího lůžka
připomenutí informací ohledně režimových a dietních opatření
sdílení pacientových pocitů po výkonu

Z tab. 1 vyplývá, že dobrovolník na gastroenterologickém oddělení musí disponovat minimálně těmito kompetencemi:

- umět pozorně a empaticky naslouchat, být empatický,
- umět navázat rozhovoru s pacientem,
- ovládat kladení otevřených i uzavřených otázek,
- ovládat odreagování rozhovorem,
- umět zareagovat na případné pacientovy dotazy,
- umět respektovat vymezené hranice (ctít lékařské kompetenci),
- ovládat neverbální (především její haptickou formu) komunikaci.

Vliv dobrovolnické služby na průběh endoskopického výkonu z perspektivy gastroenterologa

Endoskopické vyšetřování tvoří větší část pracovní náplně gastroenterologa. S rozšiřováním diagnostických a terapeutických možností se zvyšuje množství výkonů. Jsou tedy vyšší nároky na množství vyšetření a zkracuje se časový prostor na komunikaci lékaře či zdravotní sestry s pacientem. Další čas si nárokuje nadbytečná dokumentace, která se stále rozšiřuje.

Myšlenka přítomnosti dobrovolníka v průběhu endoskopie byla novinkou, která se zdála být nadějnou zvláště na pozadí obecného mýtu medicíny vzdalující se duši pacienta. Po ujasnění pravidel chování na pracovišti, spočívajících hlavně v dodržování hygienických předpisů k ochraně dobrovolníka i pacienta, jsme již nechali dobrovolnicím volnost v

přístupu k pacientovi. Tato pomoc byla zvolena pro endoskopii horní části zažívacího traktu. Pacienti sdělují strach z vyšetření, hlavně obavy z velkého dávicího reflexu, zvracení, omezení dýchání. Toto vyšetření většinou nezpůsobuje bolest a léky odstraňující úzkost a léky tlumící ho usnadňují.

Obavy z vyšetření mívají častěji pacienti, kteří ho ještě neabsolvovali. Především oni uvítali příležitost úvodního kontaktu s dobrovolníkem. Při něm měli možnost být laicky informováni o průběh endoskopie a vytvořili si kontakt v novém prostředí. Menší počet pravidelně vyšetřovaných pacientů vzhledem k dobré snášenlivosti výkonu dobrovolníka nevyžadoval, většinu však zklidňoval tělesný dotyk během vyšetření. Podpora ze strany dobrovolnice po vyšetření vyjádřená empatií a zopakováním základních pokynů k příjmu ústy upokojila většinu pacientů.

Dobrovolnice mají sice k pacientům různý přístup. Jsou však samy schopné vycítit jejich potřeby a jim přizpůsobit kontakt s pacienty – způsob komunikace či fyzický dotyk. Zdravotní personál vnímal zpočátku dobrovolnice rozporuplně vzhledem k omezení volného prostoru na pracovišti. Dobrovolnice si však časem našly vhodnou pozici, aby nepřekážely, převzaly část edukačních činností a fyzicky pomáhaly s příchodem a odchodem pacienta. Na našem pracovišti mělo příležitost spolupracovat s dobrovolníky celkem 7 lékařů. Přes počáteční nedůvěru u některých z nich si dobrovolnice postupem času získaly jejich důvěru zejména díky usnadnění vyšetření a vytvoření pro spolupráci s pacientem potřebné vazby.

Uvedená reflexe je získaná z mé osobní zkušenosti ze spolupráce s dobrovolnicemi, není výsledkem pečlivého sběru dat. Souhrnně považuji přítomnost dobrovolníka při endoskopii horního zažívacího traktu za přínosnou. V rámci systému řízené dokumentace navrhuji umožnit v části premedikace a sedace uvést poznámku: přítomnost dobrovolníka.

Zhodnocení přítomnosti dobrovolníků z hlediska pacientů

O přínosu dobrovolnické služby v gastroenterologické ambulanci KNL pro pacienty částečně vypovídá dotazníkové šetření, které v rámci své bakalářské práce provedla dobrovolnice Dagmar Poláková. Toto šetření (Poláková, 2016, s. 38–49) bylo zaměřeno především na ověření hypotézy, zda je přítomnost dobrovolníka pro pacienta přínosem pro pacienta. Toto šetření se uskutečnilo v období února až dubna 2015 na oddělení endoskopie v liberecké nemocnici se souhlasem primáře MUDr. Jiřím Janků.

Dotazník, který byl vytvořený tak, aby potvrdil nebo vyvrátil předem stanovené hypotézy, vyplnilo 81 pacientů. Čtyřicet pacientů, kteří podstoupili vyšetření za přítomnosti dobrovolníka. Dále byla vytvořena kontrolní skupina o jednačtyřiceti respondentech, která zahrnovala pacienty, kteří vyšetření podstoupili bez přítomnosti dobrovolníka. Dle výsledků a vyhodnocení tohoto šetření se potvrdilo, že vnímání podpory u skupiny pacientů s přítomností dobrovolníka u vyšetření je výrazně příznivější než u druhé kontrolní skupiny. Dotazníkové šetření také potvrdilo hypotézu, že čím silnější má pacient obavy a strach z vyšetření, tím negativněji hodnotí průběh vyšetření.

Tab. 2 Vnímání podpory ze strany personálu a přítomných osob pacienty (Poláková, 2016, s. 43)

Vyhodnocení odpovědí na otázku:	Skupina respondentů			
	s dobrovolníkem		bez dobrovolníka	
„Cítil(a) jste podporu, povzbuzení ze strany personálu a přítomných osob?“	♂	♀	♂	♀
Ano velmi	17	21	11	13
Spíše ano	0	1	4	7
Ani ano, ani ne	1	0	2	2
Spíše ne	0	0	0	0
Vůbec ne	0	0	1	1

Z číselných údajů v tab. 2 je patrný přínos dobrovolníka v souvislosti s podporou. Zejména v kategorii respondentů vnímajících tuto podporu velmi intenzivně. Ve skupině s dobrovolníkem je jejich počet oproti počtu ve skupině bez dobrovolníka vyšší a to 1,5krát v případě mužů a v případě žen dokonce 1,6krát. Avšak výzkumné šetření je třeba brát vzhledem k nízkému počtu respondentů s rezervou a nelze tedy jeho výsledky příliš zobecňovat. Navíc výsledky nebylo možné konfrontovat s jinými publikacemi či výzkumy, které by se dané problematice věnovaly, neboť autorce nejsou známy nebo neexistují.

Vedle výše diskutovaného výzkumu hovoří o významu dobrovolnické činnosti na gastroenterologie též osobní sdělení dobrovolnic. Za všechny si dovoluujeme ocitovat jednu z nich, která sdílela svou osobní zkušenost z gastroenterologie těmito slovy pacienta: „Kdybych věděl, že tu se mnou budete, tak bych se na ten výkon těšil.“

Význam dobrovolnické služby na gastroenterologii pro samotné dobrovolníky

Podle osobních sdělení dobrovolníků Dobromysli působících na gastroenterologii jsou pro ně důležité tyto momenty:

- zpětná vazba od lékařů a pozitivní odezvy od zdravotníků, což má velmi silnou motivační hodnotu,
- významně pozitivní a bezprostřední zpětná vazba od pacientů,
- vykonávání prospěšné a dobré "věci" – činnosti, která vede k větší pohodě pacientů a k lepšímu prožívání nepříjemného vyšetření,
- tohoto vycházející dobrý pocit, z kterého dobrovolník čerpá,
- dobrovolník se cítí být členem týmu.

Závěr

Z předloženého článku vyplývá, že dobrovolnická služba v gastroenterologické ambulanci přispívá k většímu komfortu pacienta tím, že eliminuje jeho negativní pocity související s lékařským výkonem. Můžeme ji tedy vřele doporučit všem zdravotnickým zařízením, v nichž jsou dobře zavedené a funkční dobrovolnické programy a v nichž má personál zájem o tuto formu spolupráce a je ochotný vytvořit podmínky pro pohyb laiků na odborném pracovišti.

Literatura

POLÁKOVÁ, D. (2016) *Dobrovolník a jeho přínos pro zlepšení péče o pacienta při endoskopii*. Praha. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Korespondence:

Mgr. Ing. Tomáš Hendrych
Dobromysl – Dobrovolnické centrum
Krajské nemocnice Liberec, a. s.
Husova 357/10
460 63 Liberec 1
Email: tomas.hendrych@nemlib.cz

Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry

PhDr. Marianna Cabanová, doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
Slovenský ústav srdcovo cievnych chorôb, Banská Bystrica
Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn:

Hlavným cieľom tohto príspevku nie je len poukázať na špecifiká chirurgického pacienta, ale predovšetkým na náročnosť práce sestry na kardiochirurgickej operačnej sále, kde dominuje práve inštrumentovanie. Práca je náročná na dlhodobú koncentráciu, vynútené tempo, časový tlak či sťaženú sociálnu interakciu. Sestra pracujúca na operačnej sále má disponovať nielen výbornými technickými zručnosťami, ale inovatívne kardiochirurgické výkony má chápať ako výzvu k ďalšiemu odbornému rastu. Inapriek špecifickému pracovnému prostrediu je nevyhnutné, aby sestra nezabúdala na adekvátny etický prístup k chorým podstupujúcim zložité kardiochirurgické zákroky.

Kľúčové slová:

Kardiochirurgia; Operačná sestra; Pracovná záťaž; Etika

Stressful Situations and Ethics in the Environment of Cardiac Surgery Operation Theatres from Nurses Point of View

Summary:

The main objective of this paper is to highlight the particularity and complexity of the work of nurses in cardiac surgery operation theatre, which is mainly an assistance during very serious surgical operations. The work is demanding not only physically, but it also requires long-term concentration, forced pace of work and also more difficult social interaction. Nurses working in the operation theatre has to have not only excellent technical skills, but they also should see innovative cardiac surgery as a challenge for further professional development. Despite the specific working environment it is

essential to bear in mind the adequate ethical approach and respect for the dignity of patients who undergo cardiac surgery.

Key words:

Cardiac surgery; Surgical nurse; Workload; Ethics

Úvod

V súčasnosti ochorenia kardiovaskulárneho systému patria celosvetovo medzi najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia so značným ekonomickým dopadom na spoločnosť a výrazným zásahom do kvality života jedincov všetkých vekových skupín, pričom výnimkou nie sú ani jedinci mladšieho či stredného dospelého veku.

Zo štatistických údajov Americkej spoločnosti pre ochorenia srdca zverejnených v roku 2016 vyplýva, že i napriek istému poklesu mortality na akútne formy ischemickej choroby srdca (predovšetkým vďaka moderným intervenčným terapeutickým metódam – poznámka autorov), celková záťaž spojená s týmito ochoreniami zostáva stále veľmi vysoká. Hypertenziou, ako hlavným rizikovým faktorom fatálnych ochorení srdca, trpí v USA 32,60 % populácie, pričom na následky ochorenia srdca zomiera každých 40 sekúnd jeden Američan (Heart Disease, 2016). Identická situácia je vo všetkých vyspelých štátoch Európy, Slovenskú a Českú republiku nevynímajúc.

Práve kardiochirurgia predstavuje vysoko progresívny chirurgický odbor, ktorého hlavnou náplňou je operačná liečba nielen vrodených, ale aj získaných ochorení srdca a koronárnych artérií. Nezriedka ide o mimoriadne náročné, ale na druhej strane život zachraňujúce a kvalitu života zlepšujúce terapeutické intervencie, ktorých počet každým rokom zaznamenáva stúpajúci trend.

Vo svätyni kardiochirurgie – v operačných sálach nastávajú zmeny, z ktorých najmarkantnejšie sú tie hmotné súvisiace s neustálym zlepšovaním materiálo-technického vybavenia. Súbežne s časom a kultúrou sa však zmenil aj imidž operačných sestier. Ideálom, o ktorý sa súčasné operačné sestry usilujú, je sestra profesionálka – inteligentná, asertívna, logicky rozmyšľajúca, progresívna, sofistikovaná, snažiaca sa dosiahnuť čoraz vyššiu kvalitu poskytovaných služieb. Dobrá operačná sestra pociťuje

potrebu profesijne rásť, vzdelávať sa, neustále zvyšovať kvalitu svojej práce, byť plnohodnotným členom tímu pracujúceho pre zdravie pacienta. V porovnaní s minulosťou sa požiadavky na jej vedomosti, zručnosti a etický rozmer jej práce značne rozšírili (Kudlejová, 2005).

Vlastný text

Chirurgicky chorí predstavujú osobitú skupinu pacientov podstupujúcich operačný zákrok s cieľom odstránenia či eliminovania ich zdravotných problémov, resp. skvalitnenia života. Operačné zákroky mnohokrát hlboko zasahujú do integrity chorých a sú dôvodom k vzniku variabilných a rôznorodo intenzívnych maladaptčných prejavov. Pokiaľ to zdravotný stav pacienta umožňuje, tento má právo poznať cieľ, dôsledky i riziká operačného výkonu ešte pred jeho samotnou realizáciou.

Operačná sestra je denno-denne konfrontovaná s pacientmi podstupujúcimi náročné chirurgické zákroky. Podľa Votavovej (2005) je profesia sestry pracujúcej v operačnej sále fyzicky i psychicky namáhavá, vyžaduje kritické myslenie, odborné vedomosti i praktické zručnosti. Sestra musí byť navyše rýchla a pohotová, spoľahlivá a zodpovedná, bystrá a povahovo vyrovnaná. Medzitým asertívne, rozvážne so zmyslom pre zodpovednosť a rešpektujúc vlastné postavenie v hierarchii členov operačného tímu upokojuje prevažne napätú atmosféru v operačnej sále (Balková, 2004).

Hlavné atribúty fyzickej záťaže kardiochirurgickej operačnej sestry

Operačné výkony v kardiochirurgii trvajú niekoľko hodín, počas ktorých operačná sestra musí byť, a to bez ohľadu na vlastné nepohodlie, plne sústredená. Nie je výnimkou, že po náročnom operačnom programe si nemá možnosť odpočinúť a naďalej pracuje v operačnej sále. Takéto dlhodobé preťažovanie môže viesť až k poškodeniu zdravia. Monotónna práca môže tiež spôsobiť zníženie výkonnosti a zhoršenie subjektívnych pocitov únavy. Práca v nočných hodinách je osobitne náročná, pretože v noci klesá aktivita všetkých fyziologických funkcií. Rozsiahle nadčasy, či už dobrovoľné alebo nariadené, môžu taktiež viesť k ohrozeniu zdravia (Gučková, 2007).

Vplyvom dlhodobého státia a zotrávania v tej istej polohe operačné sestry trpia bolesťami, a to najmä kraniocervikálneho úseku chrbtice, dochádza u nich i k zmenám

klenby nohy, pričom nezriedka bývajú postihnuté aj kĺby. Fyzicky náročná je aj manipulácia so setmi nástrojov spojená s prevahou statických prvkov pri samotnom inštrumentovaní. Pre prácu v kardiochirurgii je charakteristická ortostatická záťaž dolných končatín a vznik kŕčových žíl (Komačeková, 2004).

Práca v priestoroch bez denného svetla, ako sú aj kardiochirurgické operačné sály, sa považuje za prácu v sťažených svetelných podmienkach. Profesia operačných sestier je osobitne náročná na vnímanie a pozornosť. Okohybné svaly sú zaťažované i nepretržitým striedavým sledovaním a identifikáciou variabilna rozmiestnených a rôzne veľkých predmetov či iných zrakovo dôležitých informácií (Hubáčová, 1999).

Prácu v kardiochirurgickej operačnej sále ovplyvňuje aj hlučnosť okolia a dĺžka trvania výkonu. Hlučnosť pozadia núti k vyvíjaniu vyššieho úsilia pri rozlišovaní signálov.

Takéto prostredie, ako aj monotónny zvuk, narúša sústredenosť, odpútava pozornosť operačného tímu a sťažuje jeho vzájomnú komunikáciu. Vzhľadom k tomu, že ventilačné systémy menia vzduch viackrát za hodinu, sú hlučnejšie, pokiaľ nepracujú optimálne. Zvýšený hluk na operačnej sále môže ohrozovať bezpečnosť pacienta a vyvolávať stres u personálu (Kovářová, 2006).

Pre prácu v kardiochirurgických operačných sálach je nevyhnutné chladné prostredie, neraz okolo 16 °C. Neobmedzuje sa iba na nízku teplotu v miestnosti, ale pre operáciu je nevyhnutná aj nízka teplota tela pri štandardných výkonoch 34°C, dlhšie trvajúcich výkonoch aj 26 °C (Cardio.sk). Pri práci v chladnom prostredí sa organizmus chráni pred stratami tepla zníženým prietokom krvi kožou, najmä na prstoch rúk a nôh. Mikroklimu operačných sál by mala zaisťovať funkčná a správne nastavená klimatizácia. Prácu operačného tímu nie je možné technicky uľahčiť, je však dôležité upraviť faktory pracovného prostredia (Dvorská, 2010).

