



**Fakultní nemocnice v Motole,
Ústav ošetřovatelství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a
Česká asociace sester, region Motol – Praha
v y d á v a j í**

*sborník příspěvků a abstrakt
z odborné konference s mezinárodní účastí*

C E S T A K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XX.

která se uskutečnila dne 13.09. 2018 ve FN Motol



ISBN: 978-80-87347-40-9

Název publikace:

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

PhDr. Andrea Bratová, Ph.D.

Vydala:

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

jako svou 41. publikaci.

Počet stran:	200
Vydání:	první, Praha, 2018
Náklad:	150 výtisků na nosičích CD-ROM
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

Neprodejné!

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

ISBN: 978-80-87347-40-9



OBSAH:

	<i>str.</i>
Sestry na křižovatce doc. PhDr. Jaroslav Koťa	8
Prediktory syndromu vyhoření u zdravotnického personálu PhDr. Alena Javůrková, Ph.D. PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D. Bc. Nikola Glombíková	14
Supervize jako prevence syndromu vyhoření ve zdravotnictví - zkušenosti supervizora ve zdravotnictví PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.	19
Riziko syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení PhDr. Alena Dziacka, PhD. Bc. Nikola Popovičová	24
Status sestier v spoločnosti PhDr. Alena Uríčková, PhD. PhDr. Andrea Lajdová, PhD.	30
Skúsenosti slovenských sestier s verbálnym a sexuálnym násilím zo strany pacientov PhDr. Andrea Ševčovičová Bc. Lenka Kmecková	33
Role sestry v klinickém hodnocení léčiv Mgr. Jana Kačorová, Ph.D.	40
Motivácia sestier ako efektívny nástroj kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD. Mgr. Ivana Bohušová Mgr. Michaela Harabišová	42
Zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu Mgr. Růžena Houžvičková Zvelebilová	50
Agresivita u pacientov v zdravotnických zariadeniach z pohľadu ošetrovateľského personálu PhDr. Maria Popovičová, PhD. doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.	56
Algoritmy subkutánnej aplikácie imunoglobulínov PhDr. Terézia Fertaľová, PhD.	66

Etické a psychosociální aspekty péče u HIV pozitivních	72
Mgr. Veronika Kulířová	
Pokročilá prax v ošetrovatelstve v kontexte modelu ANN B. HAMRIC	76
PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.	
PhDr. Dagmar Magurová, PhD.	
doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.	
Doplnky stravy vo výžive tehotných žien z pohľadu sestry	81
PhDr. Kamila Jurdíková	
Mgr. Denisa Imrichová	
Koordinácia starostlivosti o chronicky chorých v kontexte Wagnerovho modelu	83
doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.	
PhDr. Dagmar Magurová, PhD.	
PhDr. Andrea Obročníková, PhD.	
PhDr. Slávka Mrosková, PhD.	
Psychoedukácia pacienta s depresívnou poruchou	88
PhDr. Marek Rabinčák	
Frailty syndróm ako ošetrovateľský problém	93
Mgr. Eva Tomíková, MPH	
doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.	
Deficit sebestačnosti u seniorov s demenciou	97
doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.	
Kvalita života seniorov s poruchou duševného zdravia	102
PhDr. Darina Šimovcová, PhD.	
Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia	104
PhDr. Eva Balogová, PhD.	
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.	
Problematika edukace o profylaktické obuvi u seniorů s diabetes mellitus	109
Mgr. Silvie Treterová	
Bc. Markéta Ambruzová	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v poresuscitačnom období	118
Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.	
HFNC – nový spôsob aplikácie kyslíku	123
Mgr. Kateřina Zámečníková	

Klinický informační systém ICIP na resuscitačním oddělení	124
Bc. Věra Nigrovičová, DiS. Mgr. Kateřina Zámečnicková	
Malígna hypertermia	125
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD. PhDr. Eva Balogová, PhD.	
Aktivizace dětí v nemocniční péči	128
PhDr. Andrea Bratová, PhD. PhDr. Hana Nikodemová	
Integrácia dieťaťa s diabetes mellitus 1. typu v školských zariadeniach	130
PhDr. Andrea Šuličová, PhD. PhDr. Tatiana Šantová, PhD. doc. PhDr. Ľubica Derňarová, PhD. PhDr. Jana Cinová, PhD. PhDr. Zuzana Novotná, PhD. PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.	
Informovanosť rodičov o osobitostiach podávania antibiotickej liečby u detí v domácom prostredí	132
PhDr. Iveta Ondriová, PhD.	
Pohled rodičů na ošetrovatelskou péči o dítě v průběhu hospitalizace	136
Mgr. Zuzana Hlubková Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D. Bc. Martina Vilášková Bc. Romana Lisztwanová	
Problematika užívání alkoholu dospívajícími	141
Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D. Mgr. Zuzana Hlubková Bc. Zuzana Matějková	
Komplexní péče o dítě před a po kochleární implantaci	145
Petra Forejtová Adriana Laudátová	
Znalosti dětských a všeobecných sester v komunikaci s mentálně handicapovanými pacienty	148
Bc. Michaela Helinská PhDr. Šárka Tomová, PhD., Ph.D.	

Motivácia k voľbe štúdia ako prediktor kvality výkonu pomáhajúcej profesie	153
RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD. doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.	
Simulačné metódy vo vzdelávaní v nelekárskych študijných odboroch	161
PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD. PhDr. Valéria Mašterová PhDr. Zuzana Novotná, PhD.	
Role sestry mentorky jako předpoklad dobré praxe	168
PhDr. Hana Nikodemová PhDr. Andrea Bratová, PhD.	
Využitie e-learningu v profesijnej príprave sestier	175
PhDr. Katarína Gerlichová, PhD. PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.	
Projektové vyučování ve výuce všeobecných sester	177
Mgr. Petra Sedlářová Mgr. Šárka Kazdová	
Spoločensko-politické pomery v rokoch 1918 - 1939 a ich vplyv na stav vzdelávania v oblasti ošetrovateľstva na Slovensku	182
prof. PhDr. Marta Dobrotková, CSc.	
Pastoral dimension of the charism of the Sisters of Mercy of the Holy Cross (called Ingenbohl)	188
ThLic. Krzysztof Trębski MI, PhD.	
Latinčina v systéme ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku	192
doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.	
Návštevy príbuzných v nemocnici v 30. rokoch 20. storočia	196
doc. PhDr. Jana Boroňová PhD.	
Problematika ošetrovateľského vzdelávania v kontexte ošetrovateľských konferencií prvej Československej republiky	198
doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD. doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.	

SLOVO ÚVODEM

*Vážené kolegyně,
Vážení kolegové,*

opět po roce a celkově již po dvacáté dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetřovatelství, která se ve FN Motol uskutečnila dne 13.09. 2018.

Na konferenci, ve dvou hlavních blocích a v šesti workshopech zaznělo více jak 50 příspěvků věnovaných profesi sestry, managementu, kvalitě a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, péči o seniory a chronicky nemocné, intenzivní péče, ošetřovatelské péče o děti, vzdělávání v ošetřovatelství apod. Zaznělo tedy velké množství zajímavých a inspirujících příspěvků věnovaných nejen ošetřovatelské teorii, ale především dobré ošetřovatelské praxi.

Jsme rádi, že jsme mohli ve FN Motol přivítat 113 autorů a spoluautorů odborných sdělení a nemalý počet dalších kolegů a kolegyň nejen z FN Motol, ale i z jiných zdravotnických zařízení.

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. Tento záměr se snažíme naplňovat již 20 let a věříme, že má svůj smysl a význam.

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 setkání s Vámi v roce 2019!

*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*

SESTRY NA KŘÍŽOVATCE

doc. PhDr. Jaroslav Koťa
Katedra pedagogiky FF UK

Anotace:

Text je zamyšlením nad jedním z klíčových bodů profesionalizace sester, a to jejich vzdělávání. Poukazuje na skutečnost, že v řešení problémů ve zdravotnictví se soustřeďuje pozornost na jednotlivé problémy vytržené ze širších kontextů. Budoucnost profese znamená postupné nové vymezení kompetencí sester a nastavení jejich profesiogramu. Snahy řešit problémy rezortu zdravotnictví především prostřednictvím peněz nebývá dostačující.

Klíčová slova:

profesionalizace sester, profesiogram, pracovní podmínky, vzdělávání.

Vlastní text:

Titul sestra na křížovatce naznačuje, že situace, do které společnost posunuje povolání sestry, se stává nepřehledná, do jisté míry ohrožující problematickou perspektivou jak pro sestry samotné, tak především pro fungování rezortu zdravotnictví. Na jedné straně je nesporné, že bez sester se celý systém péče o nemocné zadrhne, na straně druhé víme, že kumulace problémů v této oblasti dospěla do bodu, kdy se namísto dlouhodobých a nosných řešení flikují záplatami problémy, které bylo v řadě věcí třeba řešit již před lety.

Proč jsem zvolil takový titul dnešního referátu? Proč je vhodné sáhnout po nadpisu, který směřuje k tomu, aby podtrhl možné konotace prohlubujících se problémů v ošetrovatelské profesi; na straně druhé nadpis dnešního referátu v sobě obsahuje poměrně malé přísliby na zlepšení současného stavu. Nechtěl jsem od začátku použít slova „krize“, protože jako učitel nemám rád, když se mluví o krizi ve školství, neboť vím, že mnohé v něm funguje a mnohé se v něm zlepšilo, podobně nelze přehlédnout řadu pozitivních změn ve zdravotnictví včetně ošetrovatelství, ale hlavně včetně každodenního heroismu těch, kteří celý systém udržují v provozu svou ne vždy lehkou prací. Proto označovat v jednotlivých rezortech národního hospodářství situace za krizové bývá spíše nadsázka než cokoliv jiného; zcela jistě by se pojednání o krizovém stavu mohlo zdát přehnané, nepřiměřené a míjející skutečné problémy oboru. Zkusme se tedy zamyslet nad současnou situací.

Jak víte, téma, k němuž se dlouhodobě vracím, od přednášek, které jsem vedl před lety na katedře ošetrovatelství až po referáty na konferencích, se označuje jako *profesionalizace* sester, učitelů a sociálních pracovníků. To jsou tři povolání, která v západním světě v posledních desetiletích usilují o naplnění programu plné profesionalizace. Připomenu jen, že jakákoliv postupná profesionalizace rozvíjejících se profesí se opírá v první řadě o úzký vztah k vlastní profesi, která je zpravidla pojímána jako „poslání“; druhým momentem je otázka vzdělání a jeho vysoká úroveň umožňující aplikace obecných vědomostí v konkrétních případech; třetí moment tvoří vytváření etického kodexu a vnitřní systém ochrany jak klientů, tak profesionálů; v neposlední řadě jde i o symbolický systém odměn v podobě platů či honorářů.

Tentokrát své zamyšlení musím začít u otázky vzdělávání sester, protože právě to se mi jeví v dnešní době jako vysoce překerní záležitostí. Víme, že v tomto případě bylo zvoleno vysoce kompromisní řešení v podobě systému 4 + 1, který byl prosazen zhruba před rokem v parlamentu. Mnozí poslanci přitom argumentovali tím, že jde o „dočasné“ a nouzové řešení akutního stavu, kdy ubývá sester a v některých nemocničních zařízeních se již výrazně projevuje jejich nedostatek v té míře, že je potřeba omezit provoz některých oddělení nebo je prostě uzavřít. Pamatuji na vtip

po okupaci v roce 1968, kdy po podepsání smlouvy o dočasném pobytu sovětských vojsk se říkalo, že jednotka dočasnosti je jeden furt. Doufejme jen, že přijaté řešení, které je skutečně jistou krajností nepotrvá příliš dlouho - a bude se vypracován vhodnější model vzdělávání sester. Připomenu jen, že před rokem jsem právě zde vyjádřil přesvědčení, že takováto dočasná řešení k ničemu v podstatě nepovedou, spíše zvýší míru nejistoty budoucnosti této profese. Osobně jsem přesvědčen, že přijaté řešení 4 + 1 bude řadu budoucích potenciálních zájemkyň o profesi sestry odrazovat a bude mít dlouhodobě spíše kontraproduktivní efekt: namísto řešení situace nedostatku sester, bude pomalu, ale jistě i nadále akcelerovat jejich akutní nedostatek.

Asi není třeba připomínat, že přijaté řešení nezrušilo vysokoškolské vzdělávání budoucích sester, ponechává je v platnosti, ale je zjevné, že tento proud vzdělávání není v tuto chvíli považován za hlavní proud, na který by (jako na vysoce důležitý segment vzdělávání) měla být upřena adekvátní pozornost. Mimochodem (dovoluji si připomenout) v parlamentní debatě se objevovaly dva druhy argumentů, které měly své racionální jádro. Jeden lehce demagogicky napadal současný systém vzdělávání sester argumentem, že se neustále vyučuje totéž pořad dokola: stejné učivo je na středních zdravotních školách, posléze na VOŠkách a v neposlední řadě ve vysokoškolském vzdělání. Pravdou je, že vzdělání má v řadě oborů charakter takových začarovaných kruhů, kdy se určitá témata opakují, ale v odlišných a prohlubujících se verzích. Tatáž témata vykládaná na středních a vysokých školách se obvykle liší rozsahem a hloubkou, na druhé straně je v uvedené argumentaci skrytá výzva, kterou není radno nechat spadnout pod stůl, či ji zcela přeslechnout. Právě za těmito výroky čtème apel na opakované revize vyučovaných předmětů a látky v nich, neboť jak známo ošetřovatelství (stejně jako veškeré lékařské obory) prochází obrovskými změnami – a ty je třeba reflektovat, a na tomto základě inovovat jak obsahy, tak metody výuky. Je to také otázka celého systému studia, jeho vhodného nastavení, úpravy vztahů mezi teoretickými předměty a systémem praxí v průběhu studia apod. Zcela jistě bude vhodné a zjevně nutné čas od času sáhnout po nelehkém oboru, který se nazývá *komparativní pedagogika* a pěstovat srovnávání systémů vzdělávání sester ve vyspělých zemích a v české kotlině. Zde jako člen týmu, který po listopadu 1989 připravoval podklady pro nový vysokoškolský zákon, připomenu, že jsme nejprve probrali řadu systému vzdělání na vysokých školách v Německu, ve Francii, Velké Británii, Spojených státech a v řadě dalších zemí, ale záhy bylo jasné, že ani jeden školský systém nelze mechanicky okopírovat, převzít jej a přenést do naší země. Řešení spočívalo v následujícím: vytipovat a pojmenovat vývojové trendy odehrávající se v oblasti vysokoškolského vzdělávání a celý systém nastavit na základě propojení tradic našeho vzdělávání se světovými trendy. To se dá samozřejmě vztáhnout na systém jak středního, tak vysokoškolského oborového vzdělávání. A z toho jsme tedy vyšli k nastavení celého rámce vysokoškolského vzdělávání u nás v nové přelomové situaci. V této souvislosti podtrhnu nutnost trvale sledovat a publikovat zprávy o vzdělávání sester v zemích evropského společenství a ve Spojených státech, kde se začalo vysokoškolské vzdělávání sester rozvíjet již záhy po první světové válce. Tolik zatím k první parlamentní argumentaci, kterou nahlížím jako velkou a dlouhodobou výzvu k postupným a uvážlivým revizím systému vyššího vzdělávání sester, bez něhož se perspektivně zdravotní systém neobejde.

Druhý trend v parlamentní diskusi zdůrazňující povahu „dočasného“ řešení poukazyval na to, že ve vyspělých zemích si nikdo již neumí představit luxus, že stát bude neustále navyšovat počty lékařů a přitom se nezmění rozdělení kompetencí mezi lékaři a sestrami čili vše bude nadále fungovat tak, jako v současnosti. Takový systém se ukázal v řadě evropských zemí jako neúnosný, protože tolik lékařů, aby zvládali vše, co v minulosti, již neexistuje v žádné vyspělejší zemi. A to je podle mého další vysoce problémový prvek celého dalšího vývoje ošetřovatelské profese: postupné a uvážlivé přenastavení stávajících úkonů, které budou v kompetenci lékařů-doktorů a doktorek, a úkonů, které budou přenášeny na sestry podle toho, jaké absolvovaly vzdělání včetně doškolování. Naskakuje mi husí kůže, když v mediálních debatách primitivové vystupují s argumentem a kdo bude pacienty umývat, vynášet nočníky apod., až budou mít sestry

vysokoškolské vzdělání, k čemu to vlastně je apod. Neskutečně hloupá a primitivní argumentace nic neřeší, jenom se na ní skrývá snaha udržet neudržitelný stav, nic neměnit a neinovovat.

Takže: I v sesterské profesi bude i nadále docházet k diferenciaci úkonů a část z nich, na něž není potřeba specializované vzdělání, bude přenesena na pomocný personál, což se v řadě zařízení již dávno děje. A kdybych to měl přirovnat k učitelství, je to jako bych místo zvyšování kvalifikace a kompetencí učitelů říkal – dobře, namísto prohloubení výuky psychologie dítěte, didaktiky a diagnostiky si položíme otázku, a kdo bude hlídat žáky, aby nezlobili, kdo bude vyplňovat třídní knihy apod.? Již řadu let mám dojem, že tzv. *profesiogram sestry* (tedy rozvržení jejich pracovních náplní, kompetencí a dalších možností) bude i nadále jedním z klíčových bodů dalších proměn této profese.

Mluvíme tedy o tom, že bude nutné opakovaně reformulovat systém praktických kompetencí zdravotních sester, přičemž změny tohoto systému budou narážet na celou řadu bariér jak z vnějšího prostředí (tím myslím v první řadě návyky, předsudky a zastaralé představy řady lékařů a managementu nemocnic), na straně druhé bude do hry vstupovat řada sester, které změny pociťují s jistou mírou nelibosti a budou se jim zcela přirozeně bránit. Všichni víme, že také nemotivované změny rozkazem shora v žádné profesi nevyvolávají pozitivní ohlasy.

Dovolím si v tuto chvíli připomenout pro ilustraci dlouholeté zkušenosti z oblasti modernizace školství. Když začalo být zřejmé, že zavádění nových moderních prostředků do výuky se spíše zpomaluje, namísto aby se zrychlovalo, začali jsme hledat odpověď na otázku, kde je zakopán pes, tedy jádro toho, proč je obtížné překročit určitý bod poměrně trvalé stagnace. Přestože školy dostaly vybavení a silnou podporu, změny byly neuvěřitelně pomalé a situace se nelepšila. Což samozřejmě bylo provázeno i tím, že nadšenci snažící se o progresivní změny, nenacházeli nejen podporu, ale byli i od mnoha aktivit odrazováni nebo je systém nechal tzv. na holičkách, až sami rezignovali pro únavu nebo prostě z rezortu odešli jinam. Jako nejdůležitější se ukázalo – a to je výsledek studia uvedeného problému – že jádro problému není v materiálním vybavení a prostředcích, ale hlavní roli při změnách hrají ustálené představy o funkcích učitele a jejich možnostech, nechuť managementu radikálněji měnit chod organizace, pověřit určitý segment učitelů, aby část pracovní náplně věnovala studiu nových možností a technik, tedy přenést na ně některé kompetence a pověření. Největší překážky jakýchkoliv změn v rezortu nikdy nebyly ve skutečnosti materiální povahy, ale od počátku až do konce jsou v hlavách lidí.

V případě zdravotní péče podobně jako ve školství hraje obrovskou roli tradice, neuvěřitelně silné konzervativní vědomí široké veřejnosti, ale i představy v hlavách managementu celého rezortu, nemocnic a dalších zařízení, ale v rovině nemocničních zařízení to jsou návyky, zvyklosti a tradice vrchních sester a sester samotných. A změny v oblasti lidského myšlení a představ jsou nejbolestivější, nejhůře prosaditelné a v jádru nejobtížněji realizovatelné. Protože právě v této oblasti narážíme na určité zaběhané systémy, zvyklosti, odvoláváme se často na tradice, jejichž udržování se již ukazuje jako vysoce sporné. Povolání sestry není zdaleka jediné, které zvnitřňuje požadavky okolí, i když tyto požadavky a nároky již neodpovídají modernímu provozu a do budoucna jsou neperspektivní. V sociologii se tomu říká *identifikace s rolí*, tedy s tím, co jedinci vnucuje okolí, vyžaduje to po něm a dokonce to často přísně sankcionuje.

Ale zkusme na chvíli zvolit jiný úhel pohledu. Před pár dny jsem poslouchal dokonce vícekrát dlouhá mediální vystoupení, v nichž pan ministr vysvětloval kolik miliard a proč přidá vláda v dalších letech lékařským fakultám. A kolem toho se točila následující debata, která údajně je vyvolávána tím, že společnost zaspala to, že lékaři stárnou, odcházejí do penze a v určitých regionech se již projevuje jejich nedostatek. Řešení je údajně v tom, že se nasypou obrovské peníze do lékařských fakult, aby bylo možné navýšit počty studujících.

Takže: ponechám stranou kuriózní záležitost, že uvnitř univerzit (jako je například Karlova, která má (světe div se) – pět lékařských fakult) se bude nadále prohlubovat rozdíl mezi profesory, docenty a odbornými asistenty na lékařských a na nelékařských fakultách, ačkoliv jde o vyučující

jedné školy – a tou není fakulta, ale vždy byla a je i ze zákona univerzita. To není nejpodstatnější. Jde o to, že se v systému zdravotnictví vytrhne ze souvislostí jedna část – a na tu se upřeme pozornost. Ale proč se v této souvislosti nedebatuje o nastavení celého systému zdravotní péče? Někdo může říci, že politici mají přece tzv. krátký rozum, což znamená, že vidí pouze na konec volebního období – a dál už nemají buňky pro dlouhé vývojové perspektivy. Ano, tak tomu velice často skutečně je – a nejen na první pohled se zdá, že je tomu tak i tentokrát. Nedostatek lékařů není jenom v nástupu počtu lidí na fakultu, ale i v zoufalém a nedořešeném systému dalšího vzdělávání v celém rezortu. Nikdo nebere stále vážně, že právě zde je další vysoce neuralgický bod, způsobující to, že řada absolventů odchází mimo rezort nebo rovnou do zahraničí. Ale pojďme dále. Je možné dnes řešit otázky vzdělávání lékařů a jejich uplatnění, aniž by byla provedena hlubší analýza kompetencí nejen sester, ale i všech paramedicínských profesí, záchranářů a mnoha dalších? Jaké budou kompetence jednotlivých profesí v oboru? Na co je třeba položit důraz při vzdělávání lékařů, sester, zdravotního managementu a dalších osob ve zdravotnictví? Jak na vyšší formy vzdělávání naváže systém doškolování? Půjde skutečně jenom o peníze a o nic podstatnějšího?

A tady jsme u dalšího obrovského problému. Kdo bude vlastně schopen vážně jednat a řešit otázky mezioborové spolupráce mezi jednotlivými aktéry léčebného procesu. Každá z těchto osob má svou vlastní identitu a poslání, ale od toho odvozené formy přípravy. A sestra by nikdy neměla být považována za jakousi služku nemocného nebo dokonce služku lékaře. Má svá práva, má své nároky, své svědomí a vědomí, má své kompetence a své poslání. Důstojnost této profese nespočívá zdaleka v tom, že se prostě a jednoduše „obětuje službě bližnímu svému“ (tenhle argument vždy vede k jistým formám zneužívání pracovníků ať ve zdravotnictví či školství nebo jiných rezortech), ale také ve schopnosti vnášet do celého systému inovace, psychickou pohodu, potřebné změny a nové progresivní ošetrovatelské postupy.