Hlavné atribúty psychickej záťaže kardiochirurgickej operačnej sestry

Práca na operačných sálach je okrem fyzického zaťaženia spojená aj s dlhodobou maximálnou koncentráciou psychických procesov, akými sú pozornosť, presnosť, pamäť, myslenie, schopnosť učiť sa, s ktorou súvisí aj schopnosť byť technicky zručný,

rýchlo a adekvátne sa rozhodnúť a pod. Nevyhnutnou súčasťou dotvárajúcou profil operačnej sestry sú i adekvátne morálne vlastnosti a emócie. Existujú riziká majúce vzťah k režimu práce a odpočinku. Dôsledkom je preťaženie nervového systému vedúce k únave a vyčerpaniu, kardiovaskulárnym chorobám či neuropsychickým poruchám.

V súčasnej dobe sú z hľadiska psychickej záťaže vnímané ako najviac stresové tieto faktory: boj o život pacienta, práca vo vynútenom tempe, časový tlak, sťažená sociálna interakcia (Friedel, 2006).

Operačné sestry pracujúce v odvetví kardiochirurgie jednoznačne patria do skupiny pracovníkov exponovaných stresu a zaslúžia si pozornosť z hľadiska ochrany zdravia pri práci. Sú vystavené celému komplexu pracovných rizikových faktorov, medzi ktoré patria:

- inštrumentovanie počas resuscitácie pacienta a nároky na operatívne rozhodovanie pri nedostatku času,
- inštrumentovanie pri operačných výkonoch spojených s mimotelovým obehom,
- nároky na zvýšenú činnosť zmyslov, najmä vypätie zraku pri práci s predmetmi malej veľkosti a za nevhodného kontrastu jasov,
- nároky na nepretržité sústredenie pozornosti, najmä pri napätom sledovaní rôznych dejov, neustálom monitorovaní situácie,
- nároky na plynulé riešenie meniacich sa situácií a vysoký stupeň zodpovednosti za prípadné chybné rozhodnutie,
- nároky na jednostranné zaťaženie, monotónne činnosti, vynútené tempo,
- nároky na sociálnu komunikáciu s osobami v strese,
- nepravidelný režim práce a odpočinku,
- práca s osobnými ochrannými pomôckami, fyzicky namáhavá práca, dlhé státie – 5 hodín a viac (Roubalová, 2004).

Všetky vyššie uvedené faktory spojené s náročným, ale nevyhnutným kontinuálnym vzdelávaním týkajúcim sa nielen medicínskej problematiky, ale aj technického vybavenia a nových metodických postupov inštrumentovania, môžu mať negatívny dopad na organizmus operačnej sestry a môžu vyústiť až do vzniku psychosomatických ochorení.

Medzi príznaky preťaženia, ktoré sa môžu vyskytnúť v dôsledku pôsobenia stresových faktorov na organizmus operačných sestier, patrí: nadmerná citlivosť, podráždenosť, búšenie srdca, impulzívne správanie, nutkanie do plaču, strata koncentrácie, zabíhanie myšlienok, dezorientácia, zvýšená náchylnosť k úrazom, pocity citovej slabosti a neznesiteľnej únavy, emocionálne napätie, podráždenosť, tiky a trasenie končatín, tendencia ľahko sa rozčúliť, neschopnosť nájsť správny výraz, nespavosť, nadmerná gestikulácia, nadmerné potenie. Tiež sa môžu vyskytnúť zažívacie ťažkosti spojené s extrémnou zmenou chutí, už spomínané bolesti chrbta a krížov, bolesti hlavy, u fajčiarov zvýšená túžba fajčiť, túžba mať od všetkých pokoj (Schuller, 1997). Okrem uvedených zdravotných problémov sa u sestier nezriedka vyskytujú aj srdcovo-cievne, neurologické, metabolické a iné ochorenia.

Ako danú situáciu zmeniť?

Je dôležité, aby si zainteresovaní uvedomili, že príčinu konfliktov v operačných sálach môžeme hľadať predovšetkým v ľudských vlastnostiach, temperamente, povahe a odlišných prioritách. Každý z nás je iný a na rovnakú kritickú situáciu môže reagovať rôzne. Pokiaľ členovia operačného tímu pôsobia navzájom negatívne, odrazí sa to aj na ich výkone. Na operačný tím pôsobia nepriaznivo najmä dlhodobé neriešené alebo potláčané pracovné a osobné konflikty, ktoré rozkladajú kolektív. Vedú k nespokojnosti, zníženej pracovnej výkonnosti a u niektorých pracovníkov aj k psychickým a zdravotným problémom (Červenková, 2006).

Operačné sestry, ktoré značne podliehajú stresovým situáciám a v dostatočnej miere ich nekompensujú zmysluplnými a pre každú sestru aj individuálne zvolenými aktivitami, riskujú narušenie vnútornej rovnováhy a toho, že postupom času nedokážu prežívať radosť. Od tejto situácie je len krok k syndrómu vyhorenia, ktorému je lepšie predchádzať, ako neskôr riešiť jeho dôsledky.

Etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál

Zdravotnícki pracovníci, operačné sestry nevynímajúc, nemôžu byť skutočnými profesionálmi, pokiaľ nedisponujú adekvátnymi morálnymi vlastnosťami. Etický prístup k pacientom na operačnej sále je determinovaný invazivitou i samotným priebehom

chirurgickej liečby a dopadom operácie na ďalší život pacienta. V epicentre zdravotníckej etiky stojí chorý človek a sestra rieši náročné situácie, ktoré prináša zdravotnícka prax. Jej úlohou je nielen rešpektovať, ale do práce aj implementovať zásady z hľadiska jej profesie prioritného dokumentu – etického kódexu sestier, ktorý predstavuje jeden z najvýznamnejších spôsobov vnášania etiky do každodennej práce sestier. Usmerňuje ich konanie, uľahčuje rozhodovanie a vytvára základ interpersonálnych vzťahov, a to nielen v zdravotníckom tíme, ale aj medzi zdravotníckymi profesionálmi a ich pacientmi. Operačná sestra je povinná rešpektovať a vo svojej odbornej činnosti sa riadiť štyrmi základnými princípmi zdravotníckej etiky: justice, non-maleficiencie, beneficiencie a autonómie. Má vnímať pacienta nie z paternalistického pohľadu, ale akceptovať ho ako partnera v diagnosticko-terapeutickom procese. Operačné sestry asistujúce pri špecifických kardiochirurgických zákrokoch by z morálneho hľadiska nemali zabúdať na verbálnu i neverbálnu podporu a povzbudenie pacienta pred začiatkom operácie: „Urobíme všetko pre to, aby sme odstránili váš problém, resp. eliminovali vaše ťažkosti.“ Takýto prístup vedie k podpore dôvery zo strany pacienta, zintenzívneniu pocitu bezpečia a má priaznivý dopad aj na jeho fyziologické funkcie.

Etické zásady je potrebné dodržiavať aj počas operačného zákroku, a to rešpektovaním intimity a zbytočným neobnažovaním pacienta a šetrnou manipuláciou s jeho telom. Počas kardiochirurgickej intervencie dochádza k mnohorakým, z hľadiska ohrozenia pacienta i veľmi náročným situáciám – kardiopulmonálne zlyhávanie s následnou resuscitáciou, masívne krvácanie a pod. Uvedené situácie nie sú len previerkou vedomostí a technických zručností sestier, ale aj príležitosťou k prejavu ich morálnych kvalít v zmysle rešpektovania dôstojnosti človeka za každých okolností.

Záver

Od sestier pracujúcich v špecifickom prostredí kardiochirurgických operačných sál sa očakáva veľká miera sebaovládania, pokojné a vľúdne vystupovanie, rýchle a presné plnenie úloh. Podmienkou ich spokojnosti je dobrá profesionálna adaptácia, čo znamená prekonanie hlbokého a živého prežívania zaťažujúcich udalostí bez traumatizujúceho vplyvu. K tomu, aby sestry dokázali prekonávať vlastnú únavu a bolesť, nestačí len dobrá telesná kondícia, ale aj potrebná dávka osobnej poctivosti a motivácia k voľbe

povolania založená na hlbokom záujme nielen o samotné povolanie, ale predovšetkým o trpiaceho človeka (Mažáryová, 2005).

Literatúra

- BALKOVÁ, I. (2004) Náročná práca instrumentárky. *In Sestra ČR*, 2004, roč. 14, č. 145, s. 26. ISSN 1210-0404
- CARDIO.sk;:Možnosti terapie [online]. [citované 1. 7. 2016]. Dostupné na internete<https://www.google.sk/search?q=kardiochirurgick%C3%BD+v%C3%BDkon&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=x8d4V5inBszEaLOvh5AH#>
- ČERVENKOVÁ, Z. (2006) Hranice v psychice sestry mezi profesní rolí a rolí matky a manželky. *In Sestra ČR*, 2006, roč. 16, č. 6, s. 23 - 24. ISSN 1210-0404
- DVORSKÁ, P. (2010) Rizikové faktory na operačních sálech. *In Sestra ČR*, 2010, roč. 20, č. 4, s. 58 - 60. ISSN 1210-0404
- FRIEDEL, J., KÜHLINGER, G. (2006) *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 102 s. ISBN 80-247-1517-1
- GUČKOVÁ, M. (2007) Fyzická zátěž sester. *In Sestra ČR*, 2007, roč. 17, č. 6, s. 21. ISSN 1210-0404
- HEART DISEASE AND STROKE STATISTICS – 2016 UPDATE. A Report From the American Heart Association. [cit. 2016-07-14]. Dostupné na internete<<http://circ.ahajournals.org/site/StatUpdate>
- HUBAČOVÁ, L. et al. (1999) Hodnotenie fyzickej záťaže pracovníkov v operačných sálach. *In Slovenský lekár*, 1999, roč. 9, č. 23, s. 344 - 348. ISSN 1335-0234
- KOMAČEKOVÁ, D. (2004) Fyzická záťaž v ošetrovateľskej starostlivosti. *In Ošetrovateľský obzor*, 2004, roč. 1, č. 1 - 2, s. 15 - 19. ISSN 1336-5606
- KOVÁŘOVÁ, M., ĎORĐOVIČOVÁ, S. (2006) Čo spôsobuje vysokú mieru vyhorenia sestier? *In Zdravotníctvo a sociálna práca*, 2006, roč. 1, č. 2, s. 15 - 19. ISSN 1336-9326
- KUDLEJOVÁ, M. (2005) Sestra v operačnej sále. *In Sestra*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 24. ISSN 1335-9444
- MAŽÁRYOVÁ, M. (2005) Popolušky v operačných sálach. *In Sestra*, 2005, roč. 4, č. 1, s. 16 - 17. ISSN 1335-9444
- ROUBALOVÁ, V. (2004) Psychická zátěž u instrumentárek. *In Sestra ČR*, 2004, roč. 14, č. 9, s. 12. ISSN 1210-0404
- SCHULLER-SARMÁNY, I., ZLÁMALOVÁ, V. (1997) Stres – aktuálna téma. *In Revue profesionálnej sestry*, 1997, roč. 4, č. 5, s. 5 - 6. ISSN 1335-1753
- VOTAVOVÁ, M. (2005) Instrumentování na operačním sále. *In Sestra ČR*, 2005, roč. 15, č. 9, s. 33. ISSN 1210- 0404

Korespondence:

PhDr. Marianna Cabanová
Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb
Cesta k nemocnici 1
974 05 Banská Bystrica, SR
Email: majka.cabanova@gmail.com

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.
Fakulta zdravotníctva SZU
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica, SR
Email: tatiana.rapcikova@szu.sk

Komunikace jako nástroj zlepšení kvality péče o pacienty trpící demencí

Mgr. Lucie Kubová
Centrum následné péče FN Motol

Souhrn:

Komunikaci považujeme za nejzákladnější složku mezilidských vztahů. V poskytování ošetrovatelské péče pacientům s demencí řadíme správně vedenou komunikaci mezi priority. Její efektivní výsledek je stejně důležitý jako uspokojování jejich základních potřeb. Efektivní komunikace sestry a pacienta s demencí by měla přispět k rozvoji jejich vzájemných vztahů a poskytovat pacientovi psychologickou a citovou podporu. V příspěvku přibližujeme problematiku takové komunikace a snažíme se stručně popsat jak komunikační techniky, tak také chyby, kterých bychom se měli při komunikaci s pacientem s demencí vyvarovat.

Klíčová slova:

Komunikace. Demence. Sestra. Pacient. Ošetrovatelství.

Úvod:

Schopnost zvládnutí komunikace s pacientem s demencí patří mezi významnou roli sestry. Moderní ošetrovatelství se v posledních letech komunikačními technikami, které jsou při péči o takového pacienta nejvhodnější, začalo stále více zabývat. Komunikace s pacientem postiženým demencí bývá velmi často doprovázena komunikační bariérou, způsobenou změnou kognitivních funkcí a vnímání, a proto je tedy její obtížnost ještě násobena. Pacienti mají zpravidla potíže s orientací v prostoru i čase a často vůbec nerozumí situacím, ve kterých se ocitnou. Kontinuita a kvalita komunikace významně ovlivňuje průběh onemocnění pacienta. Zároveň však působí pozitivně také na sestru, která je uspokojena z navázání alespoň nějakého kontaktu. Pro sestry je proto velkou výzvou, aby se situace, kdy verbální složka pacienta bývá narušena, snažily zvládnout co nejproduktivněji. V běžném životě podléhá komunikace sociální kontrole, řídí se určitými normami, etikou apod. Odlišnosti však nacházíme v profesních sférách. To platí zejména ve zdravotnictví, kdy se stává efektivní komunikace důležitým nástrojem v péči o pacienta.

Vlastní text:

Míra náročnosti komunikace s pacientem s demencí je závislá na stupni jeho postižení. Víme, že demence je syndrom, zahrnující jak kognitivní poruchy, tak také poruchy chování a poruchy soběstačnosti (Holmerová, Vaňková, 2009). Mluvíme o tiché epidemii současné doby, kdy počet lidí s demencí se již blíží 200 000 a každoročně se diagnostikuje 10 nových případů na 1000 lidí (Krombholz, 2011). Demence bude mít do budoucna podle průzkumů bohužel vzrůstající tendenci.

Demenci lze definovat také jako syndrom, který se vyskytuje v důsledku poškození mozku neurodegenerativními, vaskulárními a toxickými změnami (Holmerová, et al., 2010). Často jde o poruchy paměti nebo přítomnost poruchy některé z kognitivních funkcí, např. afázie či apraxie. Toto onemocnění nám rovněž zhoršuje schopnosti vypořádat se s požadavky každodenního života. Ve většině případů jde o onemocnění nevratné a postupně se zhoršující.

Obecné rozdělení demencí je na atroficko degenerativní (Alzheimerova demence), vaskulární, sekundární či smíšené (Pidrman, 2007). Projevy demence jsou často chybně přikládány stáří. Co se týká léčby demence, pro sestry je podstatná léčba nefarmakologická – behaviorální, která může být ale stejně účinná, jako ta farmakologická. Vhodné slovo a přístup dokáže totiž často udělat větší službu, než hrstka tablet. Nemocného motivujeme, provádíme kognitivní a tělesný trénink, snažíme se o rehabilitaci a reaktivizaci (chůze, plavání, cvičení, práce s časopisy, novinami, kalendářem, jednoduché hry aj.), (Sheardová a kol., 2011). Pokud chceme dosáhnout maximálního úspěchu, musíme se nemocnému věnovat v bezprostředním kontaktu a je potřeba s ním cíleně a soustavně pracovat. Pacienty bychom měli chválit a motivovat, mezi pacientem a sestrou by měly být vzájemné sympatie. Také je důležité, aby dokázaly u pacientů povzbuzovat jejich sebeúctu.

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare* – dělat něco společným, radit se. Potřebu komunikovat mají všichni lidé. Víme, že základní členění je na komunikaci verbální a neverbální.

Verbální je vývojově mladší. Nemožnost verbální komunikace vede často k deprivaci člověka. Je vždy doplněna komunikací neverbální, tyto dvě složky se od sebe nedají odloučit. Během verbální komunikace je důležité, aby sestra vyjadřovala zřetelně otevřené a uzavřené otázky. Měla by mluvit přiměřeně hlasitě, pomalu, neodborně a jasně, neměla by užívat cizí slova a žargon. Pomocí naslouchání a komunikačních technik si můžeme ověřovat, zda nám bylo alespoň částečně porozuměno. Tyto techniky nám rovněž poskytují i zpětnou vazbu. Umění naslouchat však není dáno všem lidem stejnou mírou. Trénováním lze však dosáhnout velkého zlepšení.

Příklady vhodných technik:

- Povzbuzení – zájem o osobu a téma.
- Objasnění – získání informací k objasnění problému.
- Zrcadlení – vyjádření pochopení pocitů pacienta.
- Parafrázování – ověření si, že bylo sdělení pochopeno.
- Shrnutí – zopakování faktů a pocitů.
- Ocenění – věrohodně ocenit vše, co ocenit lze (Pokorná, 2006).

Neverbální komunikace a to, jakým způsobem je sestrou vedena, má pro kvalitu ošetrovatelské péče velký význam. Existovala daleko před tím, než se vyvinula řeč. Jedná se o komunikaci, kdy se nepoužívají slova. Neverbální projevy jsou často nevědomé a těžko ovlivnitelné vůlí. Na tuto komunikaci klademe velký důraz, protože nám často zprostředkuje pocity člověka s demencí lépe, než slova. Patří k ní např. chůze, držení těla, gestikulace, mimika, pantomima, haptika, vizika (Bártlová, 2002).

Pro sesterskou komunikaci se také doporučuje dělení tzv. profesionální komunikace:

1. Sociální komunikace – běžný rozhovor, sloužící k vytvoření vztahu sestra – pacient, (např. při podávání léků, stlaní lůžka, provádění hygieny).
2. Strukturovaná komunikace – u pacientů s demencí je velmi náročná a často bez výsledného efektu (např. edukace).
3. Terapeutická komunikace – převážně se jedná o rozhovor s pacientem (Venglářová, Mahrová, 2006).

Aby byla aplikace metody ošetřovatelského procesu úspěšná, vyžadují se od sestry v komunikaci s pacientem s demencí odborné vědomosti, velká dávka trpělivosti, komunikační zručnost, empatie a umění naslouchat (Zacharová, 2008). I přesto, že jsou sestry uznávané v komunikačních dovednostech, komunikace v ošetřovatelské péči je i nadále problémová. Trénink komunikačních dovedností sester je důležitým cílem odborného rozvoje a vzdělávání v rámci ošetřovatelské profese.

Mezi neverbální komunikaci je možné zařadit také vzhled a úpravu zevnějšku. Sestra, která nepůsobí čistě a upraveně může v pacientovi vyvolávat pochybnosti a nejistotu. Od sestry se očekává, že bude upravena slušně, pečlivě a čistě. Často si toho pacienti všímají více, než jejího verbálního vyjádření.

Zásady komunikace s osobou se syndromem demence

V ošetřovatelské péči se setkáváme s vysokým počtem pacientů, u kterých se projevují kognitivní poruchy různého rozsahu a intenzity. Tito pacienti reagují často podrážděním, depresemi a úzkostmi. Pro sestry bývá zvládání komunikace v takové situaci velmi náročné (Venglářová, Mahrová, 2006).

Víme, že komunikace je proces, který je vzájemně ovlivňovaný. Pro správnou kvalitu komunikace je důležitý právě příjem, tedy kvalita odpovědi na jednotlivou iniciativu. Z důvodu demence se však charakter iniciativy mění. Mění se především schopnost je přijímat. Proto je nutný i jiný způsob příjmu na straně zdravotnického personálu. Sestra nemůže sice ovlivnit, jak bude vypadat iniciativa pacienta s demencí, ale měla by se naučit ji umět přijímat. U osoby s demencí se mění schopnost aktivně používat jazyk a jejich verbální vyjadřování je obtížné. Později dochází k tomu, že ztrácí schopnost porozumět smyslu a významu slov a s vývojem nemoci jakoby přestal komunikovat vůbec. Sestra tedy musí rozpoznat, co chce pacient sdělit svým tělem. Musí se naučit umět číst významy, které jsou často skryté. Mnoho informací lze získat z výrazu tváře, což však není vůbec jednoduché. Existuje tak riziko, že pacient zůstane zcela bez kontaktu nebo ho sestra zahrne svými iniciativami, což není dobře. Hledáme tedy alternativní způsoby vedení komunikace a to zejména podle jeho schopností.

- Používáme otevřený, přátelský a laskavý přístup.

- Podpoříme řeč vhodnými gesty a výrazy, používáme krátké a jednoduché věty, kdy každá věta by měla zahrnovat pouze jeden krok, protože nemocný s demencí potřebuje více času.
- Vytvoříme správné podmínky (omezíme hluk, zaujmeme polohu).
- Povzbuzujeme, chválíme, vždy jsme konkrétní, aby věděl za co je chválen.
- Používáme slova, která nemocný zná a nejčastěji používá.
- Snažíme se pojmenovat vše, co děláme my i nemocný.
- Neklademe zbytečné otázky když víme, že nám na ně není schopen odpovědět. Snižujeme tím jeho důstojnost.
- Nikdy nepoužíváme zdobněliny, ale komunikujeme s ním jako s dospělým (Koběřská, 2003).

Jako dobré přirovnání v komunikaci s pacientem s demencí nám může posloužit tanec. Když totiž tančíme, musíme sledovat jeden druhého, cítit jak a kam se pohybuje a odpovídat na to správným krokem, pohybem těla i výrazem tváře. Pokud se při tanci partneři nesladí, stojí je to oba hodně sil. Mezi sestrou a pacientem s demencí je to podobné. Pokud se sladí, vynaložené úsilí nachází odezvu, pokud ne, jsou sestry vyčerpané a často takovou komunikaci vzdají.

Nejčastější chyby v komunikaci s dementním pacientem:

- Komunikační manipulace – používání odborné terminologie.
- Nesoulad mezi verbální a neverbální komunikací.
- Devalvační chování – neochota, ignorace.
- Jednosměrná komunikace – bez zpětné vazby.
- Autoritativní přístup – pokyny, příkazy.
- Krátký čas při kontaktu s nemocným – nenasloucháme, nerespektujeme zpomalení pacienta (Koběřská, 2003).

Závěr:

Každý pacient, postižený syndromem demence je i přesto jedinečná bytost, která má své životní zážitky, může mít své koníčky i záliby. I když jsou příznaky u těchto nemocných známy, demence ovlivňuje každého pacienta jiným způsobem a také každý člověk z jeho okolí může reagovat na jeho problémy různě. Proto je nutné, aby bylo poskytování

ošetřovatelské péče i způsob vedení komunikace s pacientem s demencí vždy prováděno jednotným způsobem.

Použitá literatura:

BÁRTLOVÁ, S. 2002. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 188s. ISBN 80-247-1197-4.

HOLMEROVÁ, I. – MÁTLOVÁ, H.- VAŇKOVÁ, H. - JURÁŠKOVÁ, B. 2010 *Demence*. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2010, roč. 7, č. 3, S. 139-144. [cit. 2016-05-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné na internetu: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2010/03/11.pdf>

HOLMEROVÁ, I. - VAŇKOVÁ, H. 2009. *Demence a deprese ve vyšším věku*. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2009, roč. 6, č. 2, s. 111- 114. [cit. 2016-20-01]. ISSN 1803-5256. Dostupné na internetu: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>

KOBĚRSKÁ, P. a kol. 2003. *Společnou cestou*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.

KROMBHOLZ, R. 2011. *Nejčastější demence a její léčba*. Neurologie pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2011, roč. 12, č. 6, s. 196-200. [cit. 2015-11-12]. ISSN 1803-5280. Dostupné na internetu: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/03/12.pdf>

PIDRMAN, V. 2007. *Demence 1. část: diagnostika a diferenciální diagnostika*. Medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2007, č. 2, s. 83-88. [cit. 2015-16-11]. ISSN 1803-5310. Dostupné na internetu: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>

SHEARDOVÁ, K. a kol. 2009. *Doporučené postupy pro terapii Alzheimerovy nemoci a ostatních demencí*. Psychiatrie pro praxi[online]. Olomouc : Solen, 2009, roč.10, č. 5, s. 216-219. [cit. 2015-13-10]. ISSN 1803-5272. Dostupné na internetu: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/01/07.pdf>

VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, E. 2008. *Komunikace s geriatrickým pacientem*. Interní medicína pro praxi [online]. Olomouc: Solen, 2008, roč. 10, č. 12 [cit. 2016-22-01]. ISSN 1803- 5256. Dostupné na internetu: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>

Korespondence:

Mgr. Lucie Kubová
Centrum následné péče – LDN FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: lucie.kubova@fnmotol.cz

Hodnocení aspektů verbální komunikace ve zdravotnickém týmu

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Bc. Kateřina Ježková
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn

Příspěvek se zaměřuje na jednotlivé aspekty a roviny slovní komunikace mezi členy zdravotnického týmu na klinických pracovištích, se zaměřením na verbální komunikaci mezi sestrami a lékaři. Jednotlivé aspekty jsou komparovány z odpovědí lékařů a sester, kteří vyjadřují svůj názor na nezbytnost kvalitní komunikace v péči o člověka.

Klíčová slova

Lékař; Sestra; Týmová komunikace; Verbální komunikace.

Summary

The article focuses on each of the aspects and plains of communication between the members of a medical team, especially doctors and nurses at the clinics. The answers of doctors and nurses are the key to the comparison of the neccessity of quality communication during the health care of a patient.

Key words

Doctor; Nurse; Team communication; Verbal communication.

Úvod

Komunikace neboli dorozumívání, sdělování, sdílení, ale i prostý přenos informací, je jedním z pilířů každodenního fungování společnosti. Komunikace v ošetřovatelské péči by měla být především komunikací zaměřenou na člověka. Jak uvádí autoři Motsching, Nykel, (2011, s. 59) komunikace zaměřená na člověka je závislá na postojích, určovaná vztahem a zaměřená na proces vývoje. Nositeli jsou lidé, jejichž postoje vykazují známky kongruence, přijetí a empatického porozumění. Sdělování informací mezi lidmi je běžnou interpersonální aktivitou. Ne každý dovede komunikovat efektivně a mnohdy tomu ani nepomůže kvalitní odborné vzdělání. Kohoutek (1998, s. 22) uvádí:

„Komunikace je složitý komplexní, sociální jev, který je nutno vidět v širších souvislostech sociální interakce, nikoli jen formálně jako výměnu určitých informací, sdělení, signálů.“

Vlastní text

V komunikaci v ošetrovatelské péči, ale nejen v ní, nesdělujeme jen prosté informace o léčbě, příznacích, chování, reakcích pacienta, ale přenos informací má širší charakter. Co vše si při společném setkání sdělujeme, popisuje Křivohlavý (1988, s. 14) v následujících bodech:

- Zprávy a informace - tedy nové poznatky, přínosná sdělení, o kterých se domníváme, že je druhý nezná. Můžeme zde zařadit i předávání lživých informací, jejichž rozpoznání od pravdy bývá velmi složité.
- Svůj postoj k věci, o níž hovoříme - „svým chováním prozrazujeme, jaký postoj máme ke sdělované informaci.
- Svůj postoj k posluchači - kombinací neverbální a paralingvistické komunikace dáváme najevo náš názor na posluchače.
- Své sebepojetí - vědomě i nevědomě dáváme najevo obraz sama sebe.
- Kvalitu našeho vzájemného vztahu – především neverbální komunikací vyjadřujeme naše vzájemné partnerské postavení.
- Pravidla našeho vzájemného styku - kterými stanovíme systém naší komunikace.
- Žádosti.
- Jak se cítíme.

Komunikace za užití slov dává prostor pro fyzický kontakt, okamžitou reakci, hledání odpovědí, doplňujících informací, zpětnou vazbu, argumentaci aj. Vyskytujeme-li se v situaci, která je časově i argumentačně náročná, nemusí nám být poskytnuta možnost na promyšlení naší slovní reakce a obecně platí, že řečené nelze vzít zpět (Mikuláščík, 2010, s. 98).

Pro verbální přenos informací by mělo platit několik zásad, které jsou předpokladem efektivní komunikace, zvláště ve zdravotnické péči: mluví vždy jeden - tzv. skákání do řeči (intruze) je nezdvorné; informace předávat stručně; sdělení strukturovat logicky a věcně; lepší pochopitelnost při kratších větách; mluvit jasně a srozumitelně; nepoužívat

příliš příkazová a zákazová slova; mluvit přiměřeně rychle a hlasitě; správně intonovat; vyhnout se vsuvkám a výplňkovým slovům (Schneider, Schneiderová, 2008, s. 33-35) Hayes (2005, s. 75) ve své publikaci uvádí, že komunikace je tím nejdůležitějším prvkem při utváření soudržnosti mezi členy týmu. Je nezbytné zajistit, aby si každý člen týmu byl vědom, čím se on a ostatní členové podílejí na splnění stejného cíle. „*Účinná komunikace mezi členy týmu je víc než jen odstraňování bariér.*“

Stylem komunikace ve skupině dochází k jejímu formování do určité struktury. Způsob komunikace je také odlišný podle toho, zda se ve skupině vyskytuje autoritativní osobnost, podle náročnosti a důležitosti pracovního úkolu a hlavně podle času. To vše se podílí na způsobu a rychlosti vedení informací od jednoho člena týmu ke druhému (Mikuláščík, 2010, s. 201).

Mikuláščík (2010, s. 201) dále uvádí: „*Efektivita komunikace ve skupině, a tím také efektivita v plnění úkolů, je ovlivněna i ochotou ke vzájemnému naslouchání a respektem k názorům jiných členů a také uměním zvládnout množství informací, které přichází ze všech stran, od všech členů ve skupině, a jejich vzájemné působení, neboť to je podklad pro rozhodování.*“

Týmová spolupráce vyžaduje komunikaci, díky níž si členové týmu uvědomují, jak uváženým a smysluplným způsobem spravovat interpersonální vztahy se svými kolegy. Pokud je potřeba model komunikace vylepšit, bývá pravidlem, že se na přeměně musí podílet každý člen týmu (Škrļa, Škrlová, 2003, s. 360).

Vztahy mezi lékaři a sestrami byly často považovány za problematické a mnohdy působily jako bariéra ve spolupráci (Pullon, 2008, s. 134). Existuje mnoho důvodů vzniku špatné spolupráce a komunikace. Příčinou může být např. nedostatečné definování rolí zdravotnického personálu nebo nedostatek času pro upevňování týmu (Bajnok a kol., 2012, s. 77).

Škrlovi (2003, s. 297) ve své publikaci popisují čtyři způsoby interakce mezi sestrami a lékaři. První způsob popisují jako „bezproblémové přizpůsobení se“, tedy tradiční model, kdy sestra pouze plní lékařovy ordinace a úkoly a nesdíluje mu své názory.

Druhý způsob nazvaný „neformální skryté rozhodování“ je podobný prvnímu, ale liší se v tom, že se sestra mimo plnění svých povinností snaží nepřímo ovlivnit rozhodování lékaře. Způsob pojmenovaný „neformální neskrývané rozhodování“ je postavený na otevřené spolupráci sestry a lékaře, jejich vzájemné komunikaci a sdělování názorů. Posledním způsobem je „formální neskrývané rozhodování“, kdy sestra využívá znalostí v ošetřovatelském procesu ke spolurozhodování o péči o pacienta. Poslední dva jmenované způsoby spolupráce mezi sestrou a lékařem, jsou v praxi nejvíce efektivní. Upevňují pracovní vztah mezi oběma skupinami a především předurčují kvalitní zdravotní péči o pacienta.

Cíl práce

Cíl: Zjistit, jaký názor na komunikaci mají členové zdravotnického týmu.

Hypotéza č. 1: Domníváme se, že s týmovou komunikací na oddělení budou více spokojeni lékaři než sestry.

Hypotéza č. 2: Domníváme se, že nejdůležitějším aspektem verbální komunikace bude u sester i lékařů ochota při předávání informací.

Metodika šetření

Sběr potřebných informací proběhl pomocí anonymního dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány lékařům a sestrám na vybraných klinikách Fakultní nemocnice v Motole a Masarykovy fakultní nemocnice v Ústí nad Labem.

Průzkumný soubor

Celkový počet zpracovávaných dotazníků od sester byl 207. Výsledný počet dotazníků od lékařů byl 150. Celkem se průzkumu zúčastnilo 357 respondentů, z toho 276 žen (77,31%) a 81 mužů (22,69%).