Při řešení otázek vzdělávání sester narážíme samozřejmě na další překerní bod, a to je existence toho, čemu se obvykle v předpisech říká „přechodné období“, protože neřešení mnoha otázek znamená, že v nemocnicích pracuje řada sester s velice širokou škálou předchozí průpravy – od středoškolsky vzdělaných sester z dob kdy SZŠ byly školami výběrovými; sestry s absolvovanými VOškami, sestry bakalářky a sestry magistry, všeobecné, specializované atd. Mnohé z nich budou očekávat vhodné řešení na základě nejen absolvování škol, ale i dlouhodobé praxe a nabytých zkušeností. A to vše bude muset systém ošetřit, pokud nebude chtít vyvolat nějakým nevhodným nařízením další exodus sester do jiných profesí.

Mluvíme-li o vzdělávání, je vhodné připomenout následující: stále platí slavný výrok Marie Terezie, že školství bylo, je a bude politikum. To znamená, že můžete mít skvělé nápady a projekty, nejlepší jaké kdy koho napadnou, ale nebudete-li mít politickou sílu je prosadit, můžete na ně klidně zapomenout. Proto také bude třeba pro inovace v ošetrovatelském vzdělání, ale i praxi získávat na svou stranu širokou veřejnost a posléze i politickou sféru, aby se mnohé podařilo prosadit. To bude dlouhá cesta, vyžadující od těch, kdo jí budou prosazovat erudici, píli, pevné nervy a neuvěřitelnou trpělivost. Je pravdou, že přes vzdálenost, které nás dělí od roku 1989, stále ještě v naší společnosti bloudí duch Karla Marxe, který vedle uspokojování základních lidských potřeb vše ostatní považoval za nadstavbu. Ekonomické elity vychované na našich vysokých ekonomických školách již déle než půl století vnucují opakovaně společnosti představu, že na prvním místě je ekonomika – a vše ostatní jsou deriváty ekonomického provozu. Toto deformující vše ekonomizující myšlení vede k iluzi, že tam, kam nasypeme peníze, tam se vše jaksi vyřeší samo sebou. Je pravdou, že otázka platů ve zdravotnictví je nedořešená a jde o jednu z podhodnocených profesí. Ale nejde jen o to. Jaké mají sestry vytvořeny reálné pracovní podmínky? Jaké mají ubytovny? Jak vypadá u sester to, čemu se říká pracovní zázemí? Jakou mají psychickou a především duchovní podporu v osobních problémech a krizích vznikajících z přetížení, z náročného soužití s problémovými pacienty apod.? Jak vypadá systém rekreací či lázeňské péče pro tuto profesi? Jak vypadá stravování? Jak se dodržují zákony a předpisy

v jednotlivých provozech? Jak přitažlivý je jim nabízen systém doškolování a osobního růstu? Jak jsou motivovány k výkonu?

Ale zkusím ještě připomenout otázku vzdělávání. Když katedra ošetrovatelství na první lékařské fakultě začala ve spolupráci s filosofickou fakultou vzdělávat v pětiletém vysokoškolském studiu učitelky SZŠ a některé budoucí vrchní sestry, byly osnovy oboru koncipovány přirozenou spoluprací lékařů a sester, tedy všech, kteří na této katedře spolupracovali – a to vše navíc pod gescí prof. Pacovského a dalších. Přemýšlím občas nad tím, jak se asi bude rozvíjet v budoucnosti dialog mezi lékaři a učiteli a učitelkami na katedrách ošetrovatelství, jak se bude nastavovat systém vzájemné spolupráce, ale i postupného přenastavení kompetencí.

Katedry ošetrovatelství se postupně emancipovaly a je skvělé, že sestry začaly pěstovat vlastní formy vzdělávání, pořádají konference o výměně zkušeností, rozvíjejí doktorandské studium apod. A abych nekončil pesimisticky, dovolím si jednu menší vizi, byť vím, že prognózy se málokdy uskuteční. Namísto nějakých systémových řešení celé řady problémů, které se po leta kupí a způsobují značné zpoždění za vyspělými zeměmi, se jednoho dne objeví jedno či dvě nemocniční zařízení, které z mnoha dobrých důvodů začne dělat řadu radikálních změn, aby zefektivnilo svůj provoz podle vysoce náročných standardů odpovídajících trendům v západních zemích. To bude to vzorové zařízení, které na svou stranu strhne další, a to možná bude tou rozbuškou vyvolávající silnou touhu po dalších změnách. Věřím tomu, že něco podobného se časem odehraje, ale v první řadě je zapotřebí se na tyto změny připravit a doufám, že se další generace nebudou muset řídit heslem: Vše, čeho jsme dosáhli, jsme si museli krok za krokem vyvzdorovat! V boji za zvýšení platů lze občas klást na stůl vystupňované požadavky, občas samotná problémová situace vybízí k radikálnímu řešení. Ale učitelé v západních zemích pochopili, že je nesmyslné a nezajímavé pro ostatní profese naslouchat požadavku na zvýšení platů u jedné vybrané profese. Ale je třeba argumentovat následovně (a to je poučení ze západních analýz neúspěšných postupů): získat na svou stranu místní samosprávy, usilovat o větší komunikaci s tiskem a ostatními médii, a volit argumentaci typu: chcete lepší péči o své nemocné děti, o příbuzné a o rodiče? A myslíte si, že tuto péči zlepšíte bez zdravotních sester? Myslíte, že nespokojená a pracovním přetížená sestra bude tou, kdo věnuje vašim příbuzným nejlepší možnou péči? Takže podtrhuji: cílem není plat pro ten či onen segment pracovníků v rezortu, ale cílem je lepší zdravotní péče, která se bez zaplacení odborníků a jejich spolupracovníků a spolupracovnic prostě neudrží.

Řešíme otázky dostatku a nedostatku sester. Primární přitom v celém procesu je kvalita lékařské péče a péče o člověka – a od toho by se mělo vše odvíjet. Vážíme si lidského zdraví? Do jaké míry si vážíme každého jednoho lidského života? Kdo se zaměří na otázku kvality, vyřeší nakonec i problémy s kvantitou. Ale ten, kdo se zaměří především na kvantitu, vždy nakonec vyprodukuje průměrné výkony ne-li nakonec šmejdy. Otázka zvyšujících se standardů kvality bude vyžadovat ve zdravotnictví obrovské vypětí nejen lidského ducha, ale i lidských sil. Ale právě to je na této profesi fascinující a je to dobrý důvod, proč stojí za to, se jí plně věnovat.

Použitá literatura:

Conrad, Peter and Kern Rochelle (1986) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. Baw York: St. Martin Press

Elliot, Philip (1972) *The Sociology of the Professions*. London: Macmillan.

Foucault, Michel (2010) *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Malvern.

Gurková, Elena (2011) *Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada

Honzák, Radkin (2015) *Svépomocná příručka sestry (Psychotriller)* Praha: Galén.

Jackson, J. A. (Edit.) (1970) *Profession and Professionalization*. London: Cambridge of the University Press.

Koťa, Jaroslav (2016) *Vybrané problémy sester v postmoderní době*. In: Jirkovský, Daniel (Edit.) *Cesta k modernímu ošetřovatelství XVIII*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole.

Koťa, Jaroslav (2017) *Problémy se sociálním statusem sestry ve společnosti*. In: Jirkovský, Daniel (Edit.) *Cesta k modernímu ošetřovatelství XIX*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole.

Kutnohorská, Jana (2009) *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada.

Rhéaume, Ann (1998) *The Professionalization of Nursing: A Study Of the Changing Entry to Practice Requirements in New Brunswick* Department of Sociology, McGill University Montréal. Canada

Stasková, V. – Tóthová, V. - Koťa J. (2018) *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetřovatelství 21. století*. (České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity - v tisku).

Venglářová, Martina; Mahrová Gabriela (2006) *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.

Vondráček, Lubomír - Wirthová Vlasta (2009) *Právní minimum pro sestry*. Příručka pro praxi. Praha: Grada.

Wilensky, H. L. (1964) The professionalization of everyone? *American Journal of Sociology*, 70. 137-158.

Korespondence:

Doc. PhDr. Jaroslav Koťa
Katedra pedagogiky FF UK v Praze
Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz

PREDIKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.

Bc. Nikola Glombíková

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn: Syndrom vyhoření (angl. burnout) byl poprvé popsán v roce 1974 H. Freudenbergerem. Definuje se jako ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí, nebo jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení. Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu. Teorie citové vazby Johna Bowlbyho a Mary Ainsworth studuje citové přilnutí malého dítěte k matce a dalším blízkým osobám. Termín attachment (vazba, přilnutí, připoutání) v rozšířeném významu může označovat citové přilnutí obecně. Pokud však chování pečující osoby je vyhýbavé nebo nekonzistentní, vzniká některý z typů tzv. nejisté vazby (angl. insecure attachment). Schopnost rodiče reagovat na vazbové chování dítěte a typ jeho reakcí jsou odvozovány zejména z vlastní dětské zkušenosti rodiče, takže typ vazby se pravděpodobně přenáší na další generace a může ovlivňovat i profesní jednání. Empatie je chápána jako porozumění emocím a motivům druhého člověka a je základním pojmem humanistické psychologie. Afektivní empatie je soustředěna v insulární části mozku, kdežto kognitivní v blízkosti kalozního tělesa. Empatie ve vnímání cizí a vlastní bolesti je soustředěna do jiné části mozku a nejedná se tedy v případě empatie o vrozenou senzoryckou záležitost. Cílem našeho zkoumání bylo zjistit, jak syndrom vyhoření souvisí s empatií a citovou vazbou u zdravotnického personálu.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, citová vazba, empatie, bolest

PREDICTORS OF BURN OUT SYNDROME IN MEDICI STAFF

Summary: The burnout syndrome was first described by H. Freudenberger in 1974. It is defined as a loss of professional or personal interest in a member of the assisting profession, or as a result of a process in which people very intensively engaged in a particular task or idea lose their enthusiasm. This is a psychic state, an exhaustion experience. All the main components of the burnout syndrome are based on chronic stress. John Bowlby and Mary Ainsworth's emotional bond theory studies the emotional attachment of a small child to their mother and other close persons. The term attachment in widespread significance may indicate emotional adherence in general. However, if the caregiver's behavior is evodant or inconsistent, one of the types of insecure attachment is created. The ability of a parent to respond to the child's behavioral habits and the type of his / her reactions are derived, in particular, from his / her own child's parenting experience, so the type of probability bond is passed on to the next generation and can also influence the professional behavior. Empathy is understood as an understanding of the emotions and motives of the other person and is a basic concept of humanistic psychology. Affective empathy is concentrated in the insular part of the brain, while cognitive is close to thecallosum. Empathy in the perception of strangers and their own pain is concentrated in another part of the brain and is therefore not in the case of empathy of innate sensory affair. The aim of our research was to find out how burnout syndrome is related to empathy and emotional attachment in medical staff.

Key words: burnout syndrome, attachment, empathy, pain

Úvod

V uplynulých letech došlo k většímu povědomí o syndromu vyhoření. Tento termín je stále více zkoumán a to nejen ve zdravotnickém prostředí. Setkáváme se s ním v každém povolání, které se věnuje lidem a současně i v pomáhajících profesích. Díky syndromu vyhoření je také stále více vyhledávána odborná pomoc, protože ovlivňuje nejen zdraví, ale i psychickou pohodu.

Cílem práce bylo zjistit prevalenci syndromu vyhoření u zdravotnického personálu, míru komplexní empatie a strukturu vztahové vazby a zjistit, zda tyto proměnné mohou predikovat syndrom vyhoření. **Syndrom vyhoření** je multidimenzionální syndrom: vyznačuje se hlavně emočním vyčerpáním, depersonalizací a sníženým úspěchem v osobním životě. Emocionální vyčerpání se projevuje pocitem prázdnoty, psychickou a fyzickou únavou a je problémem při provádění běžných činností. Depersonalizace se projevuje neosobním postojem, který následně vede k izolaci ve společnosti a snížení úspěchu uspět se projevuje snížením sebevědomí, podceňováním a pocitem zklamání (Maslach a Jackson, 1981).

Příznaky syndromu vyhoření mohou být tedy fyzické, psychické, behaviorální a kognitivní. Mezi fyzické příznaky patří vyčerpání, slabost a bolest. Psychické příznaky jsou depresivní a anxiózní poruchy, které často mohou vést k suicidiu. Mezi behaviorální příznaky řadíme poruchy spánku, hyperaktivitu, změnu života a hygieny a zvýšené užívání návykových látek (Pejušković et al., 2011). Rizikovými faktory syndromu vyhoření jsou profesionální, osobní, environmentální faktory a faktory péče o pacienta: například stres v pracovních podmínkách, tj. vysoká zátěž v práci, nedostatek pracovního uznání, nedostatek času věnovaného soukromému životu, konzumace alkoholu, užívání návykových látek, sklony k perfekcionismu a nízká sociální opora (přátel, rodiny) a bezdětnost. Naopak mezi preventivní faktory patří vyvážená zátěž v práci, vysoké pracovní uznání a ocenění (Kristensen et al., 2005). Na empatii se pohlíží jako na faktor rizikový: čím je více zdravotní personál empatický, tím má větší předpoklady k vzniku syndromu vyhoření, ale tento vztah je zatím předmětem zkoumání (Thirioux et al., 2016). Syndrom vyhoření se projevuje nejen u zdraví (zvýšená nemocnost vede k absencím v práci a k negativním změnám v kariéře), ale současně může zhoršovat kvalitu života a ovlivňovat i kvalitu péče (Williams et al., 2010). **Empatie** je definována jako schopnost cítit a zároveň sdílet emoce druhých. Je emocionálním stavem a emocionální reakcí na emotivní sdílení. Právě emoce tvoří základ empatie, která umožňuje vcítění se do mysli druhých (Thirioux a kol., 2014). Některé teoretické hypotézy tvrdí, že empatie je příčinou syndromu vyhoření. Existují dva protichůdné teoretické modely, které se snaží vazbu mezi nimi vysvětlit: podle teorie soucitu vyšší empatie je spojena se syndromem vyhoření a soucit naopak vzniku syndromu vyhoření brání (Halpern, 2014); naopak Zenasni a kol. (2012) zjistili, že empatie je preventivním faktorem syndromu vyhoření. Proto jsme se věnovali vztahu empatie a syndromu vyhoření. Empatie ve své emoční a kognitivní stránce zahrnuje emocionální samoregulaci, která umožňuje zdravotnickým pracovníkům cítit a pochopit emoce svých pacientů. Na základě studií ale míra empatie u budoucích lékařů klesá v průběhu studia medicíny. V průběhu studia také není specifický předmět, který by je učil jak mají chránit sami sebe před syndromem vyhoření a jak si mají rozvíjet a zachovat své empatické schopnosti. Proto se uvažuje o vytvoření vzdělávacích programů s tímto tématem nejen u budoucích lékařů, ale i u sester. Cílem takových vzdělávacích programů ve světě je nejen rozpoznání syndromu vyhoření a tím pádem snížení jeho škodlivých důsledků na zdraví zdravotníků, ale zejména předcházení díky jeho vlivu chybám ve zdravotní péči (Thirioux, 2016). **Teorie citové vazby** vznikla v druhé polovině 20. století díky Johnu Bowlbymu při pozorování vztahů mezi matkou a dítětem. Jedná se v podstatě o pozorování emocionálních vztahů. Leiper a Casares (2000) zjistili na základě výzkumu, že citová vazba zdravotníků v dospělosti má vliv i na klinickou praxi. Jedna ze studií byla provedena se všeobecnými sestrami pracujícími v hospici: citová vazba se totiž vyvíjí od dětství a ovlivňuje nejen vztahy v dospělosti, ale také reakce dospělého jedince na stres. Stres (smrt a utrpení v hospici) přímo přispíval v této studii ke vzniku syndromu vyhoření u sester a souvisel signifikantně s nejistou citovou vazbou. Důsledkem byly psychické a zdravotní problémy, osobní

potíže a snížená zdravotní péče. Sestry nejen pracující v paliativní péči se mohou totiž často cítit nedostatečně připravené na emoční potřeby pacienta a jeho rodiny. Je na ně kladena vysoká pracovní zátěž, která není kompenzována dostatečnou sociální podporou, která má být přijatelnou strategií pro zvládání stresových situací. Sestry s jistou citovou vazbou vyhledávaly tuto podporu, naopak sestry, které měly nejistou citovou vazbu, se jí vyhýbaly. Řešením celé situace by byla supervize a podpůrná skupina. Existuje pouze velmi málo studií, které se zabývají vztahem citové vazby a syndromu vyhoření u zdravotnického personálu (Hawkins et al., 2007).

Cíle, metodika, soubor

Cílem naší práce bylo zjistit nejen prevalenci syndromu vyhoření u zdravotnického personálu, jeho vztah s citovou vazbou a empatií, ale zaměřit se na vztah syndromu vyhoření a zdravotnímu stavu: na bolest, zvýšenou nemocnost a dyssomnii. Byla sledována týdenní četnost užívání analgetik, počet dní pracovní neschopnosti za rok a počet případů dyssomnie týdně. Dotazníkové šetření bylo provedeno od února do července 2017 ve dvou fakultních nemocnicích (FNKV Praha a FNM Praha) u 318 respondentů. Byl použitý polostrukturizovaný dotazník a standardizované metody: k měření syndromu vyhoření Copenhagen Burnout Inventory (CBI), k měření citové vazby Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS) a k měření empatie Interpersonal Reactivity Index (IRI). Dotazníky byly poskytnuty zdravotnickým pracovníkům na interních klinikách, v centrech následné péče (LDN), kardiologických klinikách a klinikách anesteziologie a resuscitace: byly předány vrchním sestřím těchto oddělení a následně byly distribuovány k jednotlivým zdravotníkům. Výzkumné šetření bylo dobrovolné a každý z dotazníků obsahoval informovaný souhlas. Ze 713 dotazníků, které byly distribuovány do obou fakultních nemocnic podle počtu zaměstnanců jednotlivých vybraných klinik, jich bylo vyplněno 318 (návratnost činila 44,60%). Anonymita byla zachována vložním vyplněných dotazníků do vlastní obálky. Výzkumu se zúčastnilo 278 (87,4%) žen a 40 (12,6%) mužů: z interních klinik 60 (18,9%) respondentů, z center následné péče (LDN) 63 (19,8%) respondentů, z kardiologických klinik 101 (31,8%) respondentů a z klinik anesteziologie a resuscitace 94 (29,6%) respondentů. Byly zjišťovány i demografické a klinické údaje: průměrný věk zdravotnického personálu byl 41 let (20-70), průměrný počet let vzdělání byl 14 let (8-23 let), průměrná délka praxe v zdravotnictví byla 18,6 let (0 - 48 let). Průměrná doba roční pracovní neschopnosti byla 6,5 dnů (0-60 dní), průměrné týdenní užívání léků proti bolesti bylo 0,7 dne (0-7), průměrný počet dní dyssomnie za týden byl 1,7 (0-7).

Statistické analýzy vycházejí z výzkumných hypotéz o vztahu mezi vybranými proměnnými a byly zpracovány v programu IBM-SPSS. V případě, že obě asociované proměnné měly ordinální charakter, je analýza statistické závislosti založená na Spearmanově korelačním koeficientu. V případě, že jeden z těchto znaků měl kvalitativní charakter, byla pro analýzu asociace použita analýza variance s Welchovou korekcí nebo t-test (v případě dvou kategorií), pro analýzu asociace mezi znaky byl použit i standardní chí-kvadrát test nezávislosti. Pro analýzu spolehlivosti vnitřní konzistence byl použit Cronbachův alfa-koeficient. U položkové analýzy dotazníků byl použit index obtížnosti, hladina významnosti $p < 0,05$ byla považována za statisticky významnou u všech zkoušek.

Výsledky

Výsledky ukazují, že v CBI, ve škále osobního vyhoření (PB) splňuje 46,5% našeho souboru syndrom vyhoření, hodnoty empatie jednotlivých škál dosahují komplexně nižších hodnot a jistý typ citové vazby se vyskytuje jen u 29,1% personálu. Byly nalezeny signifikantní vztahy mezi vztahovou úzkostí (k otci, matce a partnerovi) a osobním vyhořením (PB) ($r = 0,1$; $p = 0,06$) a pracovním vyhořením (WRB) ($r = 0,2$; $p = 0,008$). Pozitivní korelace byla zjištěna také mezi osobním vyhořením (PB) a celkovou empatií IRI ($r = 0,1$; $p = 0,04$), výsledky mohou znamenat, že čím je vyšší vztahová úzkost (nejistá vazba) tím je vyšší osobní a pracovní vyhoření, čím je

vyšší osobní vyhoření, tím je vyšší celková empatie. Byla nalezena pozitivní korelace mezi počtem užívání analgetik a všemi škálami CBI: PB ($r = 0,2$; $p < 0,001$), WRB ($r = 0,2$; $p < 0,001$) a CRB ($r = 0,1$; $p < 0,001$), a mezi dyssomnií a všemi škálami CBI PB ($r = 0,2$; $p < 0,001$), WRB ($r = 0,2$; $p < 0,001$) a CRB ($r = 0,2$; $p < 0,001$) a mezi zvýšenou nemocností a škálou osobního vyhoření (PB) ($r = 0,1$; $p = 0,02$). Byl nalezen rozdíl mezi průměry týdenní četnosti užívání analgetik dle pracovišť ($F = 4,2$; $p = 0,006$). Jako signifikantní prediktory syndromu vyhoření (tab.1) byly potvrzeny tyto proměnné: zvýšené problémy se spánkem ($r = 0,2$; $p < 0,001$), přání změnit profesi ($r = -0,2$; $p < 0,001$), zvýšené užívání analgetik ($r = 0,2$; $p = 0,008$) a zvýšená empatie ve fantazii (FS v IRI) ($r = 0,01$; $p = 0,01$). Vzdělání, demografické faktory, pracovní zařazení a citová vazba nebyly signifikantní pro predikci syndromu vyhoření.