Vybrané výsledky průzkumu

Tab. 1a: Hodnocení komunikace z pohledu sester

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

Tab. 1b: Hodnocení komunikace z pohledu lékařů

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

Tab. 2a: Názory na důležitost aspektů verbální komunikace z pohledu sester (1 – nejvíce důležité, 5 - nedůležité)

Sestry	1	2	3	4	5	celkem
stručnost	96	63	43	4	1	207
srozumitelnost	179	23	4	0	1	207
výstižnost	143	50	12	1	1	207
rychlost sdělení	45	73	79	7	3	207
ochota	133	50	21	3	0	207
soustředěnost	103	59	36	8	1	207
hlasitost	50	75	59	18	5	207
tón	78	68	51	7	3	207
naslouchání	125	60	18	1	3	207
zpětná vazba	129	56	17	3	2	207

Tab. 2b: Názory na důležitost aspektů verbální komunikace z pohledu lékařů (1 – nejvíce důležité, 5 - nedůležité)

Lékaři	1	2	3	4	5	celkem
stručnost	67	37	41	3	2	150
srozumitelnost	123	22	3	1	1	150
výstižnost	107	34	7	0	2	150
rychlost sdělení	26	42	69	9	4	150
ochota	60	57	27	4	2	150
soustředěnost	61	50	34	4	1	150
hlasitost	17	41	52	30	10	150
tón	42	40	46	18	4	150
naslouchání	70	50	27	3	0	150
zpětná vazba	70	49	26	4	1	150

Diskuze

Jak z uvedených výsledků vyplývá, je celkové hodnocení komunikace sester se sestrami hodnocené výše, než s lékaři. Jako velmi dobrou a standardní ji hodnotí 172 (83,09%) sester. Komunikace s lékaři je hodnocena jako standardní u 131 (63,29%) sester. Překvapující je zjištění, že se v hodnocení interpersonální komunikace objevily i záporné hodnotící odpovědi, kde ve 14 (6,76%) případech sestry hodnotí komunikaci s lékaři jako špatnou, nebo velmi špatnou. U lékařů byla posouzena vzájemná komunikace jen ve 3 (2%) odpovědích. Z pohledu lékařů je hodnocení komunikace se sestrami příznivější. Jako výbornou komunikaci se sestrami hodnotilo 25 (16,67%) lékařů, s lékaři vzájemně 29 (19,33%) lékařů. Za velmi dobrou ji se sestrami označilo 76 lékařů (50,67%). Hodnocení vzájemné komunikace mezi lékaři převažuje v odpovědích „velmi dobrá“ v 74 (49,33%) případech. Hypotéza 1 se potvrdila.

Je velmi pozitivní konstatovat, že hodnocení komunikace se pohybuje převážně na úrovni velmi dobré a standardní. Tento aspekt podporuje proces vlivu zvyšování kvality interpersonálních vztahů na kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče vůbec.

V dotazníkovém šetření převažovaly otázky zaměřené na aspekty verbální komunikace. Sestry a lékaři nejprve hodnotili důležitost jednotlivých aspektů a po té je ohodnotili ve své komunikaci. Výsledky se u obou skupin příliš nelišily, vyzdvihneme zde pouze některé zajímavé. Největší rozdíly v odpovědích mezi sestrami a lékaři byly

zaznamenány u položky „ochota“. Za velmi důležitou ji považuje 133 sester (64,25%) z 207 a pouze 60 lékařů (40,00%) ze 150. Hypotéza 2 se rovněž potvrdila. U naslouchání byla důležitost přidělena oběma skupinami téměř stejná - 125 sester (60,39%) z 207 a 70 lékařů (46,67%) ze 150. Výsledky nejsou nijak překvapivé. Zajímavým se jeví výsledek aspektu rychlosti sdělení, který lékaři považují za průměrně důležitý v 69 odpovědích a aspekt hlasitosti a tónu hlasu, který považují za nejméně důležitý až nedůležitý. Očekávali jsme, že lékaři budou lépe hodnotit aspekty verbální komunikace typu stručnost, srozumitelnost a výstižnost a sestry se zaměří spíše na hodnoty osobního přístupu jako ochota, naslouchání a zpětná vazba.

Závěr

Každá komunikační výměna se skládá ze šesti základních složek, ve kterých sdělujeme obsah, vyjadřujeme v ní svůj postoj ke sdělovanému, vyjadřujeme svůj postoj k příjemci, s nímž komunikujeme, vyjadřujeme své emoce, sdělujeme další atributy o sobě samém (trpělivost, rozhodnost, ohleduplnost...) a v neposlední řadě sdělujeme svou představu o dalším průběhu komunikace. Komunikaci ovlivňuje řada faktorů. Ať se jedná o faktory vnitřní nebo vnější povahy, vždy se v komunikaci odehrává vztah. Vztah mezi sestrou a pacientem, vztah pracovníků na pracovišti apod. Aspekt vztahový, se jeví v komunikaci nejvýraznějším. Je výchozím bodem pro úspěšnou komunikaci. Narušený vztah mezi komunikujícími může výrazně ovlivnit shodu a dohodu i ve zdánlivě jednoduchých obsazích. Neochota, netrpělivost, neschopnost naslouchat mohou výrazně narušit obsahovou kvalitu komunikace a člověk má sklon nesouhlasit s navrhovaným, nedodržovat doporučení, dobře míněné rady. Jednotlivé aspekty komunikace je nutné chápat jako celek, jehož efektivita není založena na jednotlivých komponentech, ale na zvládnutí celkového komunikačního projevu, vztahů na pracovišti, respektu, úctě.

Použitá literatura

BAJNOK, Irmajean, Derek PUDDERSTER, Colla J. MACDONALD, Douglas ARCHIBALD a David KUHL. Building positive relationships in healthcare: Evaluation of the teams of interprofessional staff interprofessional education program. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2012, roč. 42, č. 1, s. 76-89. ISSN 10376178. DOI: <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.76>.
HAYES, Nicky. 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 189 s. ISBN 80-717-8983-6.

- KOHOUTEK, Rudolf. 1998. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM, 1998, 181 s. ISBN 80-720-4064-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: Kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1988.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2010, 325 s. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MOTSCHNIG, Renate – NYKL, Ladislav. 2011. *Komunikace zaměřená na člověka – Rozumět sobě i druhým*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 172 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
- PULLON, S. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care* [online]. 2009, 22(2), 133-147 [cit. 2016-08-01]. DOI: 10.1080/13561820701795069. ISSN 1356-1820. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820701795069>
- SCHNEIDEROVÁ, Anna, SCHNEIDER, Marek. 2008. *Komunikační dovednosti: učební text pro distanční studium*. Vyd. 2., upr. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2008, 84 s. ISBN 978-807-3682-682.
- ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.

Korespondence:

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
15006 Praha 5 – Motol
Email: sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

Variety přístupů k ošetřování periferních žilních vstupů v některých českých a moravských nemocnicích

Mgr. Petra Sedlářová, PhDr. Marie Zvoníčková, PhDr. Hana Svobodová, PhD.
Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Souhrn:

Navazujeme na sdělení přednesené na konferenci Cesta k modernímu ošetřovatelství XVII. Obsahem letošního příspěvku je analýza ošetřovatelských standardů 32 nemocnic z ČR týkajících se péče o periferní žilní vstupy, konkrétně zaměřená na sledování místa vpichu a péči o místo vpichu. Výsledky předkládáme zároveň s aktuálním doporučením INS a CDC.

Klíčová slova:

Ošetřovatelský standard, periferní žilní katétr, převaz, hodnotící škály, krycí materiál, sledování místa vpichu.

Úvod

Vzhledem k tomu, že se v nemocnicích velmi různí péče o pacienty s periferními žilními katétry, rozhodli jsme se provést analýzu ošetřovatelských standardů a výsledky porovnat s doporučeními INS (Infusion Nurses Society), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), NICE (National Institute for Health and Care Excellence) a další odbornou literaturou. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi širokou problematiku, omezíme se pouze na oblasti, které se týkají péče o místo vpichu.

Analýza ošetřovatelských standardů

Od března 2015 do března 2016 jsme oslovili 68 nemocnic s prosbou o poskytnutí standardů ošetřovatelské péče týkající se péče o periferní cévní vstupy. Získali jsme 32 standardů v plném znění. Dále jsme získali i 5 „výtahů ze standardu“, které ale v analýze nebyly použity. 31 nemocnic nám standardy neposkytlo se zdůvodněním, že se jedná o interní informace nebo duševní vlastnictví nemocnice.

Informace jsme roztrídili do jednotlivých oblastí a dále jsme je zpracovávali pomocí tabulek a grafů.

Způsob sledování místa vpichu

Jednou ze základních činností sestry při péči o periferní žilní katétr (PŽK) je sledování místa vpichu. Dle našeho zjištění je o této problematice pojednáno v 91 % standardů.

V nemocnicích, kde se místo vpichu dle standardu sleduje, v 52 % používají škálu dle Maddona.

Jeden standard doporučoval používat Maddonovu škálu, ve skutečnosti se však jednalo o VIP skóre i s intervencemi. Škála na rozdíl od originálu nebyla uspořádána v tabulce.

Ve 14 % prací bylo doporučeno, co kontrolovat (např. průběh vedení žíly, známky zánětu), ale příznaky nebyly rozebrány. V 7 % standardů byly vypsány jednotlivé příznaky, které má sestra sledovat (např. začervenání, bolest, otok). Ve 14 % pak bylo napsáno, že je potřeba kontrolovat místo vpichu, nikoli však co přesně kontrolovat. V 10 % je jen náznak toho, že sestra má místo vpichu kontrolovat (např. při sebemenších známkách místní žilní reakce kanylu odstranit).

Maddonovu škálu, na kterou standardy běžně odkazují, se nám nepodařilo dohledat. Nenašli jsme žádnou původní Maddonovu práci, ani odkazy v zahraniční odborné literatuře. V literatuře se však velmi často zmiňuje Maddoxova škála. Zpočátku jsme se domnívali, že se jedná pouze o záměnu písmena ve jméně autora. Avšak ani původní verze z r. 1977 (Maddox et al, 1977), ani upravená verze z r. 1983 (Maddox et al, 1983) neodpovídá Maddonově škále, kterou zmiňují standardy. Maddoxova škála se v současné době v klinické praxi nepoužívá, protože není ověřena její validita a spolehlivost (Ray-Burruel, 2014).

INS (2016) doporučuje používat Jacksonovu VIP scale nebo INS scale. Obě hodnotící škály jsou validní.

Problematice infiltrace se věnuje pouze jeden standard ze všech, a to jen velmi orientačně. Jedná se přitom o velmi zásadní problém. V současné době jsou vytvořeny kvalitní škály, které lze k hodnocení infiltrace použít, např. INS Infiltration Scale (Groll et al, 2010).

Frekvence sledování místa vpichu

Proto, aby sestra včas zachytila počínající příznaky flebitidy nebo infiltrace, je nutné hodnotit místo vpichu v pravidelných časových intervalech a během každé rizikové situace. Sestry většinou hodnotí místo vpichu při předání směny, pokud jdou aplikovat léky přes intravenózní kanylu nebo pokud sám pacient upozorní na nějaký problém. To může vést k prodlevě v řešení vznikajícího problému.

O tom, jak často sledovat místo vpichu, se zmiňuje pouze 59 % standardů. Ze standardů, které se problematikou zabývají, jich 24 % doporučuje kontrolu 1x denně, 30 % 2x denně, 12 % 3x denně a 12 % 1x denně s nějakou další specifikací (např. při aplikaci krevních derivátů po 15 minutách, u dětí 2x denně...). 12 % standardů uvádí, že místo vpichu má být sledováno každou směnu. 6 % standardů uvádí, že je potřeba pravidelně kontrolovat místo vpichu a 6 %, že je potřeba častá kontrola místa vpichu. (graf 1)

Graf 1 Frekvence sledování místa vpichu



Dle NICE (2014) by mělo být místo vpichu kontrolováno minimálně každou směnu a měl by být proveden zápis podle VIP skóre.

INS vydalo v roce 2012 doporučení pro frekvenci hodnocení místa vpichu periferního žilního katétru (Gorski at al, 2012).

- Pokud se jedná o uzavřené katétry určené pro intermitentní podávání léků, či infuzí, mělo by být místo vpichu kontrolováno minimálně 2x denně a vždy při každé aplikaci do katétru.
- Každé 4 hodiny by mělo být kontrolováno místo vpichu u všech pacientů, kteří dostávají nedráždivé a nonvesikantní infuze a kteří jsou zároveň při vědomí, orientovaní a schopni uvědomit sestru o případných problémech (např. bolest, otok, začervenání v místě vpichu).
- Každou 1-2 hodiny hodnotíme místo vpichu u všech pacientů s infuzí, kteří jsou kriticky nemocní, u dospělých, kteří mají senzorický/kognitivní deficit a u pacientů, kteří mají katétr umístěný na rizikovém místě (např. žíla v oblasti kloubu, v. jugularis externa).
- Každou hodinu kontrolujeme místo vpichu u všech nedonošenců, novorozenců a dětí, kterým kape infuze.
- Častější kontroly (každých 5-10 minut) se doporučují v průběhu infuze s vazokonstričními látkami a infuze s vezikanty.

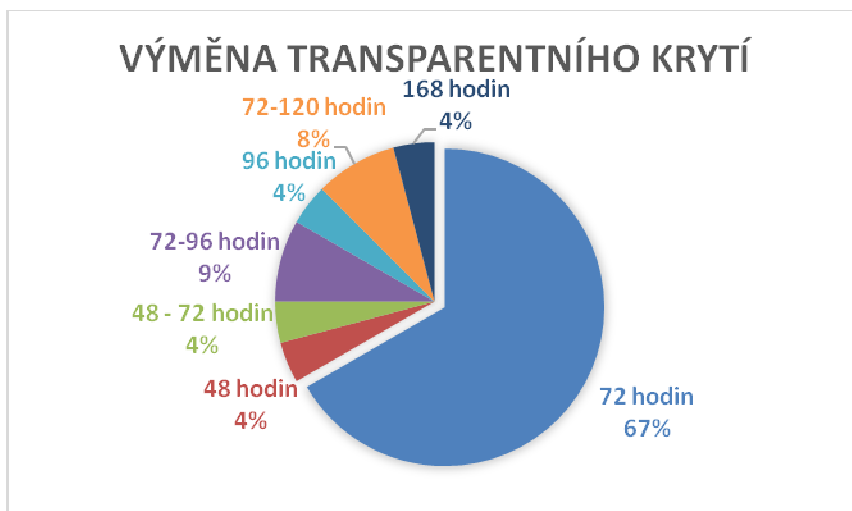
Četnost převazů

Většina našich standardů (85 %) doporučuje provádět převazy rutinně. Většina z nich při tom rozlišuje, zda se jedná o textilní nebo fóliové krytí.

Doporučení provádět převazy dle potřeby se vyskytlo pouze v jednom standardu (3 %). Jeden standard doporučoval provádět převazy s výměnou kanyly, jeden standard doporučoval stanovit plán převazu, při čemž nikde ve standardu nebylo určeno, kdy má být převaz proveden. 2 standardy (6 %) problematiku vůbec neřešily.

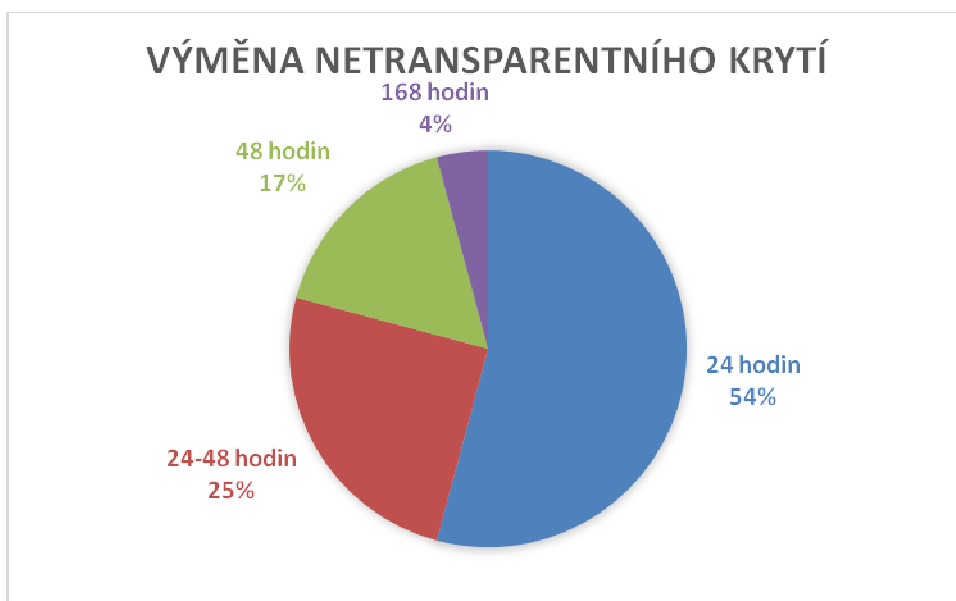
Výměna transparentního krytí (graf 2) je nejčastěji doporučována po 72 hodinách (67 %). Ve 25 % jsou doporučené intervaly delší, v 8 % kratší.

Graf 2 Frekvence výměny transparentního krytí



Výměna **netransparentního krytí** (graf 3) byla v 54 % doporučována každých 24 hodin. Výměna do 48 hodin byla doporučena v dalších 42 % standardů.

Graf 3 Frekvence výměny netransparentního krytí



Tři standardy při tom rozlišovaly i textilní firemně vyráběné krytí určené pro periferní žilní katétry a krytí pomocí textilních čtverců a náplastí. Výměny textilních čtverců byly doporučovány každých 24 nebo 48 hodin.

Pokud standardy **nedělily krytí na transparentní a netransparentní** (3 standardy) doporučovaly převazy rutinně rozdílně (po 48-72 hodin, po 72 hodinách, po 120 hodinách).

INS v aktuálním doporučení z roku 2016 a CDC v doporučení z roku 2011 uvádějí, že výměnu krytí je vhodné provést:

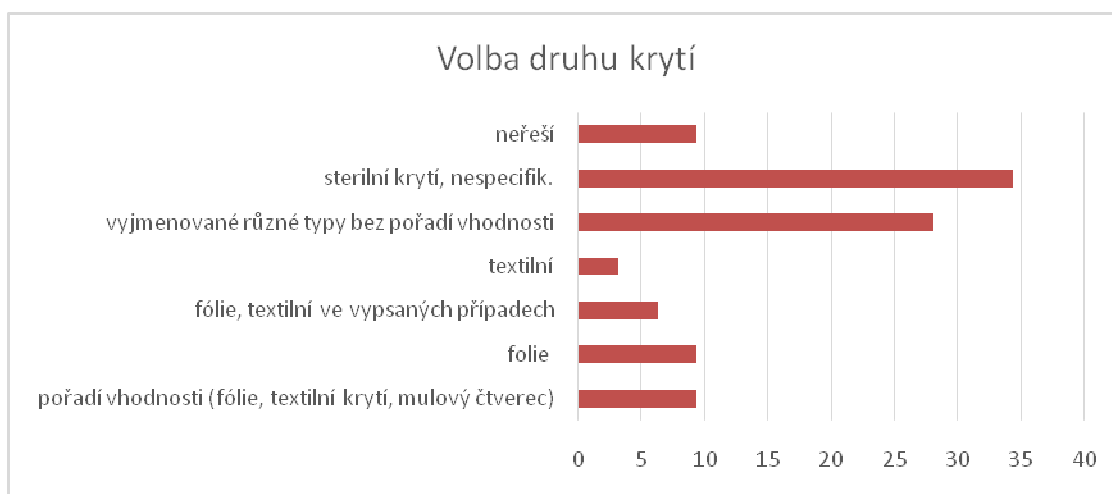
- a) Pokud je poškozeno krytí – je vlhké, viditelně znečištěné, nebo pokud se odlepuje.
- b) Pokud je krytí PŽK tzv. „v pořádku“, tzn. není ani vlhké, ani znečištěné, ani odlepené, pak INS doporučuje provést převaz každých 5-7 dní. V těchto doporučeních pro PŽK se nerozlišuje, zda se jedná o transparentní či textilní krytí.
- c) Převaz musí být dále proveden vždy, když sestra potřebuje vizuálně zkontrolovat místo vpichu, protože předpokládá komplikace. Např. jestliže pacient reaguje citlivě na dotek nebo má horečku bez evidentní příčiny.

Benefitem častých převazů je možnost přímé kontroly místa vpichu. Je potřeba si však uvědomit, že každý převaz vede k mikropohybům kanyly, které mohou podráždit žílu a zvýšit riziko flebitidy. V horším případě může dojít k úplnému vytažení katétru, nebo jeho dislokaci a následné infiltraci či extravazaci. Navíc zbytečné časté převazy jsou zátěží jak pro pacienty, tak personál a jsou ekonomicky náročnější. Domníváme se, že rizika spojená s častějšími převazy převažují nad benefity. Bylo by proto vhodné přehodnotit doporučení ohledně rutinních převazů periferních žilních katétrů.

Volba druhu krytí

Volba druhu krytí (graf 3) není standardem velmi často dána. 9 % standardů problematiku vůbec neřeší, v 35 % je doporučeno sterilní krytí a v 28 % jsou vyjmenované typy krytí bez pořadí vhodnosti. O kombinovaném krytí textil – folie se standardy zmíní maximálně při vyjmenování druhů krytí. V doporučení pro volbu krytí nebo pro převazy se o něm nezmiňují.

Graf 4 Volba druhu krytí



Během zpracování této problematiky jsme se potýkali s nejednotnou terminologií, kdy např. pojmem obvaz z netkaného textilu někdo pojmenovával čtverce z netkaného textilu, někdo firemně vyráběné textilní krytí určené pro periferní kanyly, někdo pod pojmem rozuměl obojí.

Každý druh krytí má své výhody a nevýhody, a sestry by je měly dobře znát. Podrobněji je tato problematika zpracována v časopise Florence 4/2016. (Sedlářová, 2016 a)

Postup při převazu periferního žilního katétru

Doporučený postup, jak provádět převaz periferního žilního katétru, jsme našli pouze ve 13 % standardů. Tyto postupy jsou zpracovány různým způsobem i s různou odborností. Části některých postupů jsou v rozporu s doporučeními INS (např. doporučení ohledně použití benzínu, použití tubulárního obvazu apod.)

Vypracovali jsme proto doporučený postup při převazu periferního žilního katétru, při kterém jsme vycházeli z aktuálního doporučení INS (2016) a dalších aktuálních zdrojů.

Postup bude podrobněji rozebrán během prezentace.

- 1) Proved'te hygienu rukou.
- 2) Připravte si pomůcky tak, abyste k nim snadno mohli a dobře se vám vyndávaly z obalů.
- 3) Vysvětlete výkon pacientovi.
- 4) Nasad'te si rukavice.

- 5) Zhodnoťte místo vpichu (začervenání, citlivost na dotek, otok, sekrece). Pokud jsou některé známky přítomny, musí být katétr dle doporučení používaného hodnotícího skóre v nemocnici odstraněn.
- 6) Odstraňte obvaz metodou stretch nebo tape ve směru zavedení kanyly. Je-li to potřeba, použijte k odstranění krytí alkoholový tampon nebo jiný odstraňovač náplastí.
- 7) Proveďte dezinfekci místa vpichu. Preferujte alkoholový dezinfekční prostředek s chlorhexidinem a dodržte dobu expozice. Kůže musí být před dalším ošetřením zcela suchá.
- 8) Dle potřeby aplikujte ochranný roztok na kůži.
- 9) Aplikujte krytí tak, aby bylo překryto místo vpichu a kanyla byla dostatečně fixována. Kónus katétru je vhodné podložit sterilním čtverečkem.
- 10) Odstraňte pomůcky do vhodných nádob dle zvyklostí oddělení.
- 11) Sundejte si rukavice a odstraňte je.
- 12) Proveďte hygienu rukou.
- 13) Na krytí přilepte štítek s datem převazu.
- 14) Ev. proveďte další fixaci. INS nedoporučuje používat kruhové bandáže. (Sedlářová, 2016 b)

Závěr

Nemocnice, které systematicky sledují kvalitu ošetrovatelské péče, mají vypracovány standardní ošetrovatelské postupy. Tvorba těchto postupů patří k velmi obtížným úkolům, protože vyžaduje systematické sledování aktuálních poznatků a výzkumných dat, aby se pak následně mohlo jednat o praxi založenou na důkazech. Z naší analýzy vyplývá, že se v této oblasti podařilo udělat hodně dobré práce, ale také to že máme pořád co zlepšovat.

Použitá literatura

MADDOX, Ray R., RAPP, Robert P., FOSTER, Thomas S. et al. Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 34, 1977, 29-34.

MADDOX, Ray R., JOHN, Joseph F. jr., BROWN, Laurie L. and Charles E. SMITH. Effect of inline filtration on postinfusion phlebitis. *Clinical Pharmacy*. 2, 1983, 58-61.

RAY-BARRUEL, Gillian, POLIT, Denise F., MURFIELD, Jenny E. and Claire M. RICKARD. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 20 (2), 2014, 191-202. Online ISSN: 1365-275-3.

INS Infusion Therapy Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing*. 39 (suppl 1), 2016, S68 - S94. ISSN 1533-1458.

NICE Quality standard. [online]. [cit. 2016-04-05]. Quality statement 5: Vascular access device. Dostupné na: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs61>

GORSKI, Lisa A., HALLOCK, Dora, KUEHN, Susan C. et al. INS Position Paper. Recommendations for Frequency of Assessment of the Short Peripheral Catheter Site. *Journal of Infusion Nursing*. 35 (5), 2012, 290-292. ISSN 1533-1458.

CDC Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 [online]. [cit. 2014-04-20]. Dostupné na: www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf

SEDLÁŘOVÁ, Petra, ZVONÍČKOVÁ, Marie, SVOBODOVÁ, Hana, HAVRDA, Martin Krycí materiály pro cévní vstupy. *Florence*, 2016, 12, (4), 29-32. ISSN 1801-464X.

SEDLÁŘOVÁ, Petra, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie, HAVRDA, Martin Převaz periferního žilního katétru. *Florence*, 2016, 12, (9), 34-36. ISSN 1801-464X.

Příspěvek vznikl za podpory grantového projektu Kryty na invazivní vstupy do cévního řečiště Technologické agentury ČR (kód projektu TA04010836)

Korespondence:

Mgr. Petra Sedlářová
Univerzita Karlova
3. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství
Ruská 87
100 00 Praha 10
Email: petra.sedlarova@lf3.cuni.cz

Quo vadis výskum v ošetrovatel'stve?

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD., doc. PhDr. Jana Boroňová, Ph.D.
Katedra ošetrovatel'stva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Veda je častokrát ponímaná ako činnosť zameriavajúca sa na opis, vysvetlenie a predvídanie nových skutočností a poznatkov, ale ako i schopnosť, zručnosť robiť vedu. Veda je úzko prepojená nielen s výskumom, či výskumnou činnosťou, ale i s procesom výučby a vzdelávania. Spolu predstavujú dôležité aspekty ľudského vnímania, chápania, samotnej reality. Veda, výskum, výučba a vzdelávanie sú v súčasnosti nielen na Slovensku aktuálnou témou. Viaceré domáce i zahraničné inštitúcie, organizácie a spoločnosti sa zaoberajú nielen samotným výskumom, ale i snahou prepájať výskum s inými disciplínami, odbormi a v neposlednom rade aj s pedagogikou ako vedou.

Ošetrovatel'ský výskum je systematický proces, ktorý dodržiava princípy výskumnej činnosti v procese hľadania a tvorby nestranných, dôveryhodných odpovedí na otázky týkajúcich sa ošetrovatel'skej praxe. Kľúčovým krokom v definovaní dôležitosti a potreby ošetrovatel'ského výskumu bolo založenie Národného centra pre výskum v ošetrovatel'stve v USA v roku 1986. V roku 1993 bolo centrum premenované na Národný inštitút ošetrovatel'ského výskumu (NINR).

Výskum nie sú len zručnosti, ale taktiež je to spôsob myslenia. Výskum nás zdokonaľuje v spôsobe myslenia, ktoré je racionálne a logické.

Podporuje nás v kritickom prístupe a overovaní všetkých aspektov bádania. Pomáha porozumieť a formulovať sprievodné princípy, ktoré určujú jednotlivé procesy v praxi a profesii. Zvyšuje analytický spôsob myslenia a poznatky o metodológii výskumu umožňujú zmysluplne využívať techniky nachádzania odpovedí na výskumné otázky. Výskum je integrálnou časťou dobrej profesionálnej praxe v mnohých profesiách a je zodpovedný za významný vplyv na prax a výsledky v týchto profesiách.

Väčšina sestier nerealizuje individuálne výskumné štúdie, ale skôr pracujú ako súčasť výskumných tímov. Ako súčasť tímu sa môžu sestry učiť zručnosti potrebnej na

vykonávanie výskumu. Najvyspelejšie sestry sú schopné byť riešiteľmi, ktorí výskum navrhnu a zrealizujú vlastné výskumné projekty.

V profesiách ako napr. medicína, psychológia, pedagogika, taktiež ošetrovatel'stvo, sú výskum a prax veľmi dobre integrované a prax je veľmi závislá od výsledkov výskumu. Na Slovensku existujú vedecké a výskumné ústavy, výskumné a vzdelávacie inštitúcie v rôznych oblastiach spoločenského pôsobenia a odborných disciplín. Ich základnou úlohou je nielen asistencia, vedenie a budovanie vedecko – výskumných infraštruktúr ako sú napr. laboratória, kompetenčné centrá, ale aj transfer technológií a komercializácia vedy a výskumu s cieľom zvýšiť, zlepšiť kvalitu života a zároveň stimulovať slovenskú ekonomiku. Z viacerých vedeckých a výskumných ústavoch pôsobiacich na Slovensku uvádzame napr. Slovenskú akadémiu vied, Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, Ústav experimentálnej psychológie, Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Ústav molekulárnej biológie, Ústav pre výskum srdca, Neurobiologický ústav a iné. Pritom veda a výskum prebiehajúce na Slovensku sa predovšetkým sústreďujú v Slovenskej akadémii vied. Práve SAV v rámci svojej odbornej spolupráce s vysokými školami na Slovensku zriaďuje tzv. Centrá excelentnosti. Tieto centrá sú zložené z viacerých výskumných tímov, ktoré tvoria rady samotného SAV, slovenských univerzít, súkromných firiem a spoločností, vedeckých odborných laboratórií, v ktorých sa venujú rôznych výskumov.

Vzhľadom na neustále narastajúce požiadavky realizácie výskumných prác a projektovej činnosti v ošetrovatel'stve, ale i z hľadiska dôležitosti samotnej výučby metodológie výskumu na vysokých školách v Slovenskej republike si kladieme otázky: Aká je z tohto pohľadu situácia v ošetrovatel'stve ako vednom odbore? Kde sa vlastne realizuje výskum v ošetrovatel'stve? Kto ho realizuje a zabezpečuje? Existuje výskumné centrum špecificky zamerané? Súvisia výskumné aktivity v ošetrovatel'stve s prioritami štátu v oblasti zabezpečovania zdravia populácie? Ako sú financované výskumné aktivity v ošetrovatel'stve? Sú výskumné aktivity sestier podporované a v praxi akceptované?

Kde a kedy s výskumom v ošetrovatel'stve, resp. jeho výučbou, začať – to je otázka pre vzdelávacie inštitúcie – univerzity a vysoké školy. Od 1. septembra 2016 vstupuje vo vysokoškolskom štúdiu v Slovenskej republike do platnosti „nová akreditácia“.

V zmysle jednotného zamerania výučby a jej kompatibility s ostatnými krajinami Európskej únie sa študijný program odboru Ošetrovateľstvo riadi „Nariadením vlády SR č. 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností“. Tento dokument nariaďuje minimálne požiadavky na obsah vzdelávania v bakalárskom stupni štúdia. Samotný predmet „výskum v ošetrovateľstve“ v ňom však uvedený nie je. Ostáva teda len na univerzitách, resp. vysokých školách, kedy a či vôbec s jeho výučbou začnú. Naskytá sa otázka – je ideálne začať s výučbou metodológie výskumnej činnosti v ošetrovateľstve až magisterskom, prípadne doktorandskom stupni štúdia? Väčšina sestier dosiahne len bakalárske vzdelanie, nie je teda na škodu veci, že tieto sestry možno nebudú mať ani len elementárne znalosti z výskumu v ošetrovateľstve?

Korespondence:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

lubica.ilievova@truni.sk

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

jana.boronova@truni.sk

Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava

Kvantitativní výzkum v závěrečných kvalifikačních pracích studentů, nejčastější chyby a problémy

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

Abstrakt:

Schopnost správné interpretace výsledků výzkumných studií a jejich kritické posuzování patří do základního portfolia vysokoškolsky vzdělané všeobecné sestry. Chyby a nedostatky v designu výzkumných prací, chyby a nedostatky související s nesprávnou či s neúplnou interpretací výsledků výzkumu, případně jejich nepochopení, vyvozování dostatečně empiricky nepodložených závěrů, jejich nepřiměřené zobecňování a také nekritický přístup k publikovaným výsledkům vědecké práce, jsou hlavními překážkami pro praktickou implementaci výsledků výzkumu v oboru ošetřovatelství.

Klíčová slova:

ošetřovatelství; statistika; výzkum; výzkum - aplikace

Vlastní text:

Kvantitativně orientované výzkumy jsou součástí pozitivistického paradigmatu, tj. vycházejí z přesvědčení, že existuje jediná objektivní realita nezávislá na našich citech a přesvědčení.