Tab. 1 Prediktory syndromu vyhoření na základě vícerozměrné lineární regrese

Prediktory	B	Beta-váha	t	p	r
(Constant)	53,1				
Dyssomie	1,9	0,2	4,6	0,001	0,2
Změna profese	-9,6	-0,2	-4,1	0,001	-0,2
Analgetika	2,0	0,1	2,6	0,008	0,2
Fantazie (FS) IRI	0,4	0,1	2,3	0,01	0,1
Koef. determinace	0,1				

Diskuse

V současné literatuře jsme zatím našli jen minimální výzkum, který by byl zaměřen na zdravotní personál a na vztahy mezi výše uvedenými proměnnými. Zjistili jsme, že asi polovina našeho souboru trpí syndromem vyhoření. Z toho lze usuzovat, že česká populace je ve vztahu k syndromu vyhoření na tom podstatně hůře, než je uváděno v zahraniční literatuře. Prokázali jsme i významný vztah mezi syndromem vyhoření a vztahovou úzkostí. To znamená, že čím vyšší vztahová úzkost, tím je vyšší vyhoření v pracovním a osobním životě. Prokázali jsme i vztah mezi syndromem vyhoření a zvýšenou empatií. Znamená to, že čím je vyšší osobní vyhoření, tím je vyšší celková empatie, takže empatie může být rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Prokázali jsme také vztah mezi změnou povolání a syndromem vyhoření: zdravotní personál, který chtěl změnit profesi, měl v našem výzkumném šetření vyšší hodnoty syndromu vyhoření. Proto se domníváme, že pracovníci, kteří zvažují změnu, mohou vykazovat první známky syndromu vyhoření a je třeba tomu věnovat pozornost. Prokázán byl vztah mezi syndromem vyhoření a zdravotním stavem zdravotního personálu: čím vyšší je osobní vyhoření, tím je vyšší výskyt nemocnosti, dyssomie a užívání léků na bolest. Prediktory syndromu vyhoření, které platí pouze pro náš soubor, jsou také velmi významným zjištěním. Výsledky, které zde diskutujeme, ale platí jen pouze pro náš soubor, a nemůžeme je generalizovat na celou populaci zdravotnického personálu. Důležité je v tomto případě vytvořit vzdělávací program nebo skupinovou supervizi jako prevenci syndromu vyhoření.

Závěr

Přínosem naší práce je, že zkoumala vztahy, které nebyly dosud prozkoumány a mohly by přinést nové směřování výzkumu u zdravotnického personálu tak, aby došlo k prevenci vzniku syndromu vyhoření. Čím dříve dochází k pomoci, tím je personál méně ohrožen v oblasti duševního a psychického zdraví. Z naší studie tedy vyplývá, že u zdravotního personálu můžeme nalézt signifikantní vztahy mezi syndromem vyhoření a nejistou citovou vazbou a empatií. Na základě pilotní studie signifikantních prediktorů by bylo možné dále vztahy těchto proměnných zkoumat a v budoucnu navrhnout preventivní edukační program.

Použitá literatura

- HALPERN, J. (2014) From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med. Health Care Philos.* 2014, (17), 301–311
- HAWKINS, A., HOWARD, R.A., OYEBODE, J.R. (2007) Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology* . 2007, 6(16), 563-572. ISSN 1057- 9249
- KRISTENSEN, T. S., BORRITZ, M., VILLADSEN, E., CHRISTENSEN, K.B. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005, 3(19), 192-207. ISSN 0267-8373
- LEIPER R., CASARES, P. (2000) An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol*. 2000, (73), 449–464
- MASLACH, C., JACKSON, S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981, (2), 99-/113
- PEJUŠKOVIČ, B., LEČIČ-TOŠEVSKI, D., PRIEBE,S., TOŠKOVIČ, O. (2011) Burnout syndrome among physicians – the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr. Danub.* 2011, (23), 389–395
- THIRIOUX, B., MERCIER, M.R., Blanke, O., Berthoz, A. (2014) The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience*. 2014, (267), 286–306
- THIRIOUX, B., JAAFARI, N., BIRAULT, F. (2016) Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*. 2016, (7), ISSN 1664-1078
- WILLIAMS, E. S., KONRAD, T.R., SCHECKLER, W.E., PATHMAN, D.E., LINZER, M., MCMURRAY, J.E. (2010) Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Manage.* 2010,(35) , 105–115
- ZENASNI, F., BOUJUT, E., WOERNER,A., SULTEN, S. (2012) Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br. J. Gen. Pract.* 2012, (62), 346–347

Korespondence:

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
 Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
 V Úvalu 84
 150 06 Praha 5 - Motol
 alena.javurkova@lfmotol.cuni.cz

SUPERVIZE JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ - ZKUŠENOSTI SUPERVIZORA VE ZDRAVOTNICTVÍ

PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK

Souhrn:

V příspěvku je prezentována koncepce burn-out syndromu a supervize jako jednoho z prostředků, jenž může tíži syndromu zmírnit a tím práci zdravotníka či jiného profesionála v pomáhajících profesích zkvalitnit. Poukazuje zároveň na limity této pomoci.

Klíčová slova:

Burn-out syndrom (syndrom vyhoření), supervize, pomáhající profese, nedostatek personálu

SUPERVISION AS PREVENTION OF BURN OUT SYNDROM AT HEALTH CARE SYSTÉM – THE EXPERIENCE OF A SUPERVISOR AT HEALTH CARE SYSTÉM

Summary:

A conception of burn-out syndrome and supervision has been introduced. The supervision is announced as a means that can reduce the seriousness of the syndrome and it can make a job of a health or another helping professional more efficient. It is pointed out to the limits of such help at the same time.

Key words:

Burn-out syndrome, supervision, profession, lack of the staff

Úvod

Jsem supervizorem Evropské asociace pro supervizi a koučink. Před více než 12 lety jsem začala poskytovat individuální a týmovou supervizní službu pro zdravotnický personál, jako prevenci syndromu vyhoření. V poslední době ovšem silně vnímám limity své pozice, jelikož se množí případy, ve kterých je nutný zásah manažerský a systémový nikoli pouze supervizní. Příkladem může být následující krátká kazuistika.

Čtyřicetiletá všeobecná sestra pracující na pozici staniční sestry hovoří v supervizi o tom, že neustálé změny ve zdravotnickém vzdělávání, které nezajišťují dostatečný přísun dalších zdravotních sester do nemocnice už asi déle nevydrží. „Snažím se dělat svoji práci co nejlépe, ale nestíhám ji, protože je nás na oddělení málo a musím často pomáhat s běžným provozem a někdy vzít službu i o víkend, abychom nějak pokryli provoz. Už nemůžu, špatně spím, bolí mne často hlava a záda, jsem podrážděná a bojím se, že udělám nějakou chybu, tak jsem stále v napětí. Podřízení jsou již také unavení, podráždění a množí se konflikty kvůli hloupostem. Manažersky se bojím zasahovat, aby ještě někdo neodešel. Nejráději bych také odešla, ale jsem samoživitelka a peníze nutně potřebuji. Je to jako být v pasti.“ Jako naslouchající supervizor začínám v této chvíli prožívat obavu, že nedokážu supervidovanému pomoci a padá na mne pocit beznaděje. Beznaděj, nejistota a bezvýchodnost se stala v tomto okamžiku tím, co se v mé profesi nazývá paralelním procesem. Jako supervizor si dokáži pomoci z této situace náhledovou supervizí supervize, ale jak mám účinně pomáhat do úlevy těmto unaveným sestřičkám, jejichž syndrom vyhoření v plné pestrosti projevů se dá očekávat?

V následující části se pokusím v krátkosti nastínit, co je syndrom vyhoření, supervize a jaké vnímám limity supervize ve zdravotnictví coby účinné prevence syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření /Burnout syndrom/

Pokusy o ujasnění pojmu - výroky psychologů

Cary Cherniss :

„Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje.“

„Burnout je situací totálního (úplného)vyčerpání sil.

„Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dále.“

„Burnout je stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit.“ (In Škoda, 2016,s.13)

Henrich Freudenberger:

„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka.“ (In Škoda 2016,s.13)

Radkin Honzák:

Podle tohoto autora je syndrom vyhoření „důsledkem nerovnováhy mezi emoční investicí a „zisky“, které se mu navracejí v podobě kladných podnětů, uznání a pocitu úspěšnosti.“ (In Švingarová, 1999, s. 27)

Popisné definice:

„Burn out je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“(Ayla Pines et al. 1988, In: Křivohlavý, 1998, s. 10)

Burn out je doprovázen celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráty iluzí, negativních postojů v práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Ve své extrémní podobě burn-out představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládnout požadavky, které prostředí na něj klade (jeho adaptabilita), je podstatně snížena.

Burnout je odpovědí organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Tato situace je přitom tak silná (mocná), že by se negativně dotkla každého člověka, který by se do ní dostal.(Ayla Pines et al. 1988, In: Křivohlavý, 1998, s. 11)

Vymětal (1996) syndrom vyhaslosti definuje jako „specifickou emoční únavu, tedy stav citové vyčerpanosti způsobený nedostatkem psychických rezerv a projevující se nejčastěji depresivním laděním a podrážděností“ (In Řehulka, Řehulková, 1999 s. 56).

Christina Maslach vymezila jednotlivé fáze syndromu vyhoření následovně:

1. Idealistické nadšení
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením
4. Terminální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burn-out v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie). (In: Křivohlavý, 1998 s. 61)

Nejvhodnější kandidáti pro syndrom vyhoření bývají **nadšení idealisté**, kteří chtějí v rámci své kariéry ve svém okolí něco výrazně změnit. Věnují většinu svých sil do realizace svých představ a

dostávají se do chronického stresu. Další ohroženou skupinou jsou vysoce **odpovědní lidé a perfekcionisté**. (Dynáková, Kožnar, Hermanová 2010)

Supervize

Termín supervize je v současnosti v evropských zemích užíván ve velmi různorodých, někdy až protichůdných významech (Schriegel, 2006, Carroll, 2003). Někde je užíván v dosti úzkém významu jako podpora terapeutického snažení a terapeutických týmů v klinické oblasti a v klinickém zaměření (Schriegel, 2006), jinde je užíván daleko širěji v oblastech takřka jakékoli práce s lidmi (Carroll 2003). Můžeme pak slyšet o supervizi zdravotnické, psychoterapeutické, sociální, pedagogické, ale také týmové a manažerské.

Jan Kožnar v rozhovoru pro časopis Evropské asociace pro supervizi uvádí, že supervize je v České republice v podstatě chápána jako kvalifikovaná profesionální pomoc pro pracovníky v oblasti pomáhajících profesí, přičemž se tato aktivita odehrává v interpersonální atmosféře důvěry a bezpečí. V jistém smyslu to znamená i kontrolu kvality, současně a převážně však jde o poskytovanou podporu supervidovaným osobám v pomáhajících profesích a psychoterapii. Je-li takováto supervize vyžádána supervidovaným odborníkem a poskytována vybraným supervizorem, který obvykle přichází zvenčí daného pracoviště, je používán termín „supervize v užším slova smyslu“. (Kožnar, 2000).

Známí rakouští supervizoři S. Steinmuller a H. W. Hemp popisují supervizi jako aktivitu, která činí každodenní život v práci zejména u sociálních profesí snazší a snesitelnější a která pomáhá lidem zvládat stres. Tito autoři vidí supervizi jako proceduru a proces poradenství, jež má sloužit k reflexi profesionálních problémů. (Steinmuller et Hemp, 2000)

Supervize jako prevence syndromu vyhoření

V jednom ze svých předchozích článků jsem uvedla, že supervizi lze považovat za formu podpory a poradenství pro lidi pracující s jinými lidmi, zejména v pomáhajících profesích a tato podpora je obvykle poskytována profesionálním konzultantem, jenž je v této oblasti vzdělán a měl by v ní tudíž být kompetentní. Při supervizi jde primárně o zaměření se na proces poskytované služby lidem se snahou tuto činnost zkvalitnit. (Dynáková, Kožnar, Hermanová 2010)

V supervizi je nutné si na začátku činnosti definovat kontrakt všech zúčastněných stran. V případech jimž bych se ráda věnovala, to jsou: zdravotnické zařízení jako organizace, supervidovaný a supervizor. Většinou dojde rychle ke shodě na kontraktu v celém trojúhelníku: zaměřit supervizi jako prevenci syndromu vyhoření u zdravotníků, aby kvalita poskytované péče mohla být co nejvyšší. Vzhledem k tomu, že většinou supervidují zdravotníky v manažerské pozici, bývá druhá část kontraktu - pomoci s náhledem na činnost pozice manažera ve zdravotnictví.

První část kontraktu mne vede k zamyšlení, zda já jako supervizor mohu stále ještě zdravotníky unavené systémem zdravotnictví, kde chybí kvalifikovaný personál podpořit natolik, aby zkvalitnili svoji službu. Společná naděje svítla ve chvíli, kdy se v projektu ministerstva naskytl možnost přísunu sesterského personálu z Ukrajiny a sestry v manažerských pozicích měly vidinu světla na konci tunelu. Nicméně postupem času jsem viděla, jak se nadšení supervidovaných manažerů rychle mění na opětovné zoufalství, způsobené jazykovou bariérou a nemožností tento nově přichodící personál zapojit do práce bez soustavné kontroly, která jen zvyšuje nároky na již markantně unavený personál.

Postupně mi docházelo, že když budu při supervizi pracovat v souladu s kontraktem, aby se konkrétní supervidovaný vyvaroval vážného rozvoje syndromu vyhoření, musí nutně snížit nároky na sebe (nebrat služby navíc z důvodu nedostatku personálu), a bude to logicky znamenat, že tím neudělám dobrou službu zadávající organizaci. Pokud tuto možnost při supervizi nezmíníme,

pravděpodobně se supervidovaný dostane do vážnějšího stádia tohoto syndromu. Konečnou mírou úspěšnosti supervize má být její pozitivní dopad na dobro pacienta, klienta. Jak to bude v obou zmiňovaných případech je možno domýšlet z různých stran. Buď stále ještě nepřetržitě přítomný zdravotník, jenž se stal mírně otupělým strojem nebo zdravotník v dobré psychické a fyzické kondici, ale nedostatečně k dispozici z hlediska časových potřeb organizace. Uvědomuji si a prožívám vážnou profesní ambivalenci.

Při naplňování druhé části kontraktu, kde jde o náhled na kvalitní manažerskou činnost, je rovněž přítomen rozpor a limit, jelikož unavený personál je logicky napjatý a občas chybuje, ale manažeři se bojí dělat jakákoli opatření, jelikož by to mohlo znamenat ztrátu dalšího pracovníka.

Často jsem žádána o krizovou supervizi týmu, který je ve vážném stavu rozlady a rozhádanosti. Při dotazování na situaci většinou opět zjišťuji nedostatek personálu, který je již unaven a v markantním napětí.

Jsem pevně rozhodnuta i nadále poskytovat zdravotníkům emoční podporu, která v této složité době pomůže zdravotníkům vydržet pracovat a udržet rozvoj syndromu vyhoření pod kontrolou, ale je zcela jasné, že **supervize nemůže nahradit manažerské řešení personální situace v organizacích**. Supervizní kontrakt bude nutno tvořit s manažery zdravotnických zařízení velmi pečlivě a uváženě, aby mohl být následně naplnitelný.

V této souvislosti se mi zdá vhodné připomenout ještě jednu z definic syndromu vyhoření

Elvisch a Richelson : „Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů (energií), k vyplenění celého nitra, k „utahání se“ tím, že se člověk nadměrně intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že **se snaží uspokojit takovátó nerealistická očekávání, která mu někdo jiný stanoví**. (In Škoda, 2016)

Závěr

Závěrem můžeme shrnout, že supervize je tedy formou podpory a odbornou pomocí supervidovanému, je v jisté míře i procesem posuzování jeho odborné činnosti za účelem minimalizování profesních i osobních chyb a staví na kvalitním osobním vztahu mezi supervizorem a supervidovaným, který je charakterizován spoluprací, důvěrou, porozuměním, psychologickým bezpečím, vzájemným respektem, profesionalitou a autentičností. (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010) Supervize může být velmi kvalitním prostředkem prevence syndromu vyhoření, ale nemůže nahradit manažerské řešení nedostatečné personální situace v organizacích.

Použitá literatura:

CARROLL, M.(2003) Supervision in the United Kingdom. In: *ID:EAS. Supervision and Coaching in Europe*. April 2003, roč. neuveden, č. 20, s. 13-14.

CARROLL, M., a THOLSTRUPOVÁ, M. (Ed.) (2004) *Integrativní přístupy k supervizi*, Triton 2004. ISBN 80-7254-582-5.

DYNÁKOVÁ,Š., KOŽNAR,J. HERMANOVÁ,M.(2010) Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků, *In Praktický lékař*, 2010, 90 ,č.6, s.365-367, ISSN 0032-6739

HAGEMANN,W (2012) *Syndrom vyhoření u učitelů*, Ústí nad Labem, Univerzita J.E.Purkyně, 2012, 119 s. ISBN 978-80-7414-364-9

HAWKINS, P., SHONET, R.(2004) *Supervize v pomáhajících profesích*, 1. vyd., Praha, Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.

- HEWSON, J.: Teaching Supervision. Presentation given by Julie Hewson. The Iron Mill Institute, Devon 2001.
- KOŽNAR, J. (2000) Supervision in the Czech Republic. *In: ID:EAS. European Association for Supervision e. V.* June 2000, roč. neveden, č. 12, s. 9-10.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (1998) *Jak neztratit nadšení*, Praha: Grada publishing, 1998.131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. (1999) *Učitelé a zdraví 2*. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1999. ISBN 80-902653-2-4
- SELL, M. (1999) The Supervisor – a Professional Identity. *In: ID:EAS. European Association for Supervision e. V.* July 1999, roč. neveden, č. 9, s. 3-7.
- SCHRIEGEL, G.(2006) Coaching and Supervision in Europe. An Attempt at a Redefinition. *In: ID:EAS. Supervision and Coaching in Europe.* May 2006, roč. neveden, č. 29, s.3-4. ISSN1612-6998.
- STEINMULLER, S., HEMP, H. W.(2000) Supervision in Austria. *In: ID:EAS. European Association for Supervision e. V.* February 2000, roč. neveden, č. 11, s. 5-6.
- ŠKODA,J, DOULÍK,P.(2016) *Výzkum příčin projevů syndromu vyhoření u pedagogických pracovníků*, Ústí nad Labem Univerzita J.E.Purkyně 2016, 191 s. ISBN 978-80-7414-992-4
- ŠVINGALOVÁ,D. Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi, Liberec: Technická univerzita v Plzni, 2006, ISBN 80-7372-105-8
- VENGLÁŘOVÁ, M.a kolektiv (2013) *Supervize v ošetrovatelské praxi*, 1.vyd.Praha:Grada publishing, 2013, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9
- WITTICH, A.(2000) 10 Years of Supervision for Nurses and Ward Teams in the University Clinic of Freiburg. *In: ID:EAS. European Association for Supervision e. V.* October 2000, roč. neveden, č. 13, s. 7-8.

Korespondence:

PhDr. Šárka Dynáková, PhD.
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1.lékařská fakulta, Univerzita Karlova
Albertov 6
128 00 Praha 2
dynakova@seznam.cz

RIZIKO SYNDRÓMU VYHOŘENIA U SESTIER PRACUJÚCICH NA GERIATRICKOM ODDELENÍ

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

Bc. Nikola Popovičová

Katedra ošetrovateľstva FZaSP TU v Trnave

Súhrn:

V príspevku poukazujeme na preventívne opatrenia eliminujúce riziko syndrómu vyhorenia u sestier na geriatrickom oddelení. Cieľom prieskumu bolo zistiť riziko vzniku syndrómu vyhorenia. Zber dát bol realizovaný metódou neštandardizovaného a štandardizovaného dotazníka Maslach Burnout Inventory „MBI“ vo vybraných nemocniciach v mesiaci október – november 2017. Prieskumnú vzorku tvorili ženy v počte 35 (100 %), najviac vo vekovej kategórii 40 - 49 rokov (42,86 %), so stredoškolským vzdelaním (42,86 %) a dĺžkou praxe od 10 do 20 rokov (31,43 %). Sestry, ktoré si prácu na oddelení nevybrali sami sú na pracovisku nespokojné (11,43 %) napriek tomu, že 65,71 % respondentiek považuje vzťahy na pracovisku za dobré. Všetky opýtané sestry sa cítia v práci fyzicky (62,85 %) a psychicky vyčerpané (51,43%). Prácu sestrám uľahčuje opora zo strany rodiny (71,43%), voľno časové aktivity (25,71 %) a ich zmysel pre humor (45,71 %). Hodnotením MBI dotazníka bola potvrdená vysoká miera rizika syndrómu vyhorenia v emocionálnej oblasti (74,29 %), v oblasti depersonalizácie (51,43 %) a osobnostného výkonu (48,57 %), čo sú výsledky korešpondujúce so štúdiou Mackovej (2013) a Manovej (2009).

Prehľbovaním vedomostí a uplatňovaním preventívnych opatrení eliminujúcich riziko syndrómu vyhorenia sestra dokáže zvládať nepriaznivé pracovné situácie a naďalej poskytovať profesionálnu odbornú starostlivosť.

Kľúčové slová:

Syndróm vyhorenia. Sestra. Geriatrický pacient. Prevencia.

RISK OF BURNOUT SYNDROME IN NURSES WORKING IN GERIATRIC DEPARTMENT

Summary:

This article presents preventive measures against burnout syndrome in nurses working in geriatric department. The aim of the survey was to determine the risk of burnout syndrome. Data were collected via non-standardized and standardized questionnaire – Maslach Burnout Inventory „MBI“ in selected hospitals during months of October through November 2017. Sample consisted of females n = 35. Most of them were between 40 and 49 years-old (42.86%), having a vocational school education (42.86%), and their length of practice was between 10 to 20 years (31.43%). Those nurses who did not choose geriatrics as number one choice were dissatisfied (11.43%); however, 65.71% of nurses deem professional relationships to be good. 62.85% of nurses feel physically exhausted and 51.43% of nurses feel mentally exhausted. The relief from exhaustion comes mainly from family (71.43%), hobbies (25.71%), and their sense of humor (45.71%). MBI questionnaire found high risk of burnout syndrome in emotional aspect (74.29%), depersonalization (51.43%), and personal performance (48.57%). These results correspond with studies conducted by Mack (2013) and Man (2009). Increased awareness and application of preventive measures against burnout syndrome in nurses will enable them to cope with difficult work situations while providing professional care to their patients.

Key word:

Burnout syndrome. Nurse. Geriatric patient. Prevention

Úvod

Syndróm vyhorenia je neustále sa vyvíjajúci proces, ktorý môže trvať niekoľko mesiacov, až rokov a pozostáva z niekoľkých fáz. Začína emočným vyhorením, ktoré zasahuje viac ženy ako mužov, následne môže dôjsť k psychickému vyhoreniu a strate inšpirácie. V poslednej fáze dochádza k fyzickému vyčerpaniu, ktoré môže prejsť do psychosomatických ochorení v dôsledku dlhodobo potlačovaného stresu s prirodzenými reakciami ako je plač, strach a hnev (Venglářová, 2011 s. 29). Dlhoročnou prácou na geriatrickom oddelení sa sestry dostávajú do stavu vyčerpania, sú menej výkonné a koncentrované. Ako počiatočné príznaky u zdravotníka Venglářová (2011) uvádza nezvládanie primárnych povinností v práci, ktoré spochybňujú význam a zmysel ich práce. Ďalšími príznakmi sú nervozita, nespokojnosť, podráždenosť, problémy so spánkom, bolesti hlavy, brucha, chrbta a kolísanie telesnej váhy (úbytok / prírastok).

Dôležité je predchádzať syndrómu vyhorenia správnou prevenciou a dostatočnou informovanosťou sestier o danej problematike (Németh, 2009, s. 27). Podľa Andrášiovej (2006) zodpovedným dodržiavaním preventívnych opatrení (duševná hygiena, plánovanie času, pohybová aktivita, asertivita) sestry eliminujú vznik syndrómu vyhorenia. Inou možnosťou prevencie je informovanosť, vzdelávanie, rodina, priatelia, záľuby, šport a telesná aktivita (Morávková, 2013, s. 32 – 34).