Mezi nejčastější problémy, které se ve větší či menší míře objevují ve všech fázích kvantitativního výzkumu, patří nekontrolované uplatňování nevědeckých přístupů, např.:

- projekce tradičních „pravd“ do ošetřovatelského výzkumu;
- nekritické přejímání informací od významných osobností oboru;
- tendence dosáhnout shody s rozumovým poznáním, ale nikoliv s realitou.

Uplatňováním těchto přístupů nemůže být výzkum nezávislý na názorech, postojích či přáních realizátora a trpí tím jeho objektivita.

Přehled nejčastějších chyb a problémů kvantitativního výzkumu v ošetřovatelství podle jednotlivých fází výzkumu:

Stanovení problému:

- 1) uvědomění si existence problému ještě neznamená schopnost jej exaktně vyjádřit ve zvládnutelné podobě;
- 2) častá je nedostatečná předběžná teoretická analýza problematiky, bez hlubšího studia souvisejících informací, bez přímého pozorování apod.;
- 3) absence operacionalizovaných definic pro jednodušší uchopení řešené problematiky;
- 4) problém není formulován konkrétně, jednoznačně, neumožňuje empirické ověření a nevyjadřuje vztah mezi nejméně dvěma závislými nebo nezávislými proměnnými.

Formulace hypotézy:

- 1) hypotézy nejsou podmíněnými výroky (predikcemi) o vztahu mezi dvěma nebo více proměnnými – tj. nejsou definovány jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Pokud nejde o vyjádření vztahu mezi proměnnými, nelze hovořit o hypotéze;
- 2) hypotézy jsou definovány tak, že je nelze empiricky ověřit, proměnné nejsou měřitelné a to ani na základě nominální kategorizace.

Testování hypotézy:

- 1) etické problémy (např. při využití techniky paralelních skupin);
- 2) nevhodně zvolená nebo nedostatečně popsaná výzkumná metoda (autoři často nerozlišují rozdíly mezi dotazníkem a anketou);
- 3) neověření míry, úrovně či spíše vnitřní konzistence výzkumné metody a její reliability (např. výpočtem Crombachova alfa u dotazníků, anket a měřících škál);
- 4) nedostatečná četnost zkoumaných případů, např. pozorovaných, testovaných, sledovaných jedinců nebo situací;
- 5) nedostatečný nebo nesprávný výběr prvků (jedinců / situací) do výzkumných vzorků:
 - a. zkoumaný vzorek je označován za reprezentativní, ale ve skutečnosti tomu tak není;

- b. často nebývá uvedeno, k jakým parametrům je zkoumaný vzorek reprezentativní;
 - c. záměny jednotlivých forem výběrů (prostý náhodný výběr x skupinový x stratifikovaný x kontrolovaný x vícenásobný x záměrný apod.);
 - d. nedodržení pravidel výběru prvků do zkoumaného souboru, případně kombinace více výběrů;
- 6) používání nevhodných statistických metod k ověřování hypotéz ve vztahu k četnostem pozorovaných jevů;
 - 7) používání nevhodných statistických metod ve vztahu k testovaným datům (např. volba parametrických a neparametrických statistických testů významnosti podle rozdělení dat);
 - 8) chybné nebo neúplné výroky k hypotézám (žádný empirický důkaz hypotézu nedokazuje, ale pouze zdůvodňuje její přijetí).

Vyvozování závěrů a jejich prezentace:

- 1) vyvozování závěrů dostatečně nepodložených empirickým důkazem;
- 2) závěry jsou nepřiměřeně zobecňovány (např. na celou populaci), aniž by pro to byly splněny předpoklady (např. reprezentativnost a velikost zkoumaného vzorku ve vztahu k řešené problematice, použité statistické metody apod.);
- 3) absence kritické reflexe vlastní výzkumné činnosti;
- 4) absence doporučení pro praxi;
- 5) absence impulzů pro další práci.

Všechny shora uvedené příklady chyb a problémů souvisejících s kvantitativně orientovaným ošetřovatelským výzkumem mají negativní vliv na objektivitu, validitu a reliabilitu vědecké práce v ošetřovatelství a ve svém důsledku také na aplikaci výsledků výzkumné činnosti do ošetřovatelské praxe.

Literatura:

u autora.

Korespondence:

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

Adaptácia nástrojov merania v ošetrovatel'stve – predstavenie vedeckej monografie

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD., doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD., PhDr. Andrea Bratová, PhD.

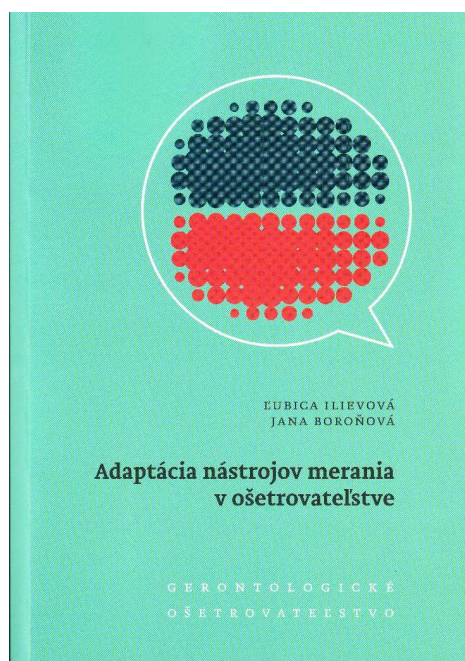
Katedra ošetrovatel'stva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

Abstrakt

Vedecká monografia s názvom „Adaptácia nástrojov merania v ošetrovatel'stve“ poskytuje prierez i výsledky troch výskumov, zameraných na seniorov, resp. geriatrických pacientov. Každý výskum je prezentovaný v samostatnej kapitole. Prvá kapitola predstavuje využitie štandardizovaných testov pri hodnotení kvality života v súvislosti s depresiou v inštitucionálnych zariadeniach. Zameraním druhej kapitoly je popis výskumu a výsledkov retrospektívneho šetrenia – využitia a následného overenia prediktívnych skórovacích systémov v intenzívnej starostlivosti. V rámci tretej kapitoly je validovaný dotazník pre hodnotenie kvality života pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm. Ide o pilotné výskumy v rámci Slovenskej republiky s daným zameraním.

Kľúčové slová:

ošetrovatel'stvo, geriatrický pacient, nástroje merania, štandardizované testy, skórovacie systémy



Úvod

Ošetrovateľský výskum je systematický proces, ktorý dodržiava princípy výskumnej činnosti v procese hľadania a tvorby nestranných, dôveryhodných odpovedí na otázky týkajúcich sa ošetrovateľskej praxe. Kľúčovým krokom v definovaní dôležitosti a potreby ošetrovateľského výskumu bolo založenie Národného centra pre výskum v ošetrovateľstve v USA v roku 1986.

V profesiách ako napr. medicína, psychológia, pedagogika, taktiež ošetrovateľstvo, sú výskum a prax veľmi dobre integrované a prax je veľmi závislá od výsledkov výskumu. Výskum nie sú len zručnosti, ale taktiež je to spôsob myslenia. Výskum nás zdokonaľuje v spôsobe myslenia, ktoré je racionálne a logické. Podporuje nás v kritickom prístupe a overovaní všetkých aspektov bádania. Pomáha porozumieť a formulovať sprievodné princípy, ktoré určujú jednotlivé procesy v praxi a profesii. Zvyšuje analytický spôsob myslenia a poznatky o metodológii výskumu umožňujú zmysluplne využívať techniky nachádzania odpovedí na výskumné otázky.

Predkladaná vedecká monografia je prehľadom možností použitia výskumných metód v ošetrovateľskom výskume. Autori vedeckej monografie sa zamerali na popis praktického použitia štandardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF pri hodnotení kvality života v súvislosti s depresiou a rozvojom osobnosti seniorov v inštitucionálnom zariadení, na využitie prediktívnych skórovacích systémov APACHE II a LODS v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov a validáciu dotazníka EORTC QLQ – CR29 a jeho použitie pri hodnotení kvality života u geriatrických pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm.

Autorky monografie „Adaptácia nástrojov merania v ošetrovateľstve“ Ľubica Ilievová a Jana Boroňová predstavujú monotematicky zameranú publikáciu na využívanie, začlenenie a adaptovanie nástrojov merania do praxe v rámci (geriatrického) ošetrovateľstva. Ďalšími členmi autorského kolektívu sú: Martina Bobáková, Gabriela Doktorová, Jana Jakobejová, Miroslav Ryska a Peter Žitný.

Vedecká monografia je výstupom vzdelávacieho projektu „Podpora zlepšenia kvality Trnavskej univerzity v Trnave“ – Gerontologické ošetrovateľstvo. Strategickým cieľom

projektu bolo zvýšenie kvality vzdelávania, podpora spolupráce medzi vysokými školami, organizáciami výskumu a vývoja na národnej a medzinárodnej úrovni, rozvoj ľudských zdrojov a zatraktívnenie štúdia medzinárodnou spoluprácou s cieľom adaptácie na potreby vedomostnej spoločnosti. Špecifickým cieľom projektu bola príprava koncepcie nového študijného programu Gerontologické ošetrovatel'stvo, určeného pre 2. stupeň vysokoškolského vzdelávania v dennej a externej forme štúdia. Aktivity projektu trvali od 1.10.2013 do 30.9.2015. Financujúcou agentúrou projektu bola Agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ, Programové obdobie 2007-2013. Okrem prezentovanej vedeckej monografie v procese riešenia vzdelávacieho projektu riešiteľský kolektív vytvoril ďalších 14 učebných textov.

Obsah publikácie

Publikácia je rozdelená do troch hlavných kapitol.

Prvá kapitola „Využitie štandardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF pri hodnotení kvality života v súvislosti s depresiou a rozvojom osobnosti seniorov v inštitucionálnom zariadení“ sa zaoberá kvalitou života seniorov v inštitucionálnych zariadeniach vo vzťahu k depresii a špecifickými nástrojmi jej merania.

Druhá kapitola „Využitie prediktívnych skórovacích systémov APACHE II a LODS v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov“

Tretia kapitola s názvom „Validácia dotazníka EORTC QLQ – CR29 a jeho použitie pri hodnotení kvality života u geriatrických pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm“

Podrobný obsah publikácie:

- 1 Využitie štandardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF pri hodnotení kvality života v súvislosti s depresiou a rozvojom osobnosti seniorov v inštitucionálnom zariadení
 - 1.1 Koncept kvality života seniora v inštitucionálnych zariadeniach vo vzťahu k depresii
 - 1.2 Cieľ použitia štandardizovaných testov pri hodnotení kvality života v súvislosti s depresiou a rozvojom osobnosti
 - 1.3 Metodika použitia štandardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF

- 1.4 Analýza dát s použitím standardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF vo vzťahu ku kvalite života
 - 1.5 Komparácia výsledkov použitia standardizovaných testov SMMSE, GDS a Q-LES-Q-SF
- 2 Využitie prediktívnych skórovacích systémov APACHE II a LODS v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov
- 2.1 Využitie skórovacích systémov v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov
 - 2.2 Metodika použitia skórovacích systémov APACHE II a LODS v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov
 - 2.3 Analýza dát v súvislosti s outcomes core pri použití prediktívnych skórovacích systémov APACHE II a LODS
 - 2.4 Hodnotenie použitia skórovacích systémov v intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov z hľadiska veku a outcome score
 - 2.5 Komparácia výsledkov hodnotenia skórovacích systémov
- 3 Validácia dotazníka EORTC QLQ – CR29 a jeho použitie pri hodnotení kvality života u geriatrických pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm
- 3.1 Kvalita života z pohľadu ošetrovateľstva
 - 3.2 Proces validácie dotazníka EORTC QLQ-C30
 - 3.3 Analýza dát hodnotenia kvality života u pacientov liečených pre kolorektálny karcinóm
 - 3.4 Komparácia výsledkov použitia standardizovaného dotazníka EORTC QLQ – CR29

Recenzentmi monografie sú: doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD., vedúca Katedry ošetrovateľstva na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre, autorka mnohých vedeckých i odborných publikácií v oblasti ošetrovateľstva; PhDr. Andrea Bratová, PhD., držiteľka ocenenia Biele srdce 2015, aktívne pôsobiaca v oblasti prvej pomoci i intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti a prof. MUDr. Miron Šramka, DrSc., neurológ, neurochirurg, prednosta Kliniky stereotaktickej rádiokirurgie VŠZaSP a OÚSA v Bratislave.

Záver

Monografia dokumentuje rolu sestry – výskumníčky implikovanú do ošetrovateľskej praxe. Poznatky a výsledky výskumov v nej uvedené môžu byť – pri správnej reakcii kompetentných – cenným zdrojom pri posudzovaní kvality života seniorov, predikcie prežitia verzus mortality geriatrických pacientov v intenzívnej starostlivosti, ako aj pre hodnotenie kvality života u geriatrických pacientov s kolorektálnym karcinómom.

Rozsah monografie je 166 strán. Vydaná bola v roku 2015 vo vydavateľstve Typi Universitatis Tyrnaviensis.

Literatúra:

ILIEVOVÁ, L. – BORONŇOVÁ, J. : Adaptácia nástrojov merania v ošetrovateľstve. 2015. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2015, 166 s., (Gerontologické ošetrovateľstvo), ISBN 978-80-8082-910-0.

Korespondence:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
PhDr. Andrea Bratová, PhD.

jana.boronova@truni.sk
lubica.ilievova@truni.sk
andrea.bratova@truni.sk

Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava

K definování výstupů z učení v ošetrovatelství

PhDr. Hana Nikodemová

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn

*Příspěvek se věnuje kompetencím mentorů klinické ošetrovatelské praxe, které jsou nezbytné k formování a rozvoji souboru klíčových znalostí a dovedností nezbytných k úspěšnému vykonávání této role. Pro účely tohoto příspěvku je pozornost zaměřena na důležitou souvislost v posuzování kompetencí a hodnocení výkonu pedagogů, v součinnosti se zaváděním kvalifikačního rámce v institucích terciárního vzdělávání, kde **výstupy z učení** jsou charakteristickou orientací na studenta. Následuje prezentace vlastního kvantitativního výzkumu, který proběhl formou autoevaluačního dotazníkového šetření u 71 respondentů – absolventů certifikovaného kurzu na 2. LF UK a ve FN Motol a u 38 respondentů, kteří certifikovaný kurz absolvovali v jiných akreditovaných zařízeních. V oblasti znalostí a dovedností přinesla autoevaluace mentorů pozitivní výsledky. Mentoři se cítí být dobře připraveni pro výkon své role a požadované znalosti a dovednosti uplatňují v praxi. Byly zároveň zjištěny rozdíly v přístupu při realizaci certifikovaných kurzů, které podporovaly buď pedagogický model mentoringu nebo podpůrný model mentoringu. Příspěvek dále obsahuje vybrané výsledky dotazníkového šetření, které se mohou stát empirickým podkladem pro širší debatu o koncepci mentoringu v České republice, pro upravení vztahů a kompetencí souvisejících s mentoringem v ošetrovatelství a rovněž také pro další zlepšování vzdělávacích programů nejen certifikovaných kurzů. Účelem tohoto příspěvku je poukázat na nezbytnost výstupů z učení, jež vyplývá ze značné variability certifikovaných kurzů.*

Klíčová slova

Mentor klinické praxe; Certifikovaný kurz; Kompetence; Výstupy z učení; Praktická výuka ošetrovatelství; Ošetrovatelství.

Úvod

V posledních 25 letech zaznamenáváme v celé společnosti řadu změn, které se dotýkají i ošetrovatelského povolání a jeho profesní přípravy. V současné době však platné právní

předpisy požadují připravit studenty k účasti na poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče.

Klíčovým úkolem v oblasti vzdělávání je připravit všeobecnou sestru, která je schopna aktivně uplatňovat teoretické i praktické znalosti a dovednosti pro výkon povolání. Rovněž je nutné absolventa připravit pro postgraduální a celoživotní vzdělávání ve zdravotnictví.

Dosavadní model praktické přípravy všeobecných sester, který z velké části spočíval v přímém vedení ošetrovatelské praxe pedagogem, který byl jediným způsobem přípravy studentů a studentek, se v současné době jeví jako nedostatečný a neefektivní, neboť je do značné míry limitován možnostmi pedagogů dosáhnout odpovídající úrovně specifických znalostí a dovedností v několika klinických oborech zároveň tak, aby ošetrovatelskou praxi mohli vést na nejvyšší možné odborné úrovni, zvláště pak ve zdravotnických zařízeních fakultního typu, kde je poskytována vysoce specializovaná diagnostická, léčebná a ošetrovatelská péče. Dřívější model realizace praktické výuky by v současné době omezil její náplň pouze na provádění základní ošetrovatelské péče, což je vzhledem k současným požadavkům na absolventy kvalifikačního studia nedostatečné, proto je nezbytné, aby praktickou výuku studentů vedly sestry s příslušnou klinickou specializovanou způsobilostí.