Cieľ práce

Zistiť výskyt rizika syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení.

Vychádzajúc z hlavného cieľa prieskumu sme si stanovili nasledovné čiastkové ciele:

- zistiť, aké faktory ovplyvňujú syndróm vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení,
- zistiť, aké preventívne opatrenia dodržiavajú sestry na geriatrickom oddelení, ktoré eliminujú vznik rizika syndrómu vyhorenia,
- zistiť, aká je miera syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení z aspektu osobného uspokojenia, emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie.

Metodika

Empirický prieskum bol určený pre sestry pracujúce na geriatrických oddeleniach. Zber dát bol realizovaný vo Fakultných nemocniciach v Trnave, v Trenčíne a v Nových Zámkoch. Údaje sme získali metódou štandardizovaného a neštandardizovaného dotazníka. O distribúciu dotazníkov sme požiadali vedúce sestry. Dotazník vlastnej konštrukcie pozostával z demografických údajov (vek, pohlavie, vzdelanie a dĺžky praxe na geriatrickom oddelení) a zo 14 otázok, z ktorých otázky č.1 až č. 9 boli zamerané na oblasť faktorov ovplyvňujúcich vznik syndrómu vyhorenia a otázky č. 10 až č. 14 boli zamerané na preventívne opatrenia eliminujúce vznik syndrómu vyhorenia. Na zistenie miery syndrómu vyhorenia bol použitý štandardizovaný dotazník – Maslach Burnout Inventory „MBI“. Autormi tohto dotazníka podľa Křivohlavého (2012) sú Christina Maslach (University of California, Berkeley), Susan E. Jackson (New York University) a Michael P. Leiter (Acadia University). Dotazník pozostáva z 22 – položiek zoradených v 3 dimenziách (Tab. 1).

Tab. 1 Otázky zodpovedajúce Maslach Burnout Inventory - MBI

Dimenzia	Otázky
EE – emocionálne vyčerpanie	č.1, č.2, č.3, č.6, č.8, č.13, č.14, č.16, č.20
PA – osobnostný výkon	č.4, č.7, č.9, č.12, č.17, č.18, č.19, č.21
DP - depersonalizácia	č.5, č.10, č.11, č.15, č.22.

Venglářová, 2011, s. 43 – 44.

Mieru rizika syndrómu vyhorenia identifikujeme v každej dimenzii troma stupňami: nízke, stredné alebo vysoké riziko. Výsledok skóre získame spočítaním bodov od 0 do 7.

Prieskum bol realizovaný v októbri – novembri 2017. Celkový počet distribuovaných dotazníkov bol 50 kusov. Pri počte dotazníkov sme vychádzali z počtu sestier v trojzmennej prevádzke na oddeleniach geriatrickej vo vybraných fakultných nemocniciach. Návratnosť dotazníkov bola 70 %. Všetky dáta sme vyhodnocovali použitím programu Microsoft Office Excel 2007 a zistenia sme uviedli v tabuľkách, grafoch, absolútnej početnosti (n) a relatívnej početnosti (%).

Materiál – Súbor

Kritériom pre zámerný výber prieskumnej vzorky boli sestry pracujúce na geriatrickej oddelení vo vybraných Fakultných nemocniciach na plný úväzok a ich ochota spolupracovať. Prieskumu sa celkovo zúčastnilo 35 respondentiek (100 %), z toho 20 % (n = 7) respondentiek bolo z FN Trnava, 57 % (n = 20) respondentiek z FN Trenčín a 23 % (n = 8) respondentiek bolo z FN Nové Zámky. Prieskumu sa zúčastnili iba ženy (100 %), najviac respondentiek bolo vo vekovej kategórii 40 - 49 rokov (42,86%) so stredoškolským vzdelaním (42,86 %) a s dĺžkou praxe od 10 do 20 rokov (31,43 %).

Výsledky

Medzi demotivačné faktory, ktoré vplývajú na vznik rizika syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickej oddelení patrí ich nespokojnosť na pracovisku (11,43 %), pocit, že si nemôžu vybrať oddelenie na ktorom by chceli pracovať (28,57 %), zlé vzťahy na pracovisku (8,57 %), fyzické (62,85 %) a psychické(51,43 %) vyčerpanie, stres z úmrtia pacienta (54,29 %), zlé finančné ohodnotenie (28,57 %), osobná skúsenosť so syndrómom vyhorenia (31,43 %) a vedomosť o syndróme vyhorenia u kolegu (37,14 %).

Medzi preventívne opatrenia eliminujúce vznik rizika syndrómu vyhorenia patrí opora v rodine (71,43 %), voľno časové aktivity (25,71 %) a školenia so zameraním na prevenciu vzniku rizika syndrómu vyhorenia (40,00 %). Prácu sestrám najviac uľahčuje ich zmysel pre humor (45,71 %). Za peknú svoju prácu označilo a odporučilo by ju iným sestrám iba (14,29 %) opýtaných respondentiek.

Na zistenie miery syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickej oddelení sme použili štandardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory „MBI“ (Tab. 2).

Tab. 2 Skóre MBI dotazníka

Miera vyhorenia	EE		DP		PA	
	n	%	n	%	n	%
nízka	3	8,57 %	3	8,57 %	17	48,57 %
stredná	6	17,14 %	14	40,00 %	12	34,29 %
vysoká	26	74,29 %	18	51,43 %	6	17,14 %
spolu	35	100%	35	100 %	35	100 %

V dimenzii emocionálne vyčerpanie (EE) uviedlo najviac 74,49 % (n = 26) sestier vysoké riziko syndrómu vyhorenia. V dimenzii depersonalizácie (DP) uviedlo najviac 51,43 % (n = 18) vysoké riziko syndrómu vyhorenia. V dimenzii osobnostný výkon (PA) uviedlo nízky výkon 48,57 % (n = 17), čo vedie k vyhoreniu osobnosti v danej oblasti.

Diskusia

Sestry počas pracovnej zmeny sú v bezprostrednom kontakte s pacientom, kedy sa medzi nimi vytvára špecifický vzťah, ktorý poukazuje na emocionálnu náročnosť povolania. Môžeme v ňom nájsť prvky materského, partnerského, priateľského alebo rodičovského vzťahu. Nároky

vyplývajúce z povolania sestry sú rizikom pre vznik syndrómu vyhorenia (Heftyová, 2002, s. 44 - 45).

Prieskumnú vzorku v štúdií Mackovej (2013) tvorili v 2,92 % aj muži, podobne ako v štúdií Manovej (2009) bolo 1,7 % mužov. V našom prieskume tvorili prieskumnú vzorku iba ženy. Porovnaním výsledkov iných autorov môžeme konštatovať, že čím je veková kategória sestier nižšia, ich vzdelanie je vyššie a dĺžka praxe kratšia.

V štúdií Kostúrovej (2014) vyjadriť nespokojnosť s prácou na geriatrickom oddelení 12,17 % respondentiek a vzťahy označilo 9,57 % sestier ako nevyhovujúce, čo korešponduje aj s našimi výsledkami. Fyzické (39,13 %) a psychické (37,39 %) vyčerpanie bolo nižšie ako v našom prieskume. Zlé finančné ohodnotenie (29,57 %) korešpondovalo s našimi výsledkami a osobná skúsenosť so syndrómom vyhorenia bola vyššia (52,17 %) ako v našich zisteniach. Osobnú skúsenosť so syndrómom vyhorenia nemá 68,58 % opýtaných respondentiek, čo je v súlade aj s výsledkom Mackovej (2013), ktorá uvádza, že syndrómom vyhorenia netrpí 54,01 % opýtaných respondentov. V našom prieskume oporu v rodine vníma 71,43% sestier ako najčastejšie preventívne opatrenie, ktoré eliminuje riziko syndrómu vyhorenia. Voľno časovým aktivitám sa venuje iba 25,71 % opýtaných respondentiek. Šeríková (2015) uvádza, že sestry sociálnu oporu nevyužívajú vo vzťahu k pracovnej záťaži, ale vo svojom osobnom živote. Ďalej tvrdí, že ak je u sestier vyššia miera rekreačných aktivít, znižuje sa dopad stresu na sestry.

Na zistenie miery syndrómu vyhorenia sme vyhodnocovali štandardizovaný dotazník MBI. V dimenzii emočné vyčerpanie (EE) je miera rizika syndrómu vyhorenia vysoká (74,29 %). Macková (2013) uvádza vysoké riziko syndrómu vyhorenia u 29,20 % respondentov a Manová (2009) uvádza vysoké riziko syndrómu vyhorenia u 21,50 % opýtaných respondentiek. Vančová (2012) v uvedenej dimenzii uvádza „stredné“ riziko syndrómu vyhorenia u 38 % respondentov. Z porovnania výsledkov môžeme konštatovať, že sestry na geriatrickom oddelení sú vystavené „vysokému“ riziku emocionálneho vyčerpania (74,29 %).

V dimenzii depersonalizácie (DP) je vysoká miera rizika syndrómu vyhorenia u 51,43 % sestier. Macková (2013) uvádza „nízke“ riziko syndrómu vyhorenia u 51,09 % respondentov a Manová (2009) u (6,6 %) opýtaných respondentov. S našimi výsledkami korešponduje štúdia Vančovej (2012), ktorá uvádza vysoké riziko syndrómu vyhorenia u 36 % respondentov. Křepelková a Ročková (2014) tvrdia, že tretine sestier hrozí „vysoké“ riziko syndrómu vyhorenia v emocionálnej oblasti a dimenzii depersonalizácie.

V dimenzii osobnostný výkon (PA) je „nízky“ osobnostný výkon u 48,57 % respondentiek, čo predstavuje vysoké riziko syndrómu vyhorenia. Macková (2013) uvádza „vysoké“ riziko syndrómu vyhorenia u 42,34 % respondentov a Vančová (2012) v danej dimenzii uvádza „stredné“ riziko u 40,00 % opýtaných respondentov.

Výsledky prieskumu poukazujú na „vysoké“ riziko syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení. Uplatňovaním preventívnych opatrení môžeme predchádzať riziku syndrómu vyhorenia.

Záver

Denne sa sestry stretávajú so záťažovými situáciami a stresom, ktoré nedokážu sami prekonať. Veľmi dôležité je včasne podchytiť príznaky syndrómu vyhorenia: neschopnosť pracovať, únavu, slabosť, negatívny postoj k sebe a životu, ako aj emocionálne vyčerpanie prejavujúce sa napríklad smútkom. Dôležité je poznať preventívne opatrenia, ktoré eliminujú riziko vzniku syndrómu vyhorenia a v prípade jeho prejavov je potrebné zahájiť adekvátnou liečbou.

Sestry, ktoré si prácu na oddelení nevybrali sami sú na pracovisku nespokojné (11,43 %) napriek tomu, že 65,71 % respondentiek považuje vzťahy na pracovisku za dobré. Sestry sa cítia v práci fyzicky (62,85 %) a psychicky (51,43%) vyčerpané aj keď úmrtie pacienta sa snaží (54,29 %) vnímať

ako prirodzenú súčasť života. Demotivujúco u opýtaných respondentov pôsobí najmä zlé finančné ohodnotenie (28,57%) a osobná skúsenosť so syndrómom vyhorenia (31,43 %). Prácu sestram najviac uľahčuje ich zmysel pre humor (45,71 %) a opora v rodine (71,43%). Hodnotením MBI dotazníka bola potvrdená vysoká miera rizika vyhorenia v emocionálnej oblasti (74,29 %), v oblasti depersonalizácie (51,43 %) a oblasti osobnostného výkonu (48,57 %), čo sú výsledky koršpondujúce so štúdiou Mackovej (2013) a Manovej (2009).

Prehlbovaním vedomostí a uplatňovaním preventívnych opatrení eliminujúcich riziko syndrómu vyhorenia sestra dokáže zvládať nepriaznivé pracovné situácie a naďalej poskytovať profesionálnu odbornú starostlivosť. Pokiaľ sa syndróm vyhorenia včas nepodchytí, môže prejsť do profesionálnej deformácie, ktorá vedie k citovej otupenosti sestry voči pacientovi.

Použitá literatúra:

ANDRÁŠIOVÁ, M. (2006). Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie. In *ViaPractica*. 2006, roč. 3, č. 12, s. 559-561. ISSN 1336 - 4790.

HEFTYOVÁ, E. (2002). Hrozí sestram vyhorenie? In *Sestra*. 2002, roč. 1, č. 2, s. 44-45. ISSN 1335-9444.

KOSTÚROVÁ, A. (2014). *Syndróm vyhorenia sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti*: diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita Lekárska fakulta Katedra ošetrovateľstva, 2014. 117 s.

KŘEPELKOVÁ, G. (2014). *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demenci*: diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovateľství. 2014. 79 s.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2012). *Hořet ale nevyhořet*. 2. Přeprac. Vyd., V KNA 1. – Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

MACKOVÁ, D. (2013). *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita Lékařská fakulta Katedra ošetrovateľství, 2013. 99 s.

MANOVÁ, J. (2009). *Syndrom vyhoření v práci sester se seniory v regionu Kladno*: diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita Lékařská fakulta Katedra ošetrovateľství, 2009. 91 s.

MASLACH, CH., SCHAUFELI, W.B., LEITTER, M. P. (2001). Job burnout. In *Annual Review of Psychology*. ISSN 0066-4308, 52, 2001., p. 397-422. Dostupné na internete: www.inflow.cz/MBI-Maslach-burnout-inventory.

MOROVICSOVÁ, E. a kol. (2004). *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Vydavateľstvo UK Bratislava. 2004. 138 s. ISBN 80-223-1940-6.

NÉMETH, F. a kol. (2009). *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. Vydavateľstvo Osveta: Martin, 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

ROČKOVÁ, Š. (2014). *Zvládání psychické zátěže v kontextu práce onkologických sester*: diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovateľství. 2014. 84 s.

ŠERÍKOVÁ, P. (2015). *Psychická zátěž a jej zvládanie u zdravotníkov geriatrických zariadení*: diplomová práca. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta Katedra antropologie a zdravotníky, 2015. 101 s.

VANČOVÁ, M. (2012). *Burn – out syndrom u sestier pracujúcich s geriatrickými pacientami*: diplomová práca. Brno: Masarykova univerzita Lékařská fakulta atedra ošetrovateľství, 2012. 95 s.

VENGLÁŘOVÁ, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndromvyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

Korešpondencia:

PhDr. Alena Dziacka, PhD.
TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
alena.dziacka@truni.sk

STATUS SESTIER V SPOLEČNOSTI

PhDr. Alena Uričková, PhD.

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP TU v Trnave

Súhrn:

Príspevok poskytuje pohľad verejnosti na osobnosť sestry. Vzhľadom na vznikajúcu situáciu v profesii sestry súvisiacu s nedostatkom sestier na klinických pracoviskách, ktorú určité skupiny spoločnosti chcú riešiť vznikom novej kategórie zdravotníckeho pracovníka – praktickej sestry je potrebné, aby sa inštitúcie vzdelávajúce budúce sestry zamerali na analýzu a identifikáciu vznikajúceho problému, ktorý v budúcnosti môže vážne ohroziť poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Sestier je jednoducho nedostatok. A nielen na Slovensku. Verejnosť však nie vždy oceňuje zručnosti a kompetencie, ktoré sestry získali prostredníctvom vzdelávania. Mnohé zahraničné štúdie poukazujú na fakt, že verejný imidž sestier nie vždy zodpovedá ich profesionálnemu obrazu. Sestry nie sú vyobrazované vo svojom autonómnom postavení. Verejnosť tak ani netuší, že ošetrovateľská disciplína najmä pokiaľ ide o profesionalizáciu, prešla obrovským vývojom v posledných rokoch 20. storočia a v prvej dekáde 21. storočia. Myšlienka podriadenosti lekárskej profesie nie je jediným faktorom, ktorý ovplyvňuje sebadôveru a profesionálnu identitu sestier. Medzi ďalšie determinanty patrí pracovné prostredie, hodnotový systém spoločnosti, finančné ohodnotenie, vzdelávanie, ktoré sú tak často v poslednej dobe diskutované. Mnohokrát bez účasti sestier. Stačí jednoducho vrátiť sa do minulosti a urobiť krok späť?

Summary: The paper provides an analysis of the profession and personality of the nurse. Given the emerging situation in the profession of a nurse, the lack of nurses in clinical workplaces, the ongoing change in the emergence of a new category of nurse practitioner - a nurse practitioner, it is necessary that the nursing institutions focus on analysing and identifying the emerging problem, which in the future may seriously jeopardize the provision health care. There are simply lacks of nurses. And not just in Slovakia. However, the public does not always appreciate the skills and competences acquired by nurses through education. Many foreign studies point to the fact that the public image of the nurses does not always correspond to their professional image. Nurses are not depicted in their autonomous position. The public does not even know that nursing discipline, especially in terms of professionalization, has undergone tremendous developments in the last years of the 20th century and in the first decade of the 21st century. The idea of subordination of the medical profession is not the only factor that affects self-confidence and the professional identity of nurses. Other determinants include the work environment, the company's value system, financial evaluation, education, which are so often discussed recently. Many times without the participation of nursing. Can you simply go back and take a step back?

Kľúčové slová: Sestra; Verejnosť; Vzdelanie; Osobnosť; Ošetrovateľstvo.

Úvod:

Súčasnú postavenie sestier v spoločnosti, súvisí s množstvom problémových oblastí. Jednou z nich sú snahy o riešenie nedostatku sestier v praxi, ktoré nie sú vždy tie najvhodnejšie pre ošetrovateľskú prax v 21. storočí.

V súčasnosti na Slovensku chýba v praxi 16200 sestier (3 sestry na 1000 obyvateľov) aby sme sa vyrovnali priemeru sledovaných krajín OECD (Juríková, 2015). Prečo to tak je, vieme všetci veľmi dobre. Sesterské povolanie je náročné nielen po fyzickej stránke, ale aj psychickej. Sestry nie sú dostatočne za svoju prácu ohodnotené a preto odchádzajú vo veľkej miere do zahraničia, kde je ich práca lepšie ocenená, alebo odchádzajú pracovať úplne do inej oblasti.

Vlastný text:

V našom príspevku sme sa zamerali na oblasti, ktoré najviac vedú k nízkemu počtu sestier v praxi. Uskutočnili sme prieskum, ktorý sme realizovali dotazníkovou metódou. Keďže sme chceli získať globálnejší pohľad na faktory utvárajúce status sestier v spoločnosti, oslovili sme okrem sestier aj laickú verejnosť. Zo získaných údajov prezentujeme zaujímavé výsledky:

- **Vnímanie povolania sestry ako prestížne** uviedlo 49,3% laikov a 29,4% sestier.
- **Postavenie v spoločnosti:**
 - **vysoké** udávalo 17,8% laikov, 4,5% sestier,
 - **priemerné** 57,5% laikov, 68,2% sestier,
 - **nízke:** 24,7% laikov, 27,3% sestier.
- **Faktor ovplyvňujúci prestíž sestier** udávali laici v nasledujúcom poradí podľa najvyššieho počtu odovedí: vzdelanie, dĺžka praxe, správanie, vzhľad, vedomosti, kompetencie.
- **Spokojnosť sestier s profesiou:** 64% spokojných.
- **Finančné ohodnotenie práce:** spokojných 13%, nespokojných 81% sestier, laici sa vyjadrili, že práca sestry nie je dostatočne finančne ohodnotená v 89%.
- **Uvažovanie o odchode zo zamestnania - sestry:** často: 14%, občas 77%, nikdy 9%.
- **Názor laikov na nedostatok sestier** (poradie podľa najvyššieho počtu odovedí): zlé finančné ohodnotenie, vysoká psychická a fyzická náročnosť, nízke hodnotenie verejnosti, dlhé a náročné štúdium, práca na zmeny, víkendy a sviatky.
- **Názor sestier na nedostatok sestier:** nedostatočné finančné ohodnotenie, dlhé a náročné štúdium, vysoká fyzická a psychická náročnosť, nízke hodnotenie verejnosti, práca na zmeny, víkendy, sviatky.
- **Hodnotenie náročnosti práce sestier:** laici: náročná 80%, nenáročná 20%, sestry: náročná 100%.
- **Potreba vysokoškolského vzdelania:** laici: potreba: 27,4%, nie je potrebné 49,3%, nevedelo sa vyjadriť 23,3%; sestry: potreba: 22,7%, nie je potrebné: 68,2%, nevedelo posúdiť 9,1% (treba uviesť, že 50% respondentov bolo so stredoškolským vzdelaním, odpovede respondentov neboli analyzované z hľadiska vzdelania).
- **Vedomosť laikov o rozpoznaní starostlivosti sestrou alebo zdravotníckym asistentom:** Vedelo rozpoznať 38,4%, nevedelo rozpoznať: 37% a nevedelo sa vyjadriť: 24,6%.
- **Vplyv médií na názor verejnosti ohľadom postavenia sestier v spoločnosti:** jednoznačný vplyv médií potvrdilo 38,4% laikov, 53,4% si myslí, že médiá ovplyvňujú čiastočne. Sestry uviedli v 40,9% že médiá ovplyvňujú názory, 45,5% si myslí že ovplyvňujú čiastočne.
- **Vplyv médií na dôveru v zdravotnú starostlivosť:** laici tvrdia, že médiá vyvolávajú nedôveru v (36,4%) a strach (18%), ostatní sa o tieto správy nezaujímajú.
- **Čo je dôležité pre sestry, aby mohli vykonávať svoju prácu kvalitne?** (poradie podľa najvyššieho počtu odovedí): dostatočný počet personálu, dobrá organizácia zdravotnej starostlivosti, dostatok pomôcok a moderné vybavenie, primeraná pracovná záťaž.
- **Za najväčšie nedostatky sestier** v súčasnosti označili laici zlú komunikáciu, úpravu a vlastnosti sestier. Sestrám dôveruje 24% laikov, 32% dôveruje čiastočne a 13% sestrám nedôveruje, dôveruje iba lekárovi.

Záver:

Na základe uvedených faktov môžeme skonštatovať, že laici vnímajú prestíž a postavenie sestier v spoločnosti vyššie, ako sestry samotné. Finančné ohodnotenie práce ako nedostatočné vnímajú sestry aj laici približne rovnako. Nedostatok sestier vidia laici i sestry v nízkom finančnom ohodnotení práce, náročnom štúdiu, v charaktere práce (fyzicky a psychicky náročná), práca na zmeny, cez sviatky. Zaujímavé boli zistenia potreby vysokoškolského vzdelania v profesii sestry. 27,4% laikov uviedlo, že je potrebné, aj keď si myslíme, že tento fakt laici dostatočne nevidia

posúdiť. Zarážajúce však boli odpovede sestier, ktoré uvádzali, že vysokoškolské vzdelanie je potrebné iba v 22,7%. Sestry si pravdepodobne nedostatočne uvedomujú, že bez vysokoškolského vzdelania ich status v odbornej i laickej verejnosti poklesne ešte na nižšiu úroveň aká má teraz. Názor na vplyv médií bol približne rovnaký u laikov aj sestier v zmysle, že médiá ovplyvňujú názory na zdravotnú starostlivosť vo významnej miere. Nedostatky, ktoré uvádzali laici v práci sestier (zlá komunikácia, úprava a vlastnosti), by mali byť pre sestry sebareflexiou, ktorej by mali venovať väčšia pozornosť. Napriek tomu, že ich práca nie je dostatočne ohodnotená a spoločenský status nie je na úrovni, ktorú by si zaslúžili, je dôležité si uvedomiť, že chorý človek ich potrebuje a určite ocení ich starostlivosť, keď to najviac potrebuje.