Vlastní text

Klíčové kompetence mentorů

Podle akademického slovníku cizích slov se pod pojmem kompetence rozumí předpoklady (tj. znalosti a dovednosti) či schopnost zvládat určitou funkci, činnost nebo situaci. Při formulování záměru vzdělávacího programu pro přípravu mentorů klinické ošetrovatelské praxe jsme si stanovili tyto obecné vzdělávací cíle:

- vybudovat u všeobecných sester a porodních asistentek systém kompetencí v oblasti pedagogiky a psychologie pro kvalifikovaný výkon činnosti mentora klinické praxe - pro úspěšné prognózování, realizaci a evaluaci výchovně vzdělávacího procesu v odborné praxi studentů;
- prohloubit pedagogické a psychologické myšlení o jevech výchovně vzdělávací reality pro hlubší pochopení příčin, průběhu a následků pedagogických i

životních situací a pro kvalifikovanější rozhodování ve výchovně vzdělávací oblasti;

- přispět k samostatnosti, tvořivosti a flexibilitě v pedagogické práci. Přispět k integraci nových teoretických poznatků s dosavadními zkušenostmi v oblasti vedení praktického vyučování z vlastní praxe účastníků vzdělávání.

V rámci těchto cílů jsme se pokusili vyspecifikovat výstupní kompetence účastníků našeho kurzu tak, abychom přesně stanovili obsahovou náplň jednotlivých vzdělávacích celků a předmětů zařazených do certifikovaného kurzu. V této souvislosti jsme analyzovali nejen dostupnou literaturu vztahující se k problematice kompetencí mentorů (např. Ayfer a Hatice, 2008 nebo Jowett, 1994 a další). Analýza literatury nám však nepřinesla konkrétní informace o kompetencích mentorů a jejich struktuře. Z tohoto důvodu jsme využili základní strukturu kompetencí učitele, kterou uvádí Průcha (Průcha, 1997) a jednotlivé oblasti kompetencí jsme upravili a doplnili.

Rovněž jsme vycházeli z aktuálních poznatků dané řešené problematiky, na které někteří autoři poukazují, a to na důležitou souvislost v posuzování kompetencí a hodnocení výkonu pedagogů. Např. Pabian (2012), ve své studii, kde upozorňuje na směr ve výzkumu učení a výuky v terciárním vzdělávání, kde centrální koncept tvoří „přístupy k učení“. Domnívá se, že od jeho zahájení v polovině sedmdesátých let 20. století se stal zjevně nejobsažnějším a nejdůležitějším výzkumným směrem dané oblasti, zejména tím, jak jsou uvedeny bezprostředně srozumitelné klíčové koncepty, rovněž i trvalý teoretický rozvoj od „**přístupů k učení**“ až ke komplexním modelům vztahů mezi vzdělávacími se k učení, k výuce až **po výstupy k učení**. (Pabian, 2012, s. 48,72)

Dle Pabiana je oblast vzdělávání vymezena především **deskripty** popisujícími **výstupy z učení**, které standardizovanou formou vyjadřují cíle vzdělávání a rovněž odrážejí společný teoretický metodologický, filozofický a hodnotový základ dané oblasti vzdělávání. Deskripty oblastí vzdělávání převádějí volněji formulované popisy oblastí vzdělávání do kategorie očekávaných **výstupů z učení** – znalostí, dovedností a dalších způsobilostí (kompetencí) absolventů, a sice v souladu s národními deskripty kvalifikačního rámce.

Zaměřují se na:

- odborné znalosti (konkretizace faktických i teoretických znalostí a stupně porozumění absolventa páteřního oboru);
- odborné dovednosti (konkretizace výzkumných, uměleckých nebo jiných praktických postupů uplatňujících odborné znalosti dané úrovně).

(Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání v České republice, 2012).

Doporučením pro vzdělávací politiku podle Hnilicy a Pabiana (2012) a tedy také účelem národního kvalifikačního rámce, je srozumitelně popsat znalosti, dovednosti a obecné způsobilosti, které si studenti osvojují v jednotlivých programech/oborech a stupních studia v terciárním vzdělávání. Požadavkem je, aby byly transparentní, přehledné, a srozumitelné pro všechny studenty. Národní kvalifikační rámec tvoří výchozí bod pro tvorbu studijních programů/oborů vysokých škol i vzdělávacích oborů. Tento rámec se zaměřuje pouze na výstupy z učení určitého kurikula, tj. jaké jsou očekávané znalosti, dovednosti a způsobilosti absolventů. Národní kvalifikační rámec je realizován zejména z těchto důvodů:

- zkušenosti se zaváděním kvalifikačního rámce v nejrůznějších zemích ukazují, že přispívá k soustředění se na obsah vzdělávání oproti plnění formálních kritérií a v důsledku toho vede ke zlepšení kvality studia. Mezi tyto země se řadí například Velká Británie, Německo, Nizozemsko, Norsko, Dánsko, Irsko, z mimoevropských pak Austrálie, Nový Zéland, Jižní Afrika, Hong Kong;
- „na základě závazků České republiky, které vyplývají z Bergenského komuniké ministrů zodpovědných za vysoké školství (závazek plynoucí z Bergenského komuniké vyžaduje existenci NKR a jeho „sebecertifikaci“ vůči zastřešujícímu rámci kvalifikací pro evropský prostor vysokoškolského vzdělávání - QF-EHEA) a z Doporučení Evropského parlamentu a Rady EU z 23. dubna 2008“. (Hnilica, Pabian, 2012, s. 18)

Výstupy z učení

Výstupy z učení představují souhrnné označení pro znalosti a dovednosti, stejně jako obecné způsobilosti, které studenti mají získat v daném studijním oboru nebo předmětu.

Každý studijní obor i každý jeho předmět má výstupy z učení: tj. co očekáváme, že se studenti naučí v průběhu studia. Když tato naše očekávání zapíšeme, získáme charakteristiku oboru a jeho předmětů, jež je mimořádně srozumitelná pro stávající i potenciální studenty, stejně jako pro zaměstnavatele. Studenti jednoduše zjistí nejen to, čím v rámci studia projdou, ale co budou díky tomu na výstupu znát a umět – a rovněž tak to zjistí jejich zaměstnavatelé. Právě to je věcný důvod, proč jsou výstupy z učení vyžadovány i pro akreditaci.

Příklad

Student umí:

- vysvětlit zásady, metody a postupy jednotlivých ošetrovatelských výkonů u dětí a dospělých nemocných;
- respektovat věkové, individuální a jiné zvláštnosti klientů/pacientů při poskytování ošetrovatelské péče;
- provést ošetrovatelské výkony u dítěte i dospělého nemocného ve standardní a neodkladné péči.

Výstupy z učení vyjadřují, co absolvent studijního oboru nebo student po absolvování předmětu umí vysvětlit, vyhodnotit, navrhnout, sestavit apod.

Při jejich psaní se tedy nezaměřujeme na to, co děláme my jako vyučující (na naši představu, co budeme studenty učit), ale na to, co budou po absolvování umět udělat studenti a absolventi.

*Častými problémy je to, že často **píšeme o něčem jiném, než co má student nebo absolvent na výstupu umět:***

Např.: Student se seznámí se základním historickým vývojem oboru.

Tato formulace popisuje průběh učení, ne výstup z něj; je potřeba přeformulovat, např.:

Student umí charakterizovat tři hlavní historické etapy vývoje oboru.

U takto formulovaného výstupu je pak studentům zřejmé, co se od nich při závěrečné zkoušce z daného předmětu očekává a stejně tak je jasné novým vyučujícím, když přebírají výuku od někoho jiného, co mají zkoušet, **také píšeme o znalostech a dovednostech velmi obecně:** např.: *Student zná zásady profesní etiky.*

Výstupní znalosti a dovednosti studentů/tek, tj. profesní kompetence všeobecných sester, jsou rozděleny na základní, specializované a vysoce specializované podle základních funkcí, které všeobecná sestra plní a vycházejí z platné legislativy ČR.

Cíl empirického šetření:

Cílem vlastního empirického šetření bylo prostřednictvím dotazníkového šetření analyzovat kompetence mentorů klinické ošetrovatelské praxe se zaměřením na realizaci jednotlivých fází edukačního procesu a zároveň posoudit, do jaké míry přispěl certifikovaný kurz pro přípravu mentorů klinické praxe k získání a k prohloubení znalostí a dovedností nezbytných pro optimální vedení praktické výuky v uvedených fázích edukačního procesu a komparovat výsledky autoevaluace klíčových kompetencí u absolventů/tek CK pro přípravu mentorů z různých zdravotnických zařízení s odlišnými akreditovanými vzdělávacími programy.

Metodika

K získání informací nezbytných pro dosažení stanovených cílů byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce. Při konstrukci dotazníku byla věnována maximální pozornost jednoznačnosti a srozumitelnosti jednotlivých položek.

Prostřednictvím dotazníku byly od jednotlivých respondentů zjišťovány následující informace:

- Informace o respondentovi;
- Soubor položek k plánování a k realizaci výuky;
- Soubor položek k monitorování a hodnocení výuky;
- Soubor všeobecných položek;
- Soubor položek zaměřený na vědomosti mentorů;
- Soubor položek zaměřený na jiné profesionální požadavky.

Organizace šetření

Dotazníkové šetření proběhlo na konci letního semestru akademického roku 2013. Vlastní výzkumné šetření proběhlo ve dvou etapách. V první etapě byl dotazník zadán mentorům 2. LF UK, zaměstnancům ve Fakultní nemocnici v Motole, v měsících lednu a v únoru 2013. V první etapě byl dotazník v tištěné podobě rozeslán všem 93 mentorům

/ mentorkám. Do konce měsíce března 2013 bylo zpět doručeno 75 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků (80,65 %) byla nad očekávání vysoká. Po posouzení kontrolních položek ve vyplněných dotaznících, byly tři dotazníky vyřazeny pro nevěrohodnost a jeden dotazník byl vyřazen z důvodu nevyplnění všech položek. Pro vlastní výzkumné šetření bylo použito celkem 71 dotazníků. Z celkového počtu mentorů 2. LF UK a FN Motol se šetření zúčastnilo 76,34 % z nich. Účastníci šetření z první etapy tvoří skupinu respondentů A.

Druhá etapa šetření proběhla v měsíci září 2014. Prostřednictvím akreditovaných zařízení (Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni, Krajské zdravotní, a.s. Ústí n. Labem a Fakulty veřejných politik SU v Opavě) bylo osloveno celkem 232 aktivních mentorů a mentorek, kteří byli vyzváni k vyplnění elektronické verze dotazníku umístěného na webových stránkách 2. LF UK v Praze. Z celkového počtu 232 oslovených mentorů, dotazník, i po několika urgencích, vyplnilo pouze 46 respondentů. Návratnost tedy činila pouhých 19,83 %.

Charakteristika souboru respondentů

Šetření se zúčastnily všeobecné sestry a porodní asistentky, vykonávající činnosti mentorek při vedení klinické ošetrovatelské praxe studentů vysokých škol, které v letech 2012 – 2013 absolvovaly certifikovaný kurz pro přípravu mentorek klinické ošetrovatelské praxe v některém z akreditovaných zařízení v ČR. Na základě rozdílného typu přípravy v certifikovaném kurzu byli respondenti rozděleni do dvou skupin. Skupinu A (n = 71) tvořili dotazovaní, kteří získali zvláštní odbornou způsobilost k výkonu mentorské činnosti ve stejných kurzech, tj. v kurzech realizovaných ve FN Motol nebo na 2. LF UK. Druhou skupinu, B (n = 38), tvořili respondenti, kteří získali zvláštní odbornou způsobilost v jiných akreditovaných zařízeních (FZS ZČU v Plzni, FZV UJEP v Ústí nad Labem a FVP SU v Opavě).

Vybrané výsledky vlastního šetření

Klíčovou částí vlastního výzkumu byla analýza rozvoje pedagogických a didaktických kompetencí mentorů získaných v certifikovaném kurzu ve vztahu k vybraným dílčím činnostem v jednotlivých fázích praktické výuky. Z této analýzy lze usuzovat na efektivitu certifikovaného kurzu, protože tato analýza znázorňuje pokrok ve znalostech a dovednostech mentorů před certifikovaným kurzem a po jeho absolvování. Průměrné

hodnoty vypočítaných korelačních koeficientů Gama jsou nižší u skupiny respondentů A, než u skupiny respondentů B. Z toho lze usuzovat, že certifikovaný kurz pro přípravu mentorů rozvíjel znalosti a dovednosti respondentů skupiny A více, než v případě respondentů ze skupiny B. Vzhledem k tomu, že se všechny vypočítané hodnoty korelačního koeficientu gama pohybují v kladném pásmu, lze konstatovat, že absolvování kurzu, v každém případě pozitivně, více či méně, ovlivnilo znalosti a dovednosti mentorů, případně je alespoň nezhoršilo (zejména u skupiny B). Přestože, ve většině případů, lze z prezentovaných výsledků zjistit lepší výsledky u respondentů skupiny A než B, byly statisticky významné rozdíly zjištěny pouze u dvou položek a to „mám dostačující vědomosti o vzdělávacím programu, který je na fakultě realizován“ ($p = 0,0208$) a v méně významné položce „disponuji dovednostmi orientovat se ve společenských změnách“ ($p = 0,0168$). V obou těchto položkách byly lepší výsledky zjištěny u skupiny A.

U skupiny respondentů B byly zjištěny mírně lepší výsledky autoevaluace položek zaměřených na chování mentora při vedení praktické výuky se zaměřením na přístup ke studentům a komunikaci s nimi a to například u položek:

- jako mentor/ka vedu studenty k odpovědnému přístupu k profesi;
- jako mentor/ka povzbuzuji a pomáhám při úvahách nad prací kritickým myšlením;
- jako mentor/ka se chovám kolegiálně, partnersky;
- jako mentor/ka se chovám proaktivně;
- jako mentor/ka efektivně spolupracuji se studentem/kou a vzbuzuji jeho/její zájem o konkrétní dovednost;
- domnívám se, že mé hodnocení studenta posiluje a povzbuzuje a motivuje k dalšímu zdokonalení a rozvoji.

Závěr

Dosavadní změny, např. snaha sjednotit přípravu mentorů jednotným certifikovaným kurzem, jsou polovičaté a původní cíl naplňují jen z části, neboť exaktně nedefinují výstupy z učení, tj. to, co by měl mentor klinické praxe znát a umět, tedy portfolio, ze kterého vznikají konkrétní pedagogicko – didaktické kompetence, kterým bylo věnováno i toto šetření. Z obsahové analýzy vzdělávacích programů certifikovaných kurzů pro

přípravu mentorů realizovaných v letech 2010 – 2014, vyplývá velká variabilita obsahu i rozsahu přípravy mentorů. Současný „jednotný“ vzdělávací program vydaný MZ ČR sice pevně stanovuje rozsah a obecně i obsah vzdělávání, ale přesně nedefinuje výstupy z učení, čímž (byť v menší míře než dříve) umožňuje variabilní přístup k realizaci kurzů v různých akreditovaných zařízeních.

Přestože výsledky našeho vlastního šetření provedeného u skupiny našich mentorů vyznívají pozitivně, vnímáme potřebu trvalého a systematického rozvíjení kompetencí, tedy znalostí a dovedností všeobecných sester, jež vykonávají činnosti mentorek klinické ošetrovatelské praxe jako nezbytný a zároveň i podstatný příspěvek ke zvyšování kvality vzdělávacího procesu i u našich studentů. V tomto smyslu vnímáme provázanost **výstupů z učení** ve způsobu vzdělávání a způsobů hodnocení tak, že si více studujících trvale osvojí cílové komplexní znalosti a dovednosti, jako nezbytný prvek pro zlepšování činnosti nejen akademických pracovníků našeho pracoviště, ale i mentorů klinické ošetrovatelské praxe i samotných studentů.