Použitá literatúra:

- BEN NATAN, M - BECKER, F. 2010. Israelis'precevendmotivation for choosing a nursing career. *Nurse Education Today*. 30 (4), 308 – 318.
- BEŇOVÁ, Z. 2016. Vráti sa vzdelávanie sestier na stredné školy?. In *Pravda* [online]. 2016 [cit. 2018-06-06]. Dostupné na internete: <<http://spravy.pravda.sk/domace/clanok/389022-vrati-sa-vzdelavanie-sestier-na-stredneskoly/>>. ISSN 1335-4050.
- BOTÍKOVÁ, A. - LAJDOVÁ, A. 2010. Historický pohľad na status sesterského povolania. In *Vedecká konferencia pri príležitosti 375. výročia založenia Trnavskej univerzity: zborník odborných príspevkov z vedeckej konferencie*. Trnava: Trnavská Univerzita v Trnave, 2010. ISBN 978-80-8082-393-1, s. 187- 190.
- HRINDOVÁ, T. 2016. Profesionálny imidž sestry. In *Sestra*. 2016 roč. 15, č.2. ISSN 1335-9444.s. 7-8.
- HUSÁROVÁ, V. 2010. Sestra ako žena. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335- 9444, 2010, roč.9, č. 1-2, s.8
- JURÍKOVÁ, T., 2015. Slovenské sestry chcú propacientsky orientované nemocnice. [online], [cit. 27.6.2018], Dostupné z: <https://www.slovenskypacient.sk/slovenske-sestry-chcu-propacientsky-orientovane-nemocnice/>
- KONTOVÁ, Ľ. 2010. Pokrokové roly sestry. In *Sestra*, 2010, roč. 9, č. 9-10. s. 14-15. ISSN 1335-9444.
- KRÁTKÁ, A. - KUTNOHORSKÁ, J. - CICHÁ, M. 2011. *Ošetrovatelství – morální umění*. Praha: Grada, 2011. 263 s. ISBN 978-80-247-4201-4.
- KRÁTKÁ, A., SNOPEK, P., BLAŽKOVÁ, M. 2010. Profesionální odpovědnost – od teorie k praxi. In: *Etické aspekty ošetrovatel'skej starostlivosti v teórii a praxi. Zborník z 2. medzinárodnej konferencie*. 1. vydání. Ružomberok: Verbum, 2010. 188 s. ISBN 978-80-8084-616-9. s. 27-31.
- KRUPCOVÁ, K. 2018. Názory laickej a odbornej verejnosti na súčasné postavenie sestier v spoločnosti. Bakalárska práca. Trnava, Trnava.
- MRAVCOVÁ, M. 2018. Sociálny status sestry 21. storočia. Bakalárska práca. Trnava, Trnava.
- VÉVODA, J a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
- ŽIAKOVÁ, K. 2011. *Teoretické východiská a praktické kontexty*. 1 vyd. Martin: Osveta 2011. 286 s. ISBN 978-80-7097-870-2.

Korešpondencia:

PhDr. Alena Uríčková, PhD., PhDr. Andrea Lajdová, PhD.
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovatel'stva
Trnavská univerzita v Trnave
alena.urickova@truni.sk andrea.lajdova@truni.sk

SKÚSENOSTI SLOVENSKÝCH SESTIER S VERBÁLNYM A SEXUÁLNYM NÁSILÍM ZO STRANY PACIENTOV

PhDr. Andrea Ševčovičová

Bc. Lenka Kmecková

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi Rožňava, VŠZaSP sv. Alžbety

Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Košice

Súhrn:

Východiská: Výsledky viacerých štúdií potvrdili, že sestry ako najpočetnejšia skupina zdravotníckych pracovníkov trávia pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti s pacientmi veľa času. Sú tak vystavené riziku agresie a násillia zo strany pacientov, čo má vplyv na kvalitu poskytovanej starostlivosti, ale aj psychickú a fyzickú pohodu sestier.

Cieľ: Zmapovať skúseností sestier s výskytom verbálneho a sexuálneho násillia zo strany pacientov a zistiť dôsledky násillného správania u sestier.

Metódy: Na zisťovanie skúseností sestier s násillím zo strany pacientov bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie. Elektronický zber dát sa uskutočnil v termíne od 15. novembra do 15. decembra 2017. Dotazník bol distribuovaný registrovaným sestram a pôrodným asistentkám cez portál Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a na sociálnej sieti. Pri spracovaní údajov bola použitá jednoduchá a opisná deskriptívna štatistika – absolútna početnosť (n) a relatívna početnosť (%). Výsledky boli spracované v programe STATISTICA CZ a MS Excel.

Výsledky: Štúdie sa zúčastnilo 531 respondentov. Výsledky potvrdili pozitívnu skúsenosť s verbálnym násillím, pričom najčastejšou formou verbálnych útokov zo strany pacientov boli až u 85,9 % (n=431) respondentov urážky a nadávky a u 64,5 % (n=324) zastrášovanie a vyhrážky. Najfrekvencovanejšou formou sexuálneho obťažovania, resp. násillia, s ktorými sa stretávali respondenti, boli slovné poznámky, čo potvrdilo 52,19 % (n=262) respondentov, ale aj fyzické obťažovanie (14,9 %) a sexuálne návrhy na telesný kontakt (12,9 %).

Záver: Skúseností sestier s výskytom verbálneho a sexuálneho násillia zo strany pacientov a dôsledky takého správania predurčujú k účasti sestier na edukačnom stretnutí, komunikačnom tréningu alebo školení ako zvládať agresívneho a násillného pacienta.

Kľúčové slová:

Formy násillia. Násillný pacient. Sestra ako obeť. Sexuálne obťažovanie. Verbálne násillie.

EXPERIENCE OF SLOVAK NURSES WITH VERBAL AND SEXUAL ABUSE FROM PATIENTS

Summary:

Resources: Results of numerous studies have confirmed that nurses spend a lot of time patients when providing nursing care, as the most numerous group of health care workers. That is why they are exposed to the risk of aggression and violence from patients which has influence on the quality of provided care as well as mental and physical comfort of nurses.

Aim: To map the experience of nurses with the occurrence of verbal and sexual violence from patients and find out the effects of violent behavior on nurses.

Methods: Non-standardized own questionnaire has been used to find out the experience of nurses with violence from patients. Electronic collection of data took place between 15th November and 15th December 2017. The questionnaire was distributed to registered nurses and midwives

through the portal of Slovak Chamber of Nurses and Midwives on social networking site. Single and descriptive statistics – absolute percent occurrence (n) and relative percent occurrence (%) have been used in processing the data. The results have been processed in programme STATISTICA CZ and MS Excel.

Results: 531 respondents participated in the study. The results have confirmed positive experience with verbal violence, the most frequent form from patients have been offences and invectives, up to 85,9 % (n=431) respondents, and intimidation and threats, 64,5 % (n=324). The most frequent form of sexual abuse or violence which the respondents have encountered have been verbal comments, confirmed by 52,19 % (n=262) respondents but also physical harassment (14,9 %) and sexual proposals of physical contact (12,9 %).

Conclusion: Experience of nurses with the occurrence of verbal and sexual violence from patients in a form of communication training or mentoring how to handle an aggressive or violent patient.

Key words:

Forms of violence; Violent patient; Nurse as a victim; Sexual harassment; Verbal violence

Úvod

Podľa Gurkovej et al. (2015) má takmer tretina sestier z celého sveta skúsenosti s agresívnym správaním. Výsledky štúdie Pekarú (2016) a Lepiešovej (2015) potvrdzujú, že výskyt násilného správania zo strany pacientov voči sestrám je aktuálnym problémom. Čabanová, Dobiášová a Hnilicová (2005) prezentujú, že sestry sú v zdravotníctve najčastejším objektom agresívnych atakov. Napadnutie sestier sa objavuje vo všetkých klinických odboroch ošetrovateľstva (Lepiešová, Nemčeková, 2013).

Agresia pacientov voči personálu sa môže prejavovať v rôznych podobách. Formy agresívneho správania sú rozdelené podľa prejavov. V odbornej literatúre existuje množstvo klasifikácií, podľa ktorých sa rozdeľujú formy agresívneho správania. Heretik (2004) rozdeľuje násilie na fyzické a verbálne, obranné alebo útočné, nepriame alebo priame a autoagresívne alebo agresívne smerujúce von.

Gurková et al. (2015) sa v svojom príspevku odvolávajú na zistenia Spector et al. (2014), ktorí v kvantitatívnom prehľade 136 článkov zahrňujúcich údaje od 151 347 sestier zo 160 výskumných súborov prezentujú súhrnný prehľad o prevalencii násilia voči sestrám. Autori zistili, že približne tretina sestier na celom svete je zo strany pacientov vystavovaná fyzickému násiliu. Štvrtina sestier čelila sexuálnemu obťažovaniu zo strany pacientov a dve tretiny sestier boli vystavené rôznym formám nefyzického (verbálneho) násilia.

Smernica Európskeho parlamentu definuje sexuálne obťažovanie ako verbálne, neverbálne alebo fyzické správanie sexuálnej povahy s cieľom porušenia dôstojnosti človeka (in Holubová, 2007). Formy sexuálneho obťažovania sa prejavujú vo verbálnej forme od najjednoduchších odkazov sexuálnej povahy až po fyzické obťažovanie. Fyzické obťažovanie je často krát spojené s násilím (Szarková, 2016).

Cieľ práce

Hlavným cieľom štúdie bolo zmapovať skúsenosti sestier a pôrodných asistentiek s výskytom verbálneho a sexuálneho násilia zo strany pacientov v zdravotníckych zariadeniach a zistiť dôsledky násilného správania u ošetrojúceho personálu.

Metodika

Zber údajov bol realizovaný anonymným dotazníkom vlastnej konštrukcie, kde boli použité otvorené aj uzavreté otázky. Respondenti mali aj možnosť výberu viacerých odpovedí. Elektronický zber údajov sa uskutočnil v termíne od 15.11.2017 do 15.12.2017 po získaní súhlasného stanoviska Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA). Elektronický dotazník bol prostredníctvom portálu SK SaPA distribuovaný do mailových schránok registrovaným sestrám a pôrodným asistentkám a zároveň distribuovaný na sociálnej sieti. Spracovanie výsledkov prebehlo v programe STATISTICA CZ a MS Excel.

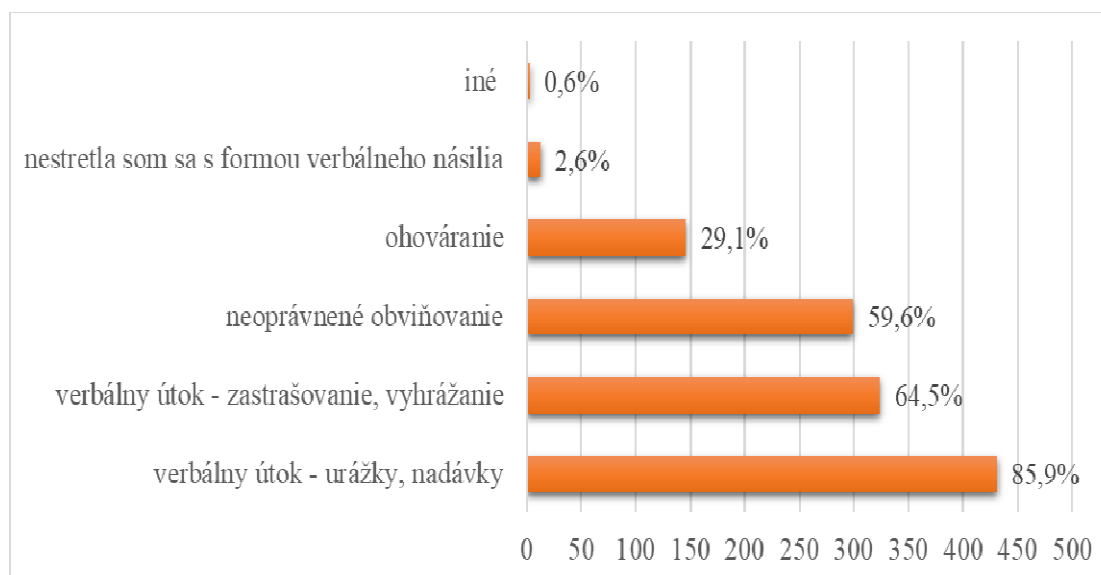
Materiál – súbor

Výber respondentov bol zámerný. Kritérium výberu bola ochota spolupracovať a registrácia v Slovenskej Komore sestier a pôrodných asistentiek. Súbor tvorilo 531 zdravotníckych pracovníkov (sestra/pôrodná asistentka). Na prieskume sa zúčastnilo 95,7 % (n = 508) žien a 4,3 % (n = 23) mužov, pričom išlo o 94,5 % (n = 502) sestier a 5,5 % (n = 29) pôrodných asistentiek. Priemerný vek respondentov bol 39,26 rokov. Najpočetnejšiu skupinu v súbore tvorili zdravotnícki pracovníci s dĺžkou praxe v rozmedzí 1-5 rokov, t. j. 18,5 % (n = 98). Najväčšie zastúpenie v prieskumnej vzorke malo 30,9 % (n=164) zdravotníckych pracovníkov s dosiahnutým 1. stupňom vysokoškolského vzdelania. Vyše dve tretiny respondentov (67,2 %, n=357) tvorili zdravotnícki pracovníci z ústavnej starostlivosti.

Výsledky

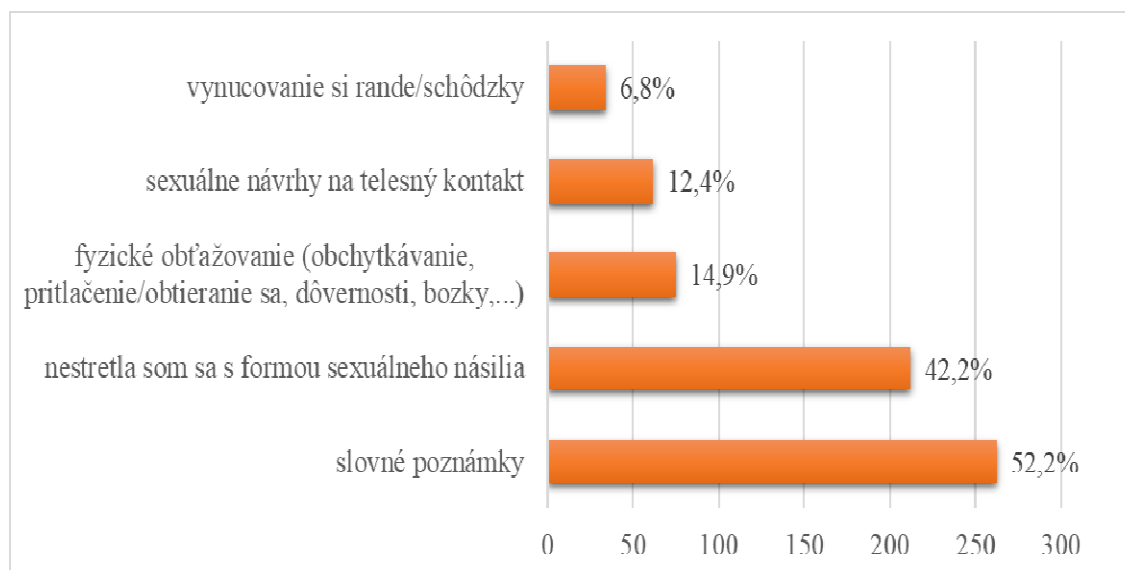
Respondenti v položke, ktorá mapovala ich skúsenosti s konkrétnymi formami verbálneho násillia (graf 1) mohli označiť viacero možných odpovedí.

Graf 1 Skúsenosti s verbálnymi formami násillia



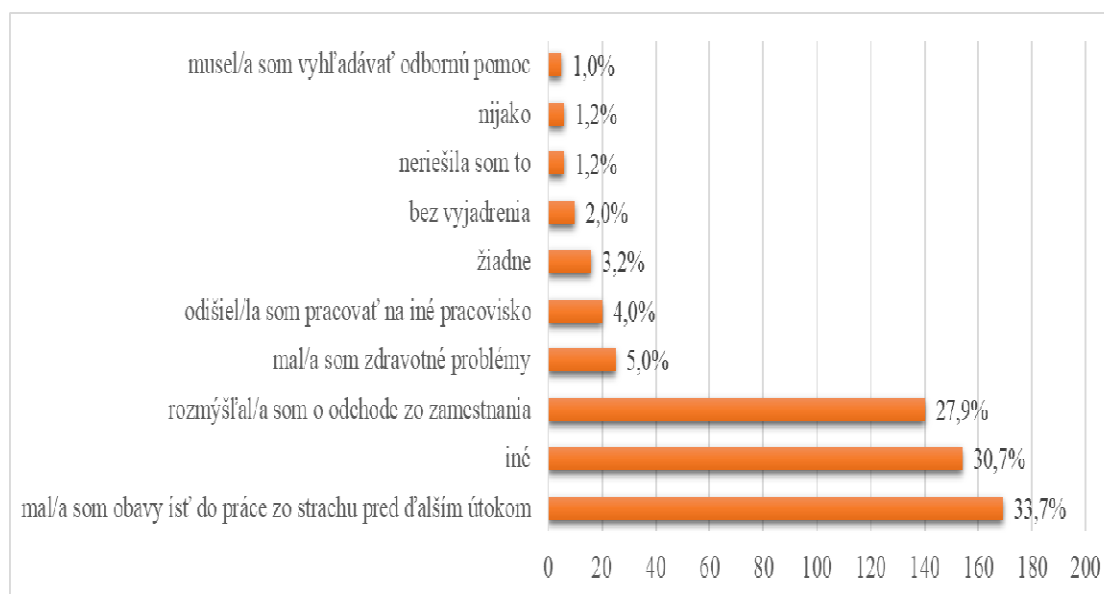
Z výsledkov vyplýva, že najčastejšou formou verbálnych útokov pacientov sú až u 85,9 % (n=431) respondentov urážky a nadávky. O niečo menej sa vyskytujúce je zastrašovanie a vyhrožovanie, čo potvrdili respondenti v 64,6 % (n=324) prípadov. Podobný počet respondentov (59,6 %) sa stretol s neoprávneným obviňovaním.

Graf 2 Skúsenosti so sexuálnymi formami násilia



Pri uvádzaní konkrétnych foriem sexuálneho obťažovania, resp. násilia zo strany pacientov mohli respondenti v položke označiť viac odpovedí. Z výsledkov (graf 2) vyplýva, že najčastejšie sa respondenti stretávajú so slovnými poznámkami, čo prezentovalo až 52,2 % (n=262). Pozitívnym konštatovaním je, že až 42,2 % (n=212) respondentov sa s touto formou obťažovania nestretlo. Skoro 15 % však čelilo počas výkonu svojej profesie zo strany pacienta fyzickému obťažovaniu v podobe obchytávania, pritlačania sa, obtierania, bozkov. Niektorí dostali konkrétne návrhy na telesný kontakt, alebo si u nich pacienti vynucovali schôdzku.

Graf 3 Reakcie respondentov po násilných útokoch pacienta



Vzhľadom na pozitívne skúsenosti respondentov s výskytom násilného správania pacientov nás zaujímalo, ako respondenti prežívali obdobie po násilnom útoku (nemuselo ísť pritom iba o slovný útok alebo priamo sexuálne násilie), kde sa tiež mohli vyjadriť označením viacerých možností odpovedí. Z výsledkov vyplýva, že najčastejšie, až v 169 prípadoch (33,7 %) mali obavy ísť do práce zo strachu pred ďalším násilným správaním pacienta. Skúseností s násilným správaním pacienta u 27,9 % respondentov dokonca vyústilo do úvah o odchode zo zamestnania. V tejto položke sme zaznamenali aj 154 vlastných odpovedí (30,7 %) „iné“. Pri polovici týchto

vyjadrení respondenti uviedli, že zaujali neutrálny postoj. Vo svojich výpovediach však konkrétne popisovali prítomnosť nepríjemných pocitov, obavy a rozrušeností. Negatívna skúsenosť s násilím pacienta mnohých viedla k väčšej opatrnosti a k tomu, aby boli viac všímavejší. Časť respondentov priznala, že násilné správanie pacienta malo za následok komunikáciu s nadriadenými alebo kolegami.

Diskusia

SK SaPA na základe prieskumu z roku 2003 zistila, že sestry a PA sa v práci najčastejšie stretávajú s ohrozovaním rôznymi predmetmi, ktoré majú pacienti k dispozícii. Časté sú aj kopance, škrtenie, rôzne verbálne vyhrážky. Výskum Bulíkovej (2008) preukázal, že v 88 % bolo násilie verbálne a v 12 % išlo o fyzické násilie (najčastejšie kopanie, údery päťou do chrbta). Výsledky našej štúdie potvrdili pozitívnu skúsenosť respondentov s výskytom verbálneho a sexuálneho násilia zo strany pacientov, s prevahou slovných foriem násilia.

Gurková et al. (2015) vo svojom výskume zameranom na agresiu pacientov vo vybranom zariadení v Rakúsku zistili, že najčastejšie sa vyskytujúcim prejavom agresie zo strany pacientov boli verbálne útoky (urážky a nadávky). Habermannova (2013) štúdia z Nemecka potvrdila, že 89,4 % respondentov zažilo verbálnu agresiu. Podobné výsledky sme zaznamenali aj v našej štúdií. V Českej republike mapoval situáciu Pekara (2016), ktorý potvrdzuje, že zdravotníci sa museli brániť voči verbálnym útokom. Agresívne nadávky a vyhrážky si vypočulo 697 z celkového počtu 896 respondentov bez ohľadu na to, či bol zdravotníkom muž alebo žena. Podobne Jarošová a Szkanderová (2008) vo svojom výskume na vzorke 270 sestier potvrdili, že až 90 % sestier bolo konfrontovaných formou slovnej agresie. Čerňanová (2010) uvádza alarmujúci fakt, že sestra na psychiatrickom oddelení ošetrí za jednu pracovnú zmenu v priemere troch verbálne agresívnych pacientov. Na Slovensku mapovala skúseností s výskytom násilia na nepsychiatrických oddeleniach u sestier a iných zdravotníckych pracovníkov (n=116) v nemocnici v Rožňave a v Rimavskej Sobote Bartóková (2016). Autorka uvádza, že 39 % respondentov sa s agresívnym správaním pacientov stretáva niekoľkokrát do roka, pričom až 60 % z nich je konfrontovaných so slovnou agresiou. Najčastejšie ide o nadávky, urážky alebo vyhrážky. Spector et. al. (2014) v kvantitatívnom prehľade na vzorke vyše 150 tisíc sestier dospeli k zisteniam, podľa ktorých bol najvyšší výskyt verbálnej agresie zo strany pacientov proti sestram zaznamenaný na území Stredného východu.

Ako krajiny s najvyšším výskytom fyzického násilia a sexuálneho obťažovania boli identifikované anglo-americké krajiny (Spector et al., 2014). So sexuálnym obťažovaním/násilím sa slovenskí zdravotníci stretávajú menej často ako s verbálnym násilím. Podľa Lepešiovej (2015) potvrdilo výskyt sexuálnej, či už verbálnej alebo fyzickej agresie 68,4 % sestier, pričom u sestier s vekom do 30 rokov bol tento jav početnejší. V prieskume Bartókovej (2016) sa 59 % opýtaných respondentov stretlo so slovnou agresiou sexuálnej povahy. Viac ako štvrtina (28 %) respondentov potvrdila, že dostali od pacientov sexuálne návrhy na fyzický kontakt. Respondenti v našom prieskume potvrdili pozitívnu skúsenosť predovšetkým so slovnými poznámkami, ale aj s fyzickým obťažovaním a návrhmi na telesný kontakt. Szarková (2016) upozorňuje na to, že každý zamestnanec, ktorý pociťuje sexuálne obťažovanie v pracovnom prostredí by mal informovať vedúcich pracovníkov.

Skúseností s násilím pacientov môžu vyústiť u ošetrojúceho personálu do rôznych dôsledkov. Habermann (2013) upozorňuje na dôsledky vedúce k možnému zhoršeniu psychického a fyzického stavu postihnutej osoby. Okrem toho štúdie naznačujú závažnosť týchto následkov pre samotných pacientov a celú organizáciu. Násilie a agresivita môžu negatívne ovplyvniť kvalitu starostlivosti a liečby, spôsobiť dlhšiu práceneschopnosť sestry a zhoršenie pracovnej atmosféry. Atawneh et al. (2003) vo svojej štúdií zmapoval, že sestry sú po incidentoch násilia najčastejšie ohrozené posttraumatickým stresovým syndrómom, nespavosťou, obavami, opakovaným znovu

prežívaním udalostí vo forme predstáv, myšlienok, depresiou a úzkosťou. Tretina respondentov nášho prieskumu mala obavy ísť do práce zo strachu pred ďalším útokom pacienta.

Viaceri autori zhodne tvrdia, že psychickým a fyzickým následkom napadnutých sestier nie je venovaná dostatočná pozornosť (Gurková et al., 2015; Tomanová et al., 2016; Lepešová, Nemčoková, 2009). V snahe predchádzať násilným udalostiam zo strany pacientov a chrániť ošetrojúci personál sa na Slovensku 1. januára 2017 novelizoval Trestný zákon č. 300/2005 Z. z. v znení neskorších predpisov. Zdravotnícky pracovník sa tak stal chránenou osobou. Otázne však ostáva jeho uplatnenie v praxi v zmysle úsilia obete dožadujúcej trest pre agresora. Lévyová (2018) uvádza, že aj v minulosti boli slovenské sestry konfrontované s verbálnymi a fyzickými útokmi, ale napadnuté sestry odmietli podať trestné oznámenie a to aj napriek tomu, že mali v rámci právnej ochrany garantované bezplatné zastupovanie advokátom pred súdom.

Právna ochrana je bezpochyby dôležitá, ale významná je eliminácia a prevencia násilného správania pacienta. Prioritou manažmentu zariadení, kde sa pacientom poskytuje odborná zdravotnícka a ošetrovateľská starostlivosť by mala byť ochrana vlastného personálu v podobe jeho účasti na vzdelávacích aktivitách s nosnou témou násilia na pracovisku, komunikačné tréningy ako zvládať agresívneho pacienta a odborná pomoc pre obeť verbálnych a sexuálnych útokov pacientov.

Záver

Sestry a pôrodné asistentky sú pri výkone svojho povolania konfrontované zo strany pacientov s verbálnym a sexuálnym násilím, čo potvrdili výsledky viacerých domácich a zahraničných štúdií. Dôsledky týchto foriem násilia majú u postihnutých osôb rôzne prejavy. Viacerí autori poukazujú na to, že tejto problematike nie je venovaná dostatočná pozornosť. Bezpečné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a minimalizovanie rizika konfrontácie ošetrojúceho personálu s rôznymi formami agresie pacienta by však malo byť prioritou.

Použitá literatúra:

ATAWNEH, F. A. – ZAHID, M. A. – AL-SAHLAWI, K. S. – SHAHID, A. A. – AL-FARRAH, M. H. (2003). Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. In **British Journal of Nursing**, 2003, vol. 12, no. 2, pp. 102-107.

BARTÓKOVÁ, T. (2016) *Násilie zo strany pacientov páchané na zdravotníckych pracovníkoch*. Bakalárska práca. Rožňava: VSŽaSP sv. Alžbety, n.o., 2016. Vedúca práce: PhDr. Andrea Ševčovičová. 49 s.

BULIKOVÁ, T. (2008) Násilie v prednemocničnej starostlivosti. In *Agresívny pacient 2008*, II. Konferencia Falck Záchraná, s. 84–86, Rožňava 2008, ISBN 978 -80-8068-884-4.

ČABANOVÁ, B. – DOBIÁŠOVÁ, K. – HNILICOVÁ, H. (2005). Násilí na pracovíšti ve zdravotníctví. In *Zdravotníctví v ČR*, 2005, roč. 8, č. 3, s. 116-123. ISSN 1213-6050.

ČERŇANOVÁ, A. (2010). Agresívny pacient v podmienkach psychiatrického ošetrovateľstva. In *Ošetrovateľský obzor*, 2010, roč. 7, č.3, s. 47-50. ISSN 1336-560. 2010,

GURKOVÁ, E. – GÁLLIKOVÁ, D. – ŽIAKOVÁ, K. – GRZYWNA, T. 2015. Patient aggression and job satisfaction among Austrian nurses in selected health institution. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2015, vol. 5, no. 1, p. 6-12. ISSN 1338-6263.

HABERMANN, M. (2013) Introductory remarks: violence in nursing - international perspectives. In *Nursing International perspectives*. Edited by: Habermann M, Uys L. 2013, Frankfurt am Main: Peter Lang, 13-27.

HERETIK, A (2004) *Forezná psychológia pre psychológov, právnikov, lekárov a iné pomáhajúce profesie*. 2. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo - Mladé letá, 2004, 371 s. ISBN 80-10-00341-7.

HOLUBOVÁ, B. 2007. *Sexuálne a šikanózne obťažovanie žien na pracovisku*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2007. 89 s. [cit. 2017-07-19]. Dostupné na internete: <http://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/vyskum/2007/Holubova.pdf>

JAROŠOVÁ, D. – SZKANDEROVÁ, M. (2008) Výskyt agresivity ve zdravotníckých zariadeniach. In PROFESE on-line, 2008, roč. 1, č. 1, s. 1-9. ISSN 1803-4330.

LEPIEŠOVÁ, M. et al. 2015. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2015, roč.6, č. 3, s. 306 – 312. ISSN 2336-3517.

LEPIEŠOVÁ, M. – NEMČEKOVÁ, M. 2013. Násilie a agresia voči sestram pri výkone povolania. In *Sociológia*, 2013, roč. 45, č. 2, s. 172-194. ISSN 1336-8613.

LÉVYOVÁ, M. (2018). Súkromná korešpondencia.

PEKARA, J. Najčastejším terčom násilia sú sestry. In *Zdravotnícke noviny*. 32/2016 [cit. 2017-7-17]. Dostupne na internete: <http://www.vszdrav.cz/userdata/files/N%C3%A1sil%C3%AD%20na%20sestr%C3%A1ch.pdf>

SPECTOR, P. E. – ZHOU, Z. E. – XUAN CHE, X. (2014) Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. In *International Journal of Nursing Studie*. ISSN 0020-7489. 2014, vol. 51, no. 1, p. 72-84.

SZARKOVÁ, M. (2016) *Psychológia pre manažérov*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2016, 260 s. ISBN 978-80-7552-175-0.

TOMAGOVÁ, M., et. al. 2016. Nurses' experience and attitudes towards inpatient aggression on psychiatric wards. In *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2016, vol. 7, no. 3, p. 462–469. ISSN 2336-3517. 2016,

Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov, novelizovaný 1.1.2017.

Korešpondencia:

PhDr. Andrea Ševčovičová
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi
Kósu Schoppera 22
Rožňava
ada.sevcovicova@gmail.com

ROLE SESTRY V KLINICKÉM HODNOCENÍ LÉČIV

Mgr. Jana Kačorová, Ph.D.

Klinika hematologické onkologie FN Ostrava

Souhrn:

Během posledních tří desetiletí vzrostl počet celosvětově prováděných klinických studií. Jedním z členů zkušebního týmu je vedle lékařů a farmaceutů také studiová sestra. V oboru ošetrovatelství byla v oblasti výzkumu vytvořena nová role sestry. Tato nová role přináší mnoho problémů: není formální vzdělání, nejsou stanoveny kompetence, není oficiální pojmenování.

Klíčová slova:

Klinické hodnocení léčiv; Studiová sestra; Role sestry; Studiový koordinátor

THE ROLE OF NURSE IN CLINICAL TRIAL

Summary:

Over the past three decades, the number of clinical trials conducted globally has increased. One of the members of study team is beside medical doctors and pharmacists also study nurse. In the nursing branch the new role of nurse were created in research area. There are many issues that the emerging role brings: no formal educational, competencies are not described, absence of official name for these nurses.

Key words:

Clinical trial; Study nurse; Role of Nurse; Study coordinator

Úvod

V posledních desetiletích výrazně vzrostl počet klinických studií zaměřených na klinické hodnocení léčiv, jak u nás tak ve světě. Do pozornosti se čím dále tím více dostává i úloha sestry v rámci zkušebního týmu. Příspěvek se zabývá rolí sestry v klinickém hodnocení léčiv.

Klinické hodnocení léčiv je systematické testování léku na pacientech či na zdravých dobrovolnících, jehož hlavním úkolem je: prokázat bezpečnost a snášenlivost léku; prokázat a ověřit léčivé účinky daného léku; zjistit, jaké jsou jeho nežádoucí účinky; určit farmakokinetické parametry a chování léku v lidském organismu. Klinické hodnocení léčiv může být označeno i jako klinická studie.

Každé klinické hodnocení má tři důležité účastníky. Prvním je subjekt hodnocení, kterým je člověk účastnící se klinického hodnocení. Druhým účastníkem je zadavatel, který přejímá odpovědnost za vedení a financování klinického hodnocení. Třetím účastníkem je zkoušející. Je to osoba odpovědná za provádění klinického hodnocení v místě jeho realizace. V jednotlivých centrech většinou neprovádí studii pouze jeden lékař, ale celý studijní tým. Kromě lékařů se na provádění klinického hodnocení podílí i studiové sestry, případně laboranti a lékárníci.

V praxi narážejí studiové sestry na množství problémů. Není formální vzdělání. Zatím jediným formálně dosažitelným vzděláním je certifikovaný kurz „Koordinátor klinického hodnocení léčiv“, který získal akreditaci Ministerstva zdravotnictví. Obrovská mezera je i v profesním vzdělávání,

kde absolventi oborů všeobecná sestra nemají téměř žádné povědomí o práci sestry jako člena studiové týmu v klinickém hodnocení léčiv.

Nejsou popsány a vymezeny kompetence. Zdravotnická zařízení se potýkají s problémem vytvoření pracovního místa pro studiovou sestru. Neexistuje také oficiální pojmenování. Setkáváme se tak s různým označením, nejčastěji studiová sestra nebo studiová koordinátorka. Tyto potíže vedou k tomu, že je problém obsadit pracovní místo všeobecnou sestrou. Studiovými koordinátoři jsou pak často absolventi jiných, většinou nelékařských oborů. Problém se tak ještě více prohlubuje, protože pozice studiového koordinátora, kterou v zahraničí zastává téměř výhradně sestra, je tím devalvována.

Závěr

Práce studiové sestry by mohla být potenciálně novou moderní oblastí ošetrovatelství, vyplňující mezeru v ošetrovatelském výzkumu. Řada absolventů oboru všeobecná sestra odchází mimo profesi, protože očekává více, než jím praxe sestry, která se léta nemění, může nabídnout. Vymezení a definování kompetencí a roly studiové sestry by mohl být jedním z prvků, jak zatraktivnit povolání sestry.

Korespondence:

Mgr. Jana Kačorová, PhD.
Klinika hematonekologie
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1970/5
Ostrava-Poruba
jana.kacorova@fno.cz

MOTIVÁCIA SESTIER AKO EFEKTÍVNY NÁSTROJ KVALITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Mgr. Ivana Bohušová

Mgr. Michaela Harabišová

Katedra ošetrovateľstva, FZ v Banskej Bystrici, SZÚ v Bratislave

Národné rehabilitačné centrum Kováčová

Katedra etiky a aplikovanej etiky FF, UBM v Banskej Bystrici

Súhrn:

Hlavným cieľom tohto príspevku je predstaviť faktory podieľajúce sa na motivácii sestier a prispievajúce k realizovaniu kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Autorky približujú motiváciu a jej zdroje, motivačné faktory, ako aj demotivačné činitele v práci sestier. Príspevok mapuje názory respondentov vybraných zdravotníckych zariadení Slovenskej republiky na daný problém. Prieskum bol realizovaný počas štyroch rokov a zúčastnilo sa ho 380 respondentov, predovšetkým sestier. Naším cieľom bolo zistenie názorov respondentov na motivačné faktory v práci sestry. V príspevku sú prezentované len vybrané otázky, ktoré najviac súvisia s pertraktovanou problematikou.

Kľúčové slová:

Motivácia; Faktory; Sestra; Ošetrovateľská starostlivosť; Prieskum

MOTIVATION OF NURSES AS AN EFFECTIVE INSTRUMENT FOR A GOOD-QUALITY NURSING CARE

Summary:

The main objective of this contribution is to introduce factors contributing to the motivation of nurses and on a good-quality nursing care. Authors describe motivation and its sources, factors of motivation and also the impact of demotivation on nurses' work. The contribution maps the opinions of respondents' on the given issue - the healthcare workers of the selected medical facilities in Slovak Republic. The survey was conducted during four years and 380 respondents - mainly nurses were involved. Our goal was to identify the respondents' opinions on factors of motivation in nurses' work. The report only presents the selected questions most closely related to the discussed issue.

Key words:

Motivation; Factors; Nurse; Nursing care; Survey

Úvod

Povolanie sestry patrí medzi veľmi náročné povolania, a to nielen z hľadiska prípravy, ale najmä z očakávania profesionálneho výkonu. Práve v tomto povolaní, v ktorom sa sestra delí o svoje „ja“ s trpiacimi a chorými, je veľmi dôležitá pracovná spokojnosť úzko súvisiaca s motiváciou. Zvlášť v dnešnej dobe, kedy bojujeme s nedostatkom sestier, by si mal každý člen manažmentu zdravotníckeho zariadenia uvedomiť, že správne motivovať sestru je nielen žiaduce, ale mnohokrát priam nevyhnutné. Pomoc zo strany manažéra ošetrovateľského tímu by mala byť každodennou rutinou vykonávanou s cieľom zabezpečiť spokojnosť sestier, čo má jednoznačný vplyv i na kvalitu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti. Nazvime túto pomoc motiváciou.

Motivácia sestier je výzvou pre všetkých manažérov - pre tých, ktorí si chcú udržať dobre fungujúci pracovný tím, ale aj tých, ktorí si svoj ošetrovateľský tím začínajú len budovať.

1 Motivácia a motív v práci sestry

Motivácia je definovaná ako proces iniciovania, vedenia a udržiavania správania orientovaného na stanovený cieľ. Zahŕňa v sebe biologické, emocionálne, sociálne a kognitívne faktory aktivizujúce správanie (Cherry, 2017). Možno ju považovať aj za efektívny nástroj determinujúci spokojnosť pracovníkov a kvalitu ich pracovného výkonu.

Knödel a Merg (2007) uvádzajú, že čím viac zamestnanie zodpovedá individuálnym schopnostiam jedinca, tým lepšie bude svoju prácu vykonávať, tým bude jeho práca kvalitnejšia a tým radšej bude chodiť do práce.

V súčasnosti je situácia v zdravotníctve poznačená nielen nedostatkom sestier, ale aj nedostatkom ekonomických zdrojov. Je preto na manažéroch nájsť a predovšetkým poskytovať tie najvhodnejšie prístupy a metódy motivácie, a to nielen v materiálnej, ale najmä v morálnej rovine, čo sa odrazí aj v kvalite poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. .

Motív je charakterizovaný ako prvotný impulz, ako pohnútku určitého správania. Podľa Farkašovej a kol. (2001) najčastejšie uvádzaným motívom výberu povolania sestry je snaha pomáhať iným a snaha byť nápomocný pri úľave od bolesti a utrpenia.

Motiváciou k výberu povolania sestry je aj „existencia“ daného povolania v rodine, práca s výtvarnými vedomosťami a modernou technikou či imidž povolania

Človek koná najčastejšie na základe takých motívov, ktoré si uvedomuje, môže o nich premýšľať, uvažovať, hodnotiť ich a podľa vlastného uváženia svoje konanie prehodnotí alebo ho vykoná (Plevová, 2012). Ak chce manažér svojich pracovníkov dobre motivovať, mal by zistiť, nielen ktoré spôsoby (nástroje), ale aj ktoré motívy sú pre nich prioritné.

2 Základné motivačné nástroje kvality ošetrovateľskej starostlivosti

Aby bola práca efektívna a zamestnanci podávali kvalitný výkon, je motivácia nevyhnutná. Pokiaľ zamestnanci nebudú dostatočne motivovaní, nebudú mať radosť z práce, nebudú prejavovať lojalnosť, bude absentovať pocit uspokojenia a seberealizácie (Mikuláščík, 2007).

Každý správny manažér v ošetrovatelstve by sa mal vedieť vžiť do situácie sestry pracujúcej v ambulancii alebo v nepretržitej prevádzke zdravotníckeho zariadenia a v tejto situácii si predstaviť, čo by jeho, ako sestru, motivovalo v práci najviac. Jednoznačne ide o faktory determinujúce nielen efektivitu, ale aj kvalitu starostlivosti o pacienta.

Organizačná kultúra - predstavuje hodnoty prezentujúce organizáciu. Je treba klásť dôraz na kolegiálnu atmosféru, jasne zadefinované kompetencie a motivačné techniky týkajúce sa podpory odborného rastu a vzdelávania i efektívnej komunikácie založenej na spätnej väzbe (Hadašová, Rusnáková, 2007). Podľa Zuzáka (2011) vytvorenie dobrej organizačnej kultúry neznamena len vytvorenie príjemného prostredia. Autor vidí hlavný význam v dosahovaní špičkovej výkonnosti súbežne s etickým konaním a dodržiavaním etického kódexu.

Pochvala a uznanie práce sestry - predstavujú jeden z najvýznamnejších motivačných nástrojov a zároveň aj spätnú väzbu na podaný pracovný výkon. Pokiaľ sestru výrazne motivuje úspech alebo pokrok v jej práci, napr. zlepšujúci sa zdravotný stav pacienta, manažér by mal túto skutočnosť brať na vedomie (Hekelová, 2012).

Osobný príklad manažéra - byť príkladným manažérom - to je zodpovedná úloha. Ak je manažér ľudský, nadšený pre prácu, zodpovedný, ak svojim sestram odovzdáva všetky dôležité informácie týkajúce sa ich profesie, budú ho sestry napodobňovať, do zamestnania budú chodiť s radosťou, čo sa odrazí aj na kvalite ich práce (Plevová, 2012).

Vzťahy na pracovisku - pre väčšinu sestier znamenajú jeden z najdôležitejších pracovných motivačných činiteľov. Zdravé a priaznivé pracovné vzťahy predstavujú všetky formálne a aj neformálne vzťahy s inými sestrami na pracovisku, ako priateľstvá, vzájomná pomoc, otvorenosť,

dôvera, ale aj rešpekt, kolegalita a vzájomná previazanosť (Grohar-Murray, Dicroce, 2003). Na druhej strane – práve tieto vzťahy sú mnohými vnímané ako najčastejší demotivačný prvok v práci, a to najmä v čisto ženských kolektívoch, teda aj medzi sestrami.

Pracovné prostredie, fyzické a psychické podmienky - záujem pracovať, schopnosti a vôľa zrealizovať zadanú úlohu je pre splnenie naplánovaného cieľa nevyhnutné, ale bez vhodného pracovného prostredia ťažko dosiahnuteľné. Klíma v pracovnom prostredí ovplyvňuje kvalitu podávaného výkonu. Je omnoho pravdepodobnejšie, že vysoko kvalitné výkony budú sestry podávať v prostredí, kde je pracovná klíma vo vzťahu k organizácii, jej cieľom ako aj jednotlivým sestram a ich potrebám priaznivá (Grohar-Murray, Dicroce, 2003).

Potreba ďalšieho vzdelávania - pre veľkú väčšinu sestier je možnosť permanentne sa vzdelávať dôležitým motivačným činiteľom. Každá sestra by si mala uvedomiť, že základným predpokladom zabezpečenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti je nutnosť celoživotného nadobúdania vedomostí a zručností, a to v súlade s „evidence based medicine“.

Informovanosť a komunikácia v práci sestry - každý člen organizácie by mal byť pri vykonávaní svojej práce informovaný o zámeroch vedenia organizácie, o aktuálnom dianí v organizácii i o plánovaní do budúcnosti. Všeobecne platí zásada, že čím kvalitnejšie sú zamestnanci informovaní o zámeroch organizácie a o dôvodoch opatrení zo strany vedenia, tým ľahšie prijímú rozhodnutia a stanú sa vytrvalejšími v dosahovaní cieľov organizácie (Kilíková, Jakušová, 2008).

Finančná odmena v práci sestry - je jedným z hlavných dôvodov, prečo ľudia pracujú a zohráva v práci dôležité miesto. Je ťažké jednoznačne špecifikovať, aká peňažná odmena alebo zvýšenie mzdy môžu byť pre sestru motivujúce. Podľa Herzberga (In Plevová, 2012) ani subjektívne vnímaný dostatok peňazí ešte nezaručuje dlhodobú spokojnosť. Takto vnímajú finančnú odmenu predovšetkým zamestnanci, ktorým bol zvýšený fixný plat a navýšenie platu im prinesie len krátkodobé zvýšenie pracovnej spokojnosti, čo znamená, že tento druh motivácie má obmedzenú účinnosť. Na pocit nespravodlivého ohodnotenia reagujú zamestnanci veľmi citlivo, čo môže viesť ku zníženiu kvality pracovného výkonu, ako aj k strate viery vo vlastné schopnosti. Často pritom platí, že aj malé rozdiely vo finančnej odmene alebo slovnom ohodnotení, ktoré môžu jedinici vnímať ako nespravodlivé, majú na ich motiváciu väčší dopad ako celková výška ich mesačného platu (Urban, 2011).