Literatura:

AYFER, E. – HATICE, Y. S. *Students Opinions About and Expectations of Effective Nursing Clinical Mentors*. Journal of Nursing Education. Thorofare: 2008, vol. 47, Iss 3, pg. 118, 6 pgs ISSN 01484834

HNILICA, J., PABIAN, P., HÁJKOVÁ, T. (eds) *Národní kvalifikační rámec terciárního vzdělávání. Díl 3. Zkušenosti a doporučení*. Praha: MŠMT, 2012, s.18 ISBN 978-80-87601-11- 2

JIRKOVSKÝ, Daniel. *Výsledky autoevaluace vybraných pedagogických a manažerských dovedností všeobecných sester, mentorek klinické praxe*. In: *Pracovní den Marty Staňkové: sborník konference s mezinárodní účastí*. 2009. 1 vyd. Karolinum: Praha, 2010 s. 37 – 44. ISBN 978-80-254-5597-5

JIRKOVSKÝ, Daniel. *Supervize odborné praxe v Certifikovaném kurzu pro přípravu mentorek klinické ošetrovatelské praxe a školitelek specializačního vzdělávání*. In. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství: sborník příspěvků V. Slezské konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2010, s. 107 - 109 ISBN 978-80-7248-607-6

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)

PABIAN, Petr. *Jak se učí na vysokých školách: výzkumný směr “přístupů k učení”*. STUDIE. In *aula1/2012/XX*, s. 48,72.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. vyd. 1: Praha, Portál, 1997, 495 s. ISBN 80-7178-170-3

Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 2, vyd. 1, Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 271 s. ISBN 80-85047-21-7

Kontakt:

PhDr. Hana Nikodemová
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
Email: hana.nikodemova@lfmotol.cuni.cz

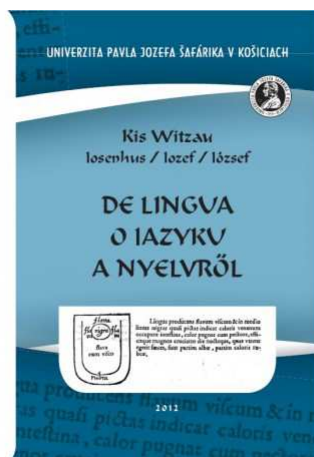
Recenze aktuální publikace - Kis Witzay Josephus/Jozef/József: De lingua/O jazyku/A nyelvéről

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.¹, doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.²

¹ Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave

² Katedra klasických jazykov TU v Trnave

Kis Witzay Josephus/Jozef/József: De lingua/O jazyku/A nyelvéről. Do slovenčiny preložil František Šimon, do maďarčiny László András Magyar. Košice 2012. 114 s. ISBN 978-80-7097-982-2.



Fyzikálne vyšetrenie alebo fyzikálny assessment je vyšetrenie chorého zmyslami. Ide o pojem, ktorý bol a je uplatňovaný prakticky či už v medicíne alebo v ošetrovateľstve. A napriek 21. storočiu a využívaniu moderných diagnostických metód spolu s anamnézou stále patrí k základným predpokladom stanovenia správnej diagnózy.

Správnou diagnostikou a následnou liečbou je potom možné zabrániť rozvinutiu choroby. Táto teória pretrvala v medicíne celé storočia a našla svojich priaznivcov aj u nás. Už v antike si lekári všimli, že príznaky chorôb sú často viditeľné na niektorých častiach ľudského tela a podľa ich stavu sa dajú neduhy diagnostikovať. Príkladom je veľký latinský spis venovaný jazyku, ktorý vyšiel v 18. storočí v akademickej tlačiarňi Trnavskej univerzity (1773). Ide o lekársku dizertáciu, záverečnú prácu pre získanie titulu doktora medicíny, a jej autorom je Jozef Kis Witzay (1746-1810), neskôr známy a obľúbený košický mestský a župný lekár. Ten však ako evanjelik získal po úspešnej verejnej obhajobe len licenciát, nie doktorát z medicíny.

Svoju prácu, ktorá je rozdelená do 60 kapitol, venoval ešte ako študent medicíny jednotlivým typom jazyka ako signálu rôznych chorôb, pričom základným kritériom triedenia bol jeho vonkajší vzhľad či farebnosť. Autor sa postupne zaoberá suchým, bielym, drsným, čiernym, červeným, žltým a zeleným jazykom, ako i chorobami, ktorých sú symptómami. Samostatná kapitola je venovaná jazyku ako orgánu chuti, ďalšia ako orgánu reči. Najrozsiahlejšiu časť tvorí doslova prebratý text o čínskej medicíne prevzatý z diela Andreasa Cleyera (Frankfurt 1682). Jej rozsah naznačuje autorov eminentný záujem o tradičné čínske lekárstvo. Zatiaľ čo západná medicína liečila v tomto čase viac prejavy chorôb ako ich príčinu, východná – a to prebral aj autor – viac zdôrazňovala fakt, že pre zdravie človeka je dôležitá celková harmónia všetkých častí ľudského tela a ich funkcií, práve disharmónia spôsobuje ich narušenie. Zdá sa, že práve táto skutočnosť mladému budúcemu lekárovi najviac imponovala.

Kis Witzay sa pri písaní diela opieral o antické lekárske authority – Hippokrata, Galena, Aretaia. O jeho znalosti súčasníkov svedčí citácia Angličana Johna Huxhama, italského lekára Prospera Alpena i Holanďana van Swietenena, dvorného lekára panovníčky Márie Terézie. Zo súvekých uhorských medicínskych diel nesiahol po žiadnom.

Preložiť latinské barokové dielo je ťažký oriešok pre každého klasického filológa, o to viac, ak ide o odborný spis. V prípade Kis Witzayovej práce sa na to podujal skúsený František Šimon, ktorý sa v pedagogickej i publikačnej činnosti dlhodobo venuje medicínskej terminológii. Spolupráca s maďarským kolegom Lászlóom Andrásom Magyarom priniesla slovenskému čitateľovi ako výsledný produkt trojjazyčnú publikáciu. Popri slovenskom preklade a latinskom faximile pôvodiny v nej nájdeme aj preklad do maďarčiny. Rovnako je v troch jazykoch napísaný úvod a poznámky.

Preklad diela *De lingua* a jeho sprístupnenie odbornej i laickej verejnosti možno považovať za zaujímavý a hodnotný počín. Aj v dnešných časoch je dôležité poznať historický vývin vedných odborov, aby sme v jeho kontexte mohli posúdiť ich súčasný stav.

O to viac, že niektoré časti Kis Witzayovho diela sú aktuálne aj dnes: „Preto je osožné vyšetriť všetky funkcie, t. j. vitálne, naturálne a animálne, a posúdiť všetky zmeny

prejavujúce sa v nich a na základe súboru príznakov a posúdenia všetkých skúmaných funkcií sformulovať stanovisko o stave chorého. Správne totiž nepostupuje ten, kto, potom čo zbadal jedno alebo druhé dobré znamenie, neberie do úvahy ostatné a nečinnosťou zahubí chorého.“ (s. 64)

Korespondence:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné nám. 1
918 43 Trnava
Email: lubica.ilievova@truni.sk

Problematika výuky první pomoci u neslyšících a nedoslýchavých

Mgr. Jana Křivková¹, Mgr. Stanislava Reichertová²

¹ Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

² Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

Souhrn:

Autorky příspěvku přinášejí pohled na problematiku výuky první pomoci u neslyšících a nedoslýchavých občanů. Příspěvek prezentuje všeobecné teoretické vymezení sluchového postižení, jeho vznik a odlišnosti v komunikaci u sluchově postižených. Hlavní část je věnována poskytování první pomoci, Guidelaines 2015 vydanými Evropskou radou pro resuscitaci a v závěru je upřesněno legislativní vymezení při neposkytnutí první pomoci nastavené v České republice podle §150 trestního zákona č. 40/2009 Sb.

Klíčová slova:

Komunikace; Neslyšící; První pomoc; Resuscitace; Sluchové postižení; Vzdělávání

Úvod

Resuscitace a její zajištění nejen v odborné ale i v laické veřejnosti je stálé téma, které neustále reaguje na nová doporučení vydaná Evropskou radou pro resuscitaci. Pro laickou veřejnost je pořádáno mnoho na „míru“ ušitých vzdělávacích kurzů první pomoci v této oblasti. Současná minoritní skupina sluchově postižených nemá v takové míře možnosti tyto kurzy navštěvovat, dochází tak k nezapojování těchto lidí do zahajování první pomoci ve společnosti z důvodu, že oni sami neví jak první pomoc poskytnout. Přivolání záchranné zdravotnické služby bývá na několika úrovních a často se stává, že ani samotní neslyšící sami neví, jaké možnosti přivolání zdravotnické záchranné služby se jim nabízí. I tato sdělení mohou být součástí pořádaných kurzů první pomoci pro tyto občany.

Vlastní text

Pro život člověka je sluch jeden z nejdůležitějších smyslů, akustickým kanálem vnímá asi 60 % všech informací. Světová zdravotnická organizace definuje sluchové postižení jako druhé nejtěžší a nejrozšířenější somaticko-funkční postižení. V České republice žije

přes 500 000 tisíc spoluobčanů, kteří mají různé sluchové postižení. Tato nesourodá skupina je rozdělena podle typu nebo stupně sluchového postižení na neslyšící, nedoslýchavé nebo ohluchlé. Postižení sluchu vzniká jako vrozená vada, která může být geneticky podmíněná nebo kongenitálně získaná v prenatálním nebo během perinatálního období. Vzniknout může i jako získaná, postnatální vada sluchu a zde záleží, v jakém věkovém období vznikla. Zda se jednalo o období do 6. roku života dítěte, čili prelingválně získaná vada sluchu (získaná vada před fixací řeči), která má různý dopad na komunikační možnosti člověka, nebo o období po 6. roce života dítěte, čili postlingválně získaná vada sluchu (získaná vada po fixaci řeči).

Komunikace sluchově postižených se odlišuje v závislosti na časovém získání sluchového postižení. Mezi další faktory, které ovlivňují komunikaci, spadá vliv učení ve škole, nezastupitelnou roli hraje učení se v rodině a především osobnostní inteligenční profil jedince. Sluchově postižení hojně využívají ke své komunikaci odezírání ze rtů, které pro některé může být těžko zvládnutelné a poté nespolehlivé. Další početná skupina, zhruba 180 tisíc nedoslýchavých, požívá jako kompenzační pomůcku sluchadlo. Jedna z možností komunikace sluchově postižených je využití služby simultánního přepisu mluvené řeči pro využití ohluchlých a nedoslýchavých občanů. Nejznámější pro širokou laickou veřejnost je využití znakového jazyka, který usnadňuje komunikaci neslyšících. Nepoužívají jej všichni sluchově postižení. Pouze 7-10 tisíc jedinců užívá znakový jazyk jako svůj jazyk mateřský. I přes veškerou dosavadní snahu stále existuje malé povědomí a mylné představy o možnosti komunikace u sluchově postižených, které vedou k dalším zbytečným obavám jak s těmito sluchově postiženými lidmi komunikovat či je integrovat do společných organizovaných akcí.

Každý z nás se někdy v životě ocitl v situaci, kdy musel poskytnout první pomoc. První pomoc je soubor jednoduchých základních opatření, který vede k záchraně života. Umět poskytnout někomu první pomoc není tak těžké a při správné interpretaci těchto základních opatření, dokáže první pomoc poskytnout i dítě školou povinné. V roce 2005 Evropská rada pro resuscitaci vydala doporučení Guidelaines 2005 v poskytování první pomoci jak v základní tak rozšířené resuscitaci, která jsou každých pět let podle probíhajících světových výzkumů v resuscitaci vždy inovovaná. Rok 2005 byl

zlomovým rokem v těchto nových doporučeních z důvodu zjednodušení poskytování záchrany života – resuscitace, hlavně pro laickou veřejnost. Z doposud předkládané nutnosti hmatání pulsu u zraněného se laické veřejnosti doporučilo pouze diagnostikování stavu vědomí a ověření přítomnosti dechu u zraněného. V případě, že je zraněný ve stavu, kdy nereaguje, tedy je v bezvědomí, a nedýchá, není potřeba hmatat puls a je nutné okamžitě přistoupit k zahájení neodkladné resuscitace.

Poskytování první pomoci je mylně ve všech literárních zdrojích uváděné jako morální a zákonem stanovená povinnost člověka. V současnosti podle §150 trestního zákona č. 40/2009 Sb. je posuzováno jako trestný čin neposkytnutí pomoci. Za tento trestný čin bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta ten, „kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného.“ První pomoc je vyučována na všech stupních vzdělání, je povinná pro lidi, kteří chtějí získat řidičské oprávnění. Současný trh nabízí nepřehledné množství nepovinných kurzů a školení ohledně poskytování první pomoci, které jsou takřka ušité na míru koncovému zákazníkovi. Kurzy pořádané jak pro laickou (školení pro firmy, první pomoc u dětí, první pomoc při akutních stavech atd.), tak odbornou veřejnost (kurz resuscitace s AED pomůckami, atd.).

Dle poskytnutí informací od Svazu neslyšících a nedoslýchavých České republiky (SNN ČR) a České unie neslyšících České republiky (ČUN) nejsou v současné době dostupné kurzy první pomoci zacílené na skupinu neslyšících a nedoslýchavých občanů v takové míře, aby přispěly k celkové osvětě této minoritní skupiny. Sluchově neslyšící a nedoslýchaví občané nemohou tak získat informace ohledně přivolání Zdravotnické záchranné služby (jejich nové aplikace Záchranka pro neslyšící, která je ve fázi přípravy) včetně znalostí v poskytování první pomoci. V současnosti mají sluchově postižení možnost Záchranou zdravotnickou službu přivolat na několika úrovních. Mohou využít operátora O₂ nebo on-line tlumočnické služby. Zdravotnická záchranná služba, ale i policie a hasičský sbor pro ně nabízí od roku 2010 možnost využití formy zaslání SMS na číslo 724 333 155, které je dostupné po celé České republice. Tato linka má působnost 24 hodin denně a neslyšící musí vždy do SMS uvést, kde, co se stalo, zda se jedná o úraz, nehodu, či požár a samozřejmě i své jméno a adresu. V současné době

Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy pracuje na zdokonalení aplikace Záchranka pro neslyšící, která bude další z možností pro sluchově postižené, jak si pomoc pro sebe, rodinu či kolemjdoucí přivolat. Je nutné uvést i zastoupení jednotlivých možností SMS čísel, která jsou zastoupená v jednotlivých krajích za jednotlivé záchranné sbory.

Záměrem pořádaných kurzů první pomoci pro neslyšící by bylo zlepšení vztahů mezi lidmi slyšícími a sluchově postiženými, integrovat sluchově postižené do společnosti v rámci plného zapojení do poskytování první pomoci, navázat vztahy na úrovni mezi odbornou a laickou veřejností.

Závěr

Současná doporučení Guidelaines 2015, která jsou vydaná Evropskou radou pro resuscitaci a inovovaná vždy v pětiletém období, se snaží jak laické tak odborné veřejnosti nastavit strategické postupy v resuscitaci podle posledních publikovaných EBM. Je ve všeobecném povědomí, že minoritní skupiny jako neslyšící občané, jsou v podstatně menším měřítku do systému záchrany života zapojováni. Vzdělávání na úrovni této problematiky první pomoci není jednoduché a nese s sebou mnoho úskalí, které je potřeba, ze strany neslyšících, kteří by byli příjemci vzdělávání se v této problematice, ale i ze strany slyšících občanů, kteří by byli aktivními poskytovateli vzdělávacích kurzů, překonat (zajištění tlumočení do znakového jazyka nebo za současného simultánního přepisu). Jistě taková výuka má svůj význam pro celou společnost. Integrace sluchově postižených v rámci výuky první pomoci by jistě neměla být opomíjena a naopak by se měla odrazit na základě zvolených preferencí od samotných neslyšících a nedoslýchavých občanů.

Literatura

ERC. *Guidelaines 2015*. [online] [cit. 2016-07-10] Dostupné z [www: http://www.cprguidelines.eu/](http://www.cprguidelines.eu/)

FRANĚK, O. *První pomoc a právo*. [online] [cit. 2016-07-10] Dostupné z [www: http://www.zachrannaslužba.cz/prvni_pomoc/2013_prvni_pomoc_pravo.pdf](http://www.zachrannaslužba.cz/prvni_pomoc/2013_prvni_pomoc_pravo.pdf).

NOVÁK, M. *Tísňové linky pro neslyšící uživatele*. [online] [cit. 2016-07-10] Dostupné z [www: http://www.helpnet.cz/aktualne/sms-linkyprvni-pomoci-pro-neslysici](http://www.helpnet.cz/aktualne/sms-linkyprvni-pomoci-pro-neslysici).

LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

STRNADOVÁ, V. *Odezírání jako schopnost*. 2. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o. s., 2008. 85 s. ISBN 978-80-8715.

Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. vyd. 6. Praha: Armex, 2015. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-36-6.

World health organization. *Deafness and hearing loss*. [online] [cit. 2016-07-10] Dostupné z www: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html>.

Zákon č. 384/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. [online] [cit. 2016-07-10] Dostupné z [www: http://www.mdcr.cz/NR/rdonlyres/34F05C76-EC29-416F-9F51-608B80DE270C/0/MicrosoftWord384.pdf](http://www.mdcr.cz/NR/rdonlyres/34F05C76-EC29-416F-9F51-608B80DE270C/0/MicrosoftWord384.pdf).

Korespondence:

Mgr. Jana Křivková
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
Email: jana.krivkova@lfmotol.cuni.cz