Poskytovanie benefitov – napr. príspevky na stravu, dôchodkové pripoistenie, kultúrne, športové podujatia, rekreácie, predĺžená dovolenka a pod. sú považované za významné motivačné nástroje. Zmyslom poskytovania benefitov je podľa Armstronga (In Plevová, 2012) získať a najmä udržať kvalitných jedincov v pracovnom pomere, zabezpečiť spokojnosť a stabilitu všetkých zamestnancov. Aby bolo poskytovanie benefitov od zamestnávateľa efektívne, je potrebné zaistiť ich atraktívnosť, aby sa nestali samozrejmosťou, a tak nestratili motivačnú funkciu.

Uvedené možnosti motivácie vplyvajú pozitívne na sestry, formujú ich postoje a podnecujú kvalitné výkony. Konečným výsledkom je zvyšujúca sa miera stotožnenia sestier so svojím pracovným miestom, s požiadavkami zamestnávateľa a odmenou, ktorú za svoj výkon dostávajú. Čím sú metódy riadenia ľudských zdrojov v organizácii konzistentnejšie a bližšie jej strategickým cieľom, tým je stotožnenie sa sestier s prácou a organizáciou vyššie, zvyšuje sa výkon organizácie a organizácia rýchlejšie plní svoje ciele (Kilíková, Jakušová, 2008).

Sestry vo svojej práci môžu byť aj **demotivované**, a to činiteľmi negatívne determinujúcimi psychickú pohodu sestier a v neposlednom rade aj samotnú kvalitu starostlivosti o pacientov. Stresujúcimi faktormi sú hlavne problematické medziľudské vzťahy, neetické správanie sa vedúcich pracovníkov, neadekvátna tímová komunikácia, časový stres a pod. Pod vplyvom uvedených faktorov dochádza k stupňovaniu frustrácie sestier a postupnej strate záujmu o túto vysoko humánnu a prospešnú prácu.

Cieľ práce

Zistiť názory respondentiek na faktory, ktoré sú pre ne najväčším zdrojom motivácie, resp. demotivácie v ich práci a ovplyvňujú jej kvalitu.

Metodika

Realizácia prieskumu: október 2014 - jún 2018.

Metóda: štruktúrovaný dotazník vlastnej konštrukcie - 21 otázok. Respondenti si pri väčšine otázok mali zvoliť jednu z viacerých možností odpovedí.

Základné kritériom výberu respondentov: práca v zdravotníckom sektore.

Pracoviská v SR: Banská Bystrica - FN F. D. Roosevelta, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Dialyzačné centrum Zvolen, Národné rehabilitačné centrum Kováčová, Nemocnica s poliklinikou Brezno, Nemocnica s poliklinikou Žiar nad Hronom.

Distribuovaných bolo 400 dotazníkov v tlačenej podobe, vyplnených bolo 380, čo predstavuje návratnosť 90,50 %.

Súbor

Demografické údaje respondentov.

1. Pohlavie: ženy – 380 (100 %).
2. Vek: najpočetnejšia kategória: 41 - 50 rokov - 170 (44,74 %) respondentiek.
3. Vzdelanie: najviac zastúpené: vysokoškolské, bc. stupeň - 120 (31,57 %) respondentiek.
4. Pracovná pozícia: sestra – 350 (92,10 %).
5. Prax: najpočetnejšia kategória: 21 - 30 rokov - 130 (34,21 %).

V práci interpretujeme len otázky najviac vystihujúce spracovávanú problematiku. Výsledky uvádzame v absolútnych číslach a percentách.

Výsledky

Tab. 1 Motivácia k výberu povolania

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) snaha pomáhať iným	240	63,16
b) páčilo sa mi toto povolanie - vykonáva ho matka (príbuzný)	90	23,68
c) neprijali ma na inú strednú školu	16	4,21
d) bolo to pranie mojich rodičov	29	7,63
e) iné	5	1,32
Spolu	380	100 %

Tab. 2 Splnenie očakávaní s výberom povolania

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) robím to, čo som vždy chcela	204	53,68
b) občas uvažujem nad tým, že som neurobila dobre	132	34,74
c) som sklamaná, mala som od povolania iné očakávania	36	9,47
d) iné	8	2,11
Spolu	380	100 %

Tab. 3 Najsilnejšie motivačné činitele v práci

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) pravidelné finančné ohodnotenie	325	28,50
b) pozitívne výsledky (zlepšujúci sa zdravotný stav pacienta)	266	23,33
c) dobré medziľudské vzťahy v práci	225	19,74
d) zaujímavosť a rôznorodosť práce	145	12,72
e) seberealizácia	107	9,39
f) nadviazania kontaktu s inými ľuďmi	72	6,32
Spolu	380 x 3 = 1140	100 %

Tab. 4 Kompetencie v zamestnaní

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) robím výkony, ktoré sú v mojej kompetencii	165	43,42
b) robím všetko, čo je potrebné – aj pomocné práce, aj práce za svoju nadriadenú	184	48,42
c) som len vykonávatelkou lekárových príkazov	26	6,84
d) iné	5	1,32
Spolu	380	100 %

Tab. 5 Finančné ohodnotenie v práci

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) spokojná	25	6,56
b) skôr spokojná	93	24,48
c) skôr nespokojná	173	45,53
d) cítim sa nedocenená	89	23,43
Spolu	380	100 %

Tab. 6 Dôležitosť morálneho ohodnotenia

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) určite áno, pochvala mi dodáva chuť do práce, motivuje ma	309	81,32
b) asi áno, nerozmýšľala som o tom	63	16,58
c) myslím, že nie	0	0
d) nie, takéto hodnotenie pre mňa nič neznamená	8	2,10
Spolu	380	100 %

Tab. 7 Benefity v práci zo strany zamestnávateľa

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) zamestnávateľ poskytuje a ja ich využívam	96	25,26
b) zamestnávateľ poskytuje, ale nevyžívam ich	99	26,05
c) zamestnávateľ neposkytuje, ale rada by som ich využila	119	31,32
d) neviem o poskytovaných benefitoch od zamestnávateľa	66	17,37
Spolu	380	100 %

Tab. 8 Spôsob prenosu informácií

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) informácie dostávam od priameho nadriadeného	261	68,68
b) k informáciám sa dostanem cez informačnú sieť (počítač)	58	15,27
c) najlepší zdroj informácií je diskusia pri obedňajšej prestávke	45	11,84
d) nikto nás neinformuje o zmenách, nariadeniach...	16	4,21
Spolu	380	100 %

Tab. 9 Spokojnosť v práci z hľadiska motivačných faktorov

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) veľmi spokojná	21	5,53
b) skôr spokojná	95	25,00
c) spokojná	168	44,21
d) skôr nespokojná	71	18,68
e) nespokojná	20	5,26
f) veľmi nespokojná	5	1,32
Spolu	380	100 %

Tab. 10 Úvahy o zmene zamestnávateľa do jedného roka

Odpovede respondentov	Počet (n)	%
a) zmena zamestnávateľa je pre mňa nevyhnutnosťou	20	5,26
b) uvažujem o zmene, ale ešte nie som celkom presvedčená	87	22,89
c) zamestnávateľa zmením v prípade, že mi niekto iný poskytne výhodnejšie pracovné podmienky	112	29,48
d) neplánujem odísť z terajšieho zamestnania	161	42,37
Spolu	380	100 %

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť názory respondentov na motiváciu súvisiacu s povolaním sestry. Z realizovaného prieskumu vyplynulo, že najpočetnejšiu skupinu tvorili respondentky, ktoré k výberu povolania viedla snaha pomáhať iným v počte 240 (63,16 %). Rovnaký dôvod výberu povolania potvrdili vo svojich prácach Hadašová a Rusnáková (2007) zistiť, že 74,70 % sestier si k výberu povolania zvolilo prosociálny motív. Identické dôvody výberu povolania rezonujú aj v zahraničných štúdiách, napr. Arrigoni et al. (2014) ho potvrdil odpoveďami 78 % respondentov. Marcinowicz et al. (2016) realizoval kvalitatívnu výskumnú štúdiu, v ktorej dôvody výberu povolania sú v úzkom kontexte so zisteniami predchádzajúcich autorov. Druhým najčastejšie sa vyskytujúcim dôvodom výberu sesterskej profesie v ním realizovanom výskume bola rodinná tradícia, čo koreluje aj s naším zistením – 23,68 % respondentiek si zvolilo danú alternatívu.

Na otázku, či splnil výber povolania očakávaná, odpovedalo v našom prieskume kladne 53,68 % respondentiek konštatujúc: „Áno, robím to, čo som vždy chcela“.

Za najsilnejší motivačný činiteľ v práci si 28,50 % sestier zvolilo pravidelné finančné ohodnotenie, s ktorým je však spokojných len 6,56 % respondentiek. 45,53 % sestier je skôr nespokojných a 23,43 % sestier sa cíti finančne poddimenzovaných. Štúdia Hadašovej a Rusnákovej poukazuje na 86 % nespokojnosť sestier s finančným ohodnotením, z ktorých mnohé udávajú, že mzda im neumožňuje zabezpečiť slušný životný štandard. Nováková (2010) prezentovala skutočnosť, že až 86,42 % sestier je s finančným ohodnotením svojej práce spokojných len čiastočne.

V súvislosti s informovanosťou sestier zo strany nadriadených Hadašová a Rusnáková uvádzajú, že 17,10 % respondentov je informovaných pravidelne o strategických zámeroch organizácie a 38,90 % sporadicky. V nami realizovanom výskume je daný aspekt hodnotený pozitívnejšie – 68,68 % sestier je informovaných o strategických zámeroch priamo od svojho nadriadeného.

Respondentkám nášho prieskumu sme dali do pozornosti aj 13 demotivačných faktorov, z ktorých si mali vybrať 3 najčastejšie sa vyskytujúce v ich zamestnaní. Väčšina respondentiek si za najintenzívnejší demotivačný faktor zvolila narušené interpersonálne vzťahy, časový stres a málo personálu. V štúdiu Marcinowicza et al. respondenti, okrem narušených medziľudských vzťahov, za demotivačné faktory pokladajú aj nízku mzdu a problematické vzťahy medzi lekárom a sestrou. V pomerne identickom kontexte sa nesú aj stanoviská respondentov štúdie Hadašovej a Rusnákovej, kde sestry jednoznačne poukazujú na zlé medziľudské vzťahy, mobbing, hrozbu prepúšťania a nedostatočné materiálne vybavenie, ako aj na napätú atmosféru pracovného prostredia.

I napriek deklarovanej nespokojnosti a kritike vybraných demotivačných faktorov, väčšina - 44,21 % nami oslovených sestier je v práci spokojných. 42,37 % respondentiek v krátkodobom horizonte neplánuje odísť zo zamestnania a zmenu zamestnania ako nevyhnutnosť vidí len 5,26 % sestier. Na druhej strane si dovoľujeme podotknúť, že možnosť odchodu zo zamestnania si vybrali skôr respondentky mladších vekových kategórií

Záver

Pracovať a nenachádzať v práci žiadne potešenie, radosť, nič motivujúce, je ako žiť bez zmyslu. Je takmer nemožné predstaviť si v profesii sestry človeka, ktorý by vykonával svoju prácu bezcieľne, bez pocitu uspokojenia. Dospeli sme do obdobia, kedy získať do pracovného tímu sestru je čím ďalej, tým náročnejšie a zaznamenávame odliv sestier za prácou (aj keď mnohokrát nie kvalifikovanou) do zahraničia. Aby sestry mohli naplniť ciele svojho povolania spočívajúce v realizovaní vysoko kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, potrebujú mať motiváciu, určité stimuly, ktorých zabezpečenie by si mal zobrať za povinnosť nielen každý manažér ošetrovateľského tímu, ale aj top manažér zdravotníckeho zariadenia.

Použitá literatúra:

ARRIGONI, C. et al. *The students' reasons to choose a nursing degree program: an Italian exploratory study*. [cit. 2018-07-18]. Dostupné na internete <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25524082>>

FARKAŠOVÁ, D. a kol. (2001) *Ošetrovateľstvo – teória*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2001, 135 s. ISBN 80-8063-086-0.

GROHAR–MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. (2003) *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľské péče*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

HADAŠOVÁ, L., RUSNÁKOVÁ, R. (2007) Motivačné a demotivačné faktory v povolání sestry. In *Sestra a lekár v praxi*, 2007, roč. 6, č. 9-10, s. 8-9. ISSN 1335-9444

HEKELOVÁ, Z. (2012) *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

CHERRY, K. (2018) Motivation: Psychological Factors That Guide Behaviour. [cit. 2018-07-19]. Dostupné na internete <<http://www.verywellmind.com>>

KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. (2008) *Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve*, 1. vyd. Martin: Osveta, 2008, 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

KNÖDEL, T., MERG, K. (2007) *Jak přežít v práci*, 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007, 146 s. ISBN 9078-80-251-1723-1.

MARCINOWICZ, L. et al. *Choice and perception of the nursing profession from the perspective of Polish nursing students: a focus group study*. [cit. 2018-07-18]. Dostupné na internete <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5029103>>

MIKULÁŠTÍK, M. (2007) *Manažerská psychologie*, 2. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 384 s. ISBN 978-80-247-1349-6.

NOVÁKOVÁ, J. (2010) *Pracovní spokojenost a psychický stav zdravotných sester*: Diplomová práce. Olomouc: Filozofická fakulta univerzity Palackého, 2010, 119 s.

PLEVOVÁ, I. (2012) *Management v ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

URBAN, J. (2011) *Jak bránit demotivaci zaměstnanců*, 1. vyd. Praha: Human resources management Economia, 2011, 81 s. ISSN 1801-4690

ZUZÁK, R. (2011) *Strategické řízení podniku*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 176 s. ISBN 978-80-247-4008-9.

Korešpondencia:

doc. PhDr. Tatiana Rapčíková, PhD.

Katedra ošetrovatelstva

Fakulta zdravotníctva SZU

Sládkovičova 21

Banská Bystrica

tatiana.rapcikova@szu.sk

ZPĚTNÁ VAZBA V PROCESU ŘÍZENÍ A VEDENÍ NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Mgr. Růžena Houžvičková Zvelebilová
I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Autorka představuje výsledky vlastního empirického šetření, které prováděla v rámci zpracování své diplomové práce na téma „Zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu“ na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Výzkum byl realizován kvalitativním přístupem, pomocí kterého autorka hledala odpověď na základní výzkumnou otázku: Jakou roli sehraává zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu? Data k tomuto výzkumu byla získána technikou polostrukturovaného rozhovoru a otevřeného kódování. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 12 sester/ ošetřovatelů (6 všeobecných sester / ošetřovatelů a 6 staničních sester) z 9 různých klinik. Výzkum ukázal, že zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu má roli informační. Informuje podřízeného o tom, jak si stojí ve své práci a jaký vztah zaujímá nadřízený k podřízenému. Vztah, který je založen na plné důvěře k nadřízenému, pak ovlivňuje přijetí či nepřijetí jakékoliv zpětné vazby na pracovní výkon. Důvěra je základem veškerého dění mezi podřízeným a nadřízeným.

Klíčová slova: zpětná vazba, řízení a vedení, pracovní výkon, všeobecná sestra/ ošetřovatel staniční sestra.

Summary:

The author is introducing the results of her own empirical study conducted as a part of her dissertation on „Feedback in management and leadership of non-doctor medical personnel and in managing their work performance“ at the Faculty of Social Studies of Charles University, Department of leadership and supervision in social and medical institutions. The approach to the research was qualitative, with which the author sought to find an answer to her main question: What role does feedback play in management and leadership of non-doctor medical personnel and in managing their work performance? Data for the research was collected using a method of semi-structured interview and open coding. 12 nurses (6 bedside nurses and 6 head nurses) from 9 different clinics were included in the study. The study showed that feedback in management and leadership of non-doctor medical personnel and in managing their work performance plays an informative role. It informs the subordinate about their standings and the relationship between them and their superior. Relationship, which has its base in complete trust in the superior, then influences acceptance or refusal of any form of feedback on work performance. Trust is the key of all work-place interactions between subordinates and their superiors.

Key words:

Feedback, management and leadership, work performance, bedside nurse, head nurse

Úvod

Zpětná vazba je součástí sociální interakce, která se uskutečňuje prostřednictvím komunikace. V podstatě se jedná o výměnu informací mezi jednou či více osobami v určitém sociálním prostředí. Mnohými autory je vysvětlována jako informace upozorňující na žádoucí či nežádoucí chování. Poskytuje obraz jedinci o tom, jak jeho jednání a chování působí na druhého. Úloha zpětné vazby závisí na tom, čeho chce poskytovatel či odesílatel v komunikačním procesu dosáhnout. Podle Vymětala má hned několik funkcí, a to regulační, poznávací, sociální, podpůrnou

a inspirující. Cílem zpětné vazby může být například to, zda nám jedinec porozuměl, zda akceptuje naše sdělení změnou svého chování, jestli potřebuje další informace pro svůj pracovní úkol či zda s námi jedinec souhlasí nebo nesouhlasí (Vymětal, 2008: 35). Je potřeba si uvědomit, že zpětná vazba v sociální komunikaci se neuskutečňuje pouze v rovině verbální, ale i v rovině neverbální. To je zejména důležité v momentě, kdy se rozhodujeme pro podání efektivní zpětné vazby na pracovní výkon svých podřízených. Například svým postojem, pohybem, úsměvem, mimikou, očním kontaktem říkáme druhé osobě, co si o ní myslíme. V odborné literatuře se uvádí, že 7 % tvoří věcný obsah sdělení (slova), 38 % je náš způsob vyjadřování (modulace a intonace hlasu) a 55 % je neverbální projev (Šimková, Fichtner, 2007; Škrála, Škrlová, 2003). Shoda verbálního a neverbálního projevu pak posiluje účinek podané zpětné vazby u druhé osoby. V takovém případě pak můžeme hovořit o efektivní zpětné vazbě.

Zpětná vazba je součástí každodenní komunikace, a to nejenom v osobním či rodinném životě, ale i pracovním životě, kde plní nezastupitelnou úlohu v procesu řízení a vedení pracovního týmu. Způsob, jakým je zpětná vazba podávána a přijímána, ovlivňuje kvalitu pracovního výkonu. Efektivní zpětná vazba vytváří příznivé pracovní podmínky, které jsou tolik žádoucí pro výkonovou motivaci každého pracovníka týmu.

Významnou roli v procesu řízení pracovního výkonu mají manažeři první linie. Jejich znalosti a dovednosti v poskytování efektivní zpětné vazby mohou negativně či pozitivně ovlivnit kvalitu pracovního výkonu u jednotlivců i týmů a tím přispět k výkonnosti celé organizace. Zpětnou vazbu by měl manažer umět podat jak v situacích, kdy je s pracovním výkonem svého podřízeného spokojen, tak v situacích, kdy je nespokojen. Pilařová uvádí, že neposkytne-li manažer svému podřízenému zpětnou vazbu, může se podřízený domnívat, že svou práci vykonává dobře, anebo že manažer nemá zájem o jeho práci (Pilařová, 2016).

Podávání zpětné vazby patří mezi nejdůležitější manažerské činnosti a má klíčovou roli v procesu řízení pracovního výkonu (Armstrong, 2011). „Většinu z nás tato činnost působí potíže“ píše Prukner ve své e-knize Manažerské dovednosti (Prukner, [online]). Takto se k problematice obtížného podávání a přijímání zpětné vazby vyjadřuje řada autorů zabývajících se managementem a leadershipem. Armstrong řadí podávání zpětné vazby mezi nejobtížnější úkoly v procesu řízení pracovního výkonu (Armstrong, 2011).

V době, kdy se zdravotnické prostředí potýká s nedostatkem nelékařského zdravotnického personálu a s nízkým finančním ohodnocením jeho práce, považuji za obzvlášť důležité věnovat se problematice zpětnovazebního procesu mezi nadřízeným a podřízeným. Vnímám, že této manažerské kompetenci je ve zdravotnictví věnována nízká pozornost. Svůj pohled opírám o své zkušenosti a znalosti s přijímáním a poskytováním zpětné vazby jako staniční sestra. Zásadní problém spatřuji v podávání a přijímání negativní zpětné vazby. Pro mne samotnou je velmi nepříjemné přijímat nepodloženou negativní zpětnou vazbu či kritiku, která vychází pouze z domněnek daného poskytovatele. Podávání zpětné vazby k výkonu a ke kvalitě práce ale také není vůbec jednoduché. Zvláště pro toho, kdo se dostává do vedoucí funkce bez předchozích zkušeností a znalostí v personálním řízení. Pokud není k dispozici mentor či supervizor, který by poskytl odborné rady v případě nesnázi s řízením či vedením podřízených pracovníků, trvá poměrně dlouho, než manažer získá potřebné dovednosti a znalosti a rozvine své schopnosti pro efektivní řízení a vedení svých podřízených pomocí zpětné vazby.

V neposlední řadě zde musím konstatovat, že jako účastník řídicího procesu nelékařského zdravotnického personálu, jsem až po několika letech pochopila, že podřízení v současné době vyžadují úplně odlišný způsob vedení a řízení, než bylo v dobách minulých. V dnešní době nelze v manažerské komunikaci uplatňovat metody direktivního přístupu. Pro dnešní dobu je zcela zásadní pracovat se zpětnou vazbou v procesu řízení pracovního výkonu. Mallya uvádí, že „dnes nastupuje nový trend, a to vzájemný dialog. Pro zaměstnance je důležité, aby měli zpětnou vazbu, aby věděli, že o ně má zaměstnavatel zájem. Umět pochválit dobré výsledky je možná důležitější

než vytknout nedostatky. Mnozí manažeři si dosud neosvojili nové formy komunikace a setrvávají ve starých způsobech..." (Mallya, 2007: 175).

Cíl

Cílem výzkumného šetření bylo ozřejmit proces řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu pomocí zpětné vazby a zodpovězení hlavní výzkumné otázky společně s doplňujícími otázkami. Jako vedlejší záměr jsem si stanovila odhalit potenciální oblasti rozvoje manažerských kompetencí a navrhnout případná řešení, která by přispěla k efektivnímu řízení pracovního výkonu pomocí zpětné vazby.

Znění hlavní výzkumné otázky bylo následující:

Jakou roli sehrává zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu?

Základní výzkumnou otázku jsem dále rozdělila:

1. Co je tím podstatným faktorem, který ovlivňuje úspěšnou práci se zpětnou vazbou v procesu řízení pracovního výkonu?
2. Jaké faktory ovlivňují přijímání zpětné vazby z pozice podřízeného?
3. Jakým způsobem staniční sestry motivují prostřednictvím zpětné vazby?
4. Jakým způsobem je přijímána a podávána zpětná vazba z pozice nadřízeného?

Metodika a soubor

Předkládané výzkumné šetření bylo založeno na kvalitativním přístupu. Data k tomuto výzkumu jsem získala pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru a otevřeného kódování. Strukturu rozhovoru jsem koncipovala do pěti oblastí: kvalita a bezpečnost ošetrovatelské péče, vzdělávání a osobní rozvoj, výkonová motivace, formy zpětné vazby, podávání zpětné vazby. Koncipována byla zvláště pro všeobecné sestry / ošetrovatele a s mírnou úpravou pro staniční sestry. Do výzkumného vzorku bylo zařazeno 12 sester / ošetrovatelů z 9 klinik. Z toho výzkumný vzorek tvořilo 6 všeobecných sester / ošetrovatelů a 6 staničních sester. Při vzorkování jsem vycházela ze skutečnosti, že tito zdravotníci mají nejbližší k pacientovi a nejvíce mohou ovlivnit kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče. Zároveň jsem vycházela z výzkumného problému a ze základní výzkumné otázky. Kritéria pro volbu informantů byla dvě: prvním kritériem byla způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry / ošetrovatele bez odborného dohledu a funkční zařazení na pozici liniového manažera, tedy staniční sestry, a druhým kritériem byl souhlas s účastí ve výzkumu. Způsob vzorkování probíhal hned několika způsoby. Nejprve jsem oslovila známé osoby, o nichž jsem věděla, že mají ve svém blízkém okolí nelékařské zdravotnické pracovníky. Dále jsem využila metodu náhodného oslovování sester v prostorách nemocnice. A nakonec jsem kontaktovala sestry, které jsem znala z minulosti. 8 účastníků výzkumného šetření jsem do prvního setkání neznala vůbec a 4 účastníky jsem znala v rámci setkávání v areálu nemocnice.

Před samotným zahájením každého rozhovoru jsem účastníka výzkumu seznámila s tématem a účelem našeho setkání. Rozhovory byly zahájeny až po slovním a písemném informovaném souhlasu s audiozáznamem a jeho následným přepisem.

Výsledky

Z výzkumného šetření vyplynulo, že zpětná vazba v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu a řízení jeho pracovního výkonu má roli informační. Informuje podřízeného o tom, jak si stojí ve své práci a jaký vztah zaujímá nadřízený k podřízenému. Vztah,

který je založen na plné důvěře k nadřízenému, pak ovlivňuje přijetí či nepřijetí jakékoliv zpětné vazby na pracovní výkon. Z výzkumu vyplynulo, že důvěra je základem veškerého dění mezi podřízeným a nadřízeným. Je důležitá pro efektivní řízení pracovního výkonu. Mezi další faktory, které přispívají k úspěšnému přijetí či nepřijetí zpětné vazby, patří osobnost nadřízeného a jeho styl vedení a řízení (jak projevuje zájem o práci svých podřízených, jak dokáže vytvářet příznivé pracovní podmínky, jak zapojuje své podřízené do procesu změny, jaký prostor dává podřízeným pro seberealizaci, jakým způsobem podává zpětnou vazbu a v jaký moment a na jakém místě), a shoda vzájemných pracovních očekávání. Jako nepřijatelná forma zpětné vazby se objevila ve výzkumu kritika, která je neoprávněná až ponižující a pochvala, která je manipulující. Nedůvěra v nadřízeného a nevhodné řízení pracovního výkonu pomocí zpětné vazby je důsledkem nežádoucí fluktuace. Výzkum ukázal, že mezi významné motivační faktory v podobě zpětné vazby patří poděkování, úsměv, vyjádření nepostradatelnosti, finanční odměna, přidělení zajímavé a svým způsobem náročnější práce a více osobního volna. V oblasti přijímání a podávání zpětné vazby ze strany nadřízených výzkum ukázal, že podávání negativní zpětné vazby se pro staniční sestry / nadřízené jeví jako úkol nelehký z důvodu toho, že nechtějí ubližovat druhému člověku a čelit složitému komunikačnímu procesu, protože očekávají nepřiměřené reakce. Podávání negativní zpětné vazby je pro ně zdrojem negativních emocí. Pozitivní zpětnou vazbu tedy pochvalu staniční sestry / nadřízené vnímají jako zdroj pozitivních emocí, ale přesto ji, jak samy některé připouštějí, poskytují málo. Výzkumné šetření poukázalo i na dva rozdílné názory na podávání zpětné vazby v rámci formálního hodnocení. Jsou staniční sestry, které vnímají formální hodnocení jako možnost vyjádření vlastního názoru na pracovní výkon podřízených a jako podporu u méně sebevědomých jedinců, zároveň jsou ale staniční sestry, které formální hodnocení vnímají jako zbytečné papírování a nevidí v něm žádný smysl. Při formálním hodnocení pak postupují intuitivně – mají to v hlavě.

Doporučení

Uvedená doporučení pro manažerskou praxi vycházejí ze získaných dat v rámci výzkumného šetření. Konkrétní výsledky se pak staly podnětem pro doporučení, jak efektivně pracovat se zpětnou vazbou v procesu řízení pracovního výkonu nelékařského zdravotnického personálu.

1. Vztah založený na vzájemné důvěře mezi nadřízeným a podřízeným ovlivňuje příznivě jejich vzájemnou komunikaci. Taková komunikace je základem úspěšné práce se zpětnou vazbou. Pokud budete komunikovat s podřízenými tak, aby to nebylo „nepříjemné vám ani vašim podřízeným“, můžete s největší pravděpodobností očekávat příznivý efekt vámi podané zpětné vazby (všeobecná sestra 3).
2. „Bez zpětné vazby se není možné zdokonalovat“ (Covey, Merrill, 2008: 199). Musí být ovšem podávána nezraňujícím způsobem, a to podle pravidel pro podávání zpětné vazby [a] mějte na mysli, že zprostředkováváte svůj vlastní dojem; b) popisujte, ale nehodnoťte, buďte konkrétní, zaměřte se na fakta a data; c) popisujte jednání osoby, ne osobu samotnou; d) vždy začínejte s pozitivní zpětnou vazbou, potom negativní a kritickou a na závěr rozhovoru opět uveďte pozitivní ohlas ; e) negativa zprostředkujte formou doporučení, a jen do té míry, co příjemce unese; f) ověřte si správné pochopení informací, které jste poskytli (Šimková, Fichtner, 2007: 31)]. Všechny tyto zmíněné aspekty podporují zdárné přijetí jakékoli podané zpětné vazby, ať pochvaly nebo kritiky.
3. Pochvala a kritika v procesu řízení pracovního výkonu nelékařského zdravotnického personálu jsou stejně důležité, ale za předpokladu, že pochvala není manipulující a kritika není neoprávněná a ponižující. A zároveň, že pochvalou je možné dosáhnout více než kritikou.
4. Přístup nadřízeného ke zpětné vazbě významně ovlivňuje účinnost podané zpětné vazby u podřízených. To je zejména důležité pro negativní zpětnou vazbu, která je obvykle startovacím momentem pro započítí změn.

5. Vzhledem k tomu, že samy staniční sestry připouštějí, že podávání zpětné vazby na pracovní výkon u svých podřízených není činnost, kterou by vykonávaly s lehkostí a že ne vždy se jim podaří zareagovat vhodně na případné negativní reakce jak u sebe samých, tak u svých podřízených, bylo by s výhodou, kdyby staniční sestry měly podporu u vyššího vedení ve smyslu rozvoje této manažerské kompetence. Umožnit jim rozvoj tzv. měkkých dovedností (rozvoj komunikace, empatie, sebereflexe, vedení týmu, zvládnání konfliktů aj.) pomocí zážitkových kurzů. Aby tyto kurzy byly účinné, měly by být založeny na principu dobrovolnosti. V takovém případě je možné očekávat vyšší efekt těchto kurzů, protože se tam budou scházet staniční sestry, které mají zájem o to, aby se osobně a profesně rozvíjely a posléze pak mohly rozvíjet svůj ošetrovatelský tým.

Diskuze

Domnívám se, že uvedené výzkumné šetření mi umožnilo odkrýt řadu neosvětlených a doposud nikým nepodložených sociálních jevů, které se odehrávají v procesu řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu pomocí zpětné vazby. Jako významný faktor, který se podílí na úspěšné práci se zpětnou vazbou v procesu řízení a vedení nelékařského personálu se ve výzkumu objevila důvěra. Důvěra jako základ veškerého dění mezi podřízeným a nadřízeným. Pokud nemá podřízený důvěru ve svého nadřízeného, není schopen akceptovat jakoukoli zpětnou vazbu. Nemůže fungovat komunikace a posléze ani spolupráce. Zpětná vazba tak ztrácí svou původní funkci, kterou je posílení žádoucího, či oslabení nežádoucího pracovního chování a výsledku. Zároveň klesá negativní a pozitivní motivace, která je tolik potřebná pro zlepšení pracovního výkonu, jenž přispívá k udržení či zvyšování kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče. „Lídr musí v první řadě vzbuzovat důvěru“ (Conant citován in Covey, Merrill, 2008: 305). A potom může očekávat příznivý efekt zpětné vazby u svých podřízených. Jak uvádí Covey a Merrill: „Vysoká důvěra se promítá do všeho, co děláme a co nás obklopuje. Ve společnostech a firmách hmatatelně zlepšuje komunikaci, spolupráci i výsledky, činnosti, inovace, strategii, zapojení, vztahy partnerství, vztahy se všemi zainteresovanými stranami“ (Covey, Merrill, 2008: 37). „Nízká důvěra a špatné vztahy jdou ruku v ruce“ (Covey, Merrill, 2008:30). Z výzkumného šetření vyplynulo, že k narušení důvěryhodného vztahu mezi podřízeným a nadřízeným přispívá chování a jednání nadřízeného, který u podřízených vyvolává pocit nespravedlnosti a ponižování stejně jako, když přihlíží nežádoucím pracovním procesům a výsledkům v ošetrovatelské péči na svém pracovišti a nekoná. Podobně je tomu v případě nízkého zájmu o práci svých podřízených. Stejně se k tomuto faktu vyjadřuje Pilařová, která uvádí, že neposkytne-li manažer svému podřízenému zpětnou vazbu, může se podřízený domnívat, že svou práci vykonává dobře, anebo že manažer nemá zájem o jeho práci (Pilařová, 2016). Jako další významný aspekt podporující přijetí či nepřijetí jakékoliv zpětné vazby, tedy kritiky a pochvaly, u podřízených, sehrává samotná realizace poskytované zpětné vazby. V tomto případě významnou úlohu sehrávají nadřízení (staniční sestry) a jejich způsob podávání zpětné vazby na pracovní výkon svých podřízených. Ve shodě s Armstrongem, který řadí podávání zpětné vazby mezi nejobtížnější úkoly v procesu řízení pracovního výkonu, byla většina staničních sester (Armstrong, 2011). Zvláště pak pokud se jedná o podávání negativní zpětné vazby či kritiky. Tento úkol specifikovaly jako obtížný až psychicky náročný. Podávání pozitivní zpětné vazby či pochvaly se pro ně stává méně náročným úkolem, přesto ale v rozhorech uváděly, že málo chválí. Tento fakt následně vysvětlovaly, že na to nejsou zvyklé a že jim to přijde nepřírozené, což je k velké škodě, poněvadž **„pozitivním hodnocením, pozitivní zpětnou vazbou lze dosáhnout více než kritikou a neustálým vytýkáním nedostatků a chyb“** (Bedrnová, Nový a kol., 2007: 376; zvýraznění v originále). O tom, že negativní zpětná vazba převažuje v hodnocení pracovního výkonu bylo možné zaznamenat i z některých rozhovorů. Pro názornost jeden z nich uvádím „On si člověk spíše všímá těch negativních věcí, což je podle mne hrozně špatně, protože, když se něco povede, tak je to samozřejmost a když se to nepovede, tak

jsme všichni hrozně špatní, což je úplně nejhorší. Prostě pět pozitivních věcí má větší cenu než jedna negativní“ (všeobecný ošetřovatel 1).

Závěr

Věřím, že poznatky získané v rámci mého výzkumu budou inspirací pro další výzkumná šetření v této oblasti. Z mého pohledu by mě určitě zajímalo, v jakém rozsahu jsou uvedené výsledky platné na širší populaci (na skupinu staničních sester a skupinu všeobecných sester či ošetřovatelů). Domnívám se, že v takovém případě by bylo vhodné využít kvantitativní přístup s cílem oslovit všechny uvedené skupiny v celé České republice. Takto získané poznatky by mohly být podkladem pro změnu v personálním řízení a vedení nelékařského zdravotnického personálu, s cílem získat a udržet ošetřovatelský personál pro prostředí zdravotnictví – ošetřovatelství. V neposlední řadě by mohly výsledky z takto provedené studie napomoci lépe pracovat s ošetřovatelským týmem.

Použitá literatura:

- Armstrong, Michael. 2011. *Řízení pracovního výkonu v podnikové praxi*. Praha: Fragment.
- Bedrnová, Eva, Ivan Nový a kol. 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.
- Conant, R. Douglas (generální ředitel Campbell Soup Company). Rozhovor 21.4. 2006. In Covey M. R., Stephen, Rebecca R. Merrill. 2008. *Důvěra: jediná věc, která dokáže změnit vše*. Praha: Management Press.
- Covey M. R., Stephen, Rebecca R. Merrill. 2008. *Důvěra: jediná věc, která dokáže změnit vše*. Praha: Management Press.
- Mallya, Thaddeus. 2007. *Základy strategického řízení a rozhodování*. Praha: Grada Publishing.
- Pilařová, Irena. 2016. *Leadership & Management Development. Role, úlohy a kompetence managerů a lídrů*. Praha: Grada Publishing.
- Prukner, Vítězslav. 2014. *Manažerské dovednosti*. Univerzita Palackého v Olomouci [online] [cit. 13.12. 2016]. Dostupné z: <<https://publi.cz/books/114/07.html>>.
- Šimková, Hedvika, Marek Fichtner. 2007. *Efektivní komunikace*. Praha: EuroProfis.
- Škrļa, Petr, Magda Škrļová. 2003. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent – Orion.
- Vymětal, Jan. 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada Publishing.

Korespondence:

Mgr. Růžena Houžvičková Zvelebilová
I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
ruzena.houzvicikova@fnmotol.cz

AGRESIVITA U PACIENTOV V ZDRAVOTNICKÝCH ZARIADENIACH Z POHĽADU OŠEŤROVATELSKÉHO PERSONÁLU

PhDr. Maria Popovičová, PhD.

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.

Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach, VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave

Abstrakt

Úvod: Agresia a násilie v zdravotníckych zariadeniach sa celosvetovo zvyšuje a často je vysvetľovaná stresujúcim prostredím. Zdravotníci prichádzajú do pomerne úzkeho kontaktu s pacientmi, ktorí bývajú často ovplyvnení svojou chorobou, bývajú v psychickej i fyzickej nepohode trpiaci pocitom bezmocnosti. Prostredníctvom výskumu analyzujeme problematiku výskytu agresívneho správania pacientov v zdravotníckych zariadeniach.

Metódy: Na overenie hypotéz sme použili nástrojmi induktívnej štatistiky. Väčšinu premenných sme si zvolili nominálne, vzhľadom k tomu na overenie hypotéz sme použili test nezávislosti chí kvadrát χ^2 test vhodný pre tieto premenné. Rozhodnutie o významnosti rozdielov vykonávame na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti 0,05.

Výsledky: Analýzou výsledkov sme zistili, že zdravotnícki pracovníci sa stretávajú s agresiou, agresívnym správaním pacientov či už odôvodnene alebo nie záleží na uhle pohľadu. Dôležité je, že vo veľkej miere dokážu rozpoznať príznaky agresívneho správania. Podstatná časť respondentov v zdravotníckych zariadeniach kde bol vykonaný výskum má záujem o získavanie ďalších informácií o danej problematike.

Záver: Práca v zdravotníctve je z hľadiska odbornej pripravenosti náročným povoláním, obzvlášť práca sestier. Zdravotnícky pracovníci nesú veľkú profesionálnu zodpovednosť, je preto potrebné aby zvládali komunikáciu s pacientom obzvlášť agresívnym a musia sa neustále vzdelávať.

Kľúčové slová:

Agresia; Agresívne správanie; Agresívny pacient; Zdravotnícky

AGGRESSION OF PATIENTS IN HEALTH CARE INSTITUTIONS FROM THE POINT OF VIEW OF THE PROFESSIONAL STAFF

Abstract

Introduction: Aggression and violence in healthcare facilities is increasing worldwide and is often explained by a stressful environment. Healthcare workers come into relatively close contact with patients who are often affected by their illness, are in a mental and physical disorder and suffering from a sense of helplessness. We analyze through research the issue of aggressive behavior of patients in healthcare facilities.

Methods: We used inductive statistics to verify hypotheses. For most of the variables were chosen the nominals and we used the chi quadratic independence test χ^2 suitable for these variables. Decision on the significance of the differences is based on the calculated p value and the significance level of 0.05.

Results: By analyzing the results we found out that health care workers are confronted with aggression, aggressive behavior of patients, whether reasonably or not, depending on the point of view. The important thing is that they can largely recognize the signs of aggressive behavior. Most of the respondents in the health care facilities where the research was performed is interested in obtaining further information on the issue.

Conclusion: *Healthcare work is a demanding profession, especially nursing work, in terms of professional readiness. Health care professionals have a great deal of professional responsibility, so they need to handle communication with particularly aggressive patient and they must be constantly educated.*

Keywords:

Aggression; Aggressive behavior; An aggressive patient; Medical

Úvod

Súčasná doba je poznamenaná vzostupom stresu, ktorý ovplyvňuje psychiku človeka a medziľudské vzťahy. Dochádza k zvýšenému výskytu násilia, agresivity a brutality. Každá agresia a násilie je prejavom slabosti a neschopnosti riešiť negatívne situácie s úctou k človeku a jeho okoliu. Agresívne správanie ako dôsledok celkovej situácie sa v spoločnosti stáva fenoménom, ktorý v prípade, že mu nebude venovaná dostatočná pozornosť, môže viesť až k tragickým následkom. Ľudia viac riešia svoje problémy pomocou násilia, dôkazom sú médiá preplnené správami o násilných činoch a nie je výnimkou, že agresívne správanie a konanie zasahuje aj do oblasti zdravotníctva. Negatívne dôsledky agresívneho správania sa môžu odrážať na poskytovaní zdravotníckych služieb a tiež znižovať kvalitu poskytovanej starostlivosti. Zvládanie agresívneho správania a konania u pacienta je pre sestry veľmi náročné, stresujúce, vyžadujúce si určitú úroveň vedomosti. Postavenie zdravotníckych pracovníkov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, často krát pri záchrane ľudských životov, nebolo legislatívne posilnené. Právna ochrana zdravotníckych pracovníkov sa posilnila od 1. januára minulého roka, kedy nadobudol účinnosť zákon č. 316/2016 Z.z. o uznávaní a výkone majetkového rozhodnutia vydaného v trestnom konaní v Európskej únii. Uvedeným ustanovením sa rozšíril **status chránenej osoby okrem iných osôb aj na zdravotníckych pracovníkov** pri výkone zdravotníckeho povolania smerujúceho k záchrane života alebo ochrane zdravia. Týmto krokom sa docielil stav, kedy zdravotníckym pracovníkom ako chráneným osobám bude poskytnutá vyššia právna ochrana.

Násilie v zdravotníctve

Odvráteným fenoménom každodenného života v našej spoločnosti je problematika násilia. Jeho zradnosť tkvie v tom, že nepozná hranice geografické ani spoločenské, kultúrne či sociálne. Od počiatku sprevádza násilie dejiny človeka (Schusterová, 2010). Zdá sa, že podobne ako peniaze, sa agresivita a násilie stávajú univerzálnym fetišom a všeobecnou otázkou zaujímajúca takmer všetkých ľudí. Agresivitu a násilie považujeme za spoločensky neželateľné javy a zaraďujeme ich do sociálnej patológie. Násilie a agresivita v zdravotníckych službách sú pomerne aktuálnym fenoménom nielen v zahraničí ale aj na Slovensku. Veľký výskyt násilných incidentov je prevažne na oddeleniach chirurgie, traumatológie či oddeleniach akútnej starostlivosti. Najčastejšie sa terčom násilia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti stávajú sestry, pretože v rámci prvého kontaktu s pacientom trávajú najviac času (Pekara, 2011). Kľúčovou úlohou je zabrániť vzniku agresie a v prípade, že jej nie je možné predísť, je potrebné ju aspoň včas predvídať a tak obmedziť riziká pre zdravotnícky personál i samotného pacienta. Podľa Šebovej je 97% prípadov rozvoja agresívnych signálov v prejavoch chorého a v jeho správaní, túto skutočnosť je treba identifikovať a vhodným zásahom znížiť vzniknuté napätie. Ostražitosť je tiež na mieste u pacientov, ktorí nespolupracujú a slovné vyjadrujú nesúhlas. V prípade, ak sa v priestoroch zdravotníckeho zariadenia nachádza agresívny pacient, je dôležité dbať na bezpečnú vzdialenosť od pacienta a mať možnosť únikového východu. Ak pacient javí známky verbálnej agresie, mali by sa zdravotnícki pracovníci vyvarovať fyzickému kontaktu a snažiť sa zrozumiteľnou, jasnou a vecnou argumentáciou o upokojenie dotyčného. Zároveň sa vyvarovať použitiu podráždeného tónu hlasu, teda lekár i sestra by mali zachovať pokojný tón a uvoľnený postoj. V tejto situácii je

nevyhnutné vyhnúť sa reakciám na pacientove slovné útoky a nevyjadrovať odpor či pohrdanie voči pacientovi (Šeblová, 2013).

Metodika výskumu

Poskytovanie zdravotníckych a ošetrovateľských služieb pacientom je veľmi dôležitá, zodpovedná práca. Pri stretnutí s agresívnym správaním o to náročnejšia. Veľký význam pri starostlivosti sa kladie na dodržiavanie určitých foriem správania a konania zo strany zdravotníkov. Dobré komunikačné schopnosti zdravotníkov v tejto oblasti môžu predísť agresívnemu ataku zo strany pacientov. Vzhľadom k tomu, zámerom výskumu bolo priblížiť problematiku výskytu agresívneho správania pacientov v zdravotníckych zariadeniach. *Na základe cieľa výskumu sme stanovili čiastkové ciele*

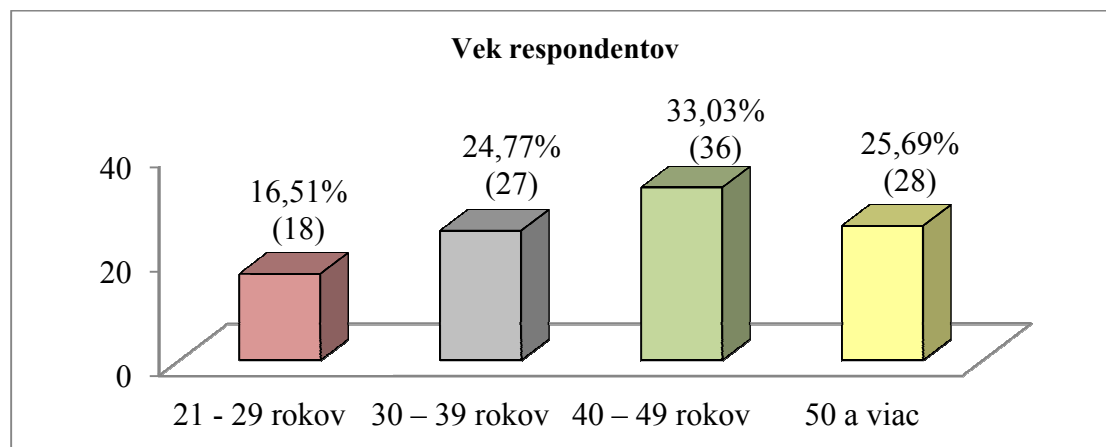
- Zmapovať výskyt agresívneho správania pacientov vo vybraných zdravotníckych zariadeniach
- Analyzovať najčastejšie obete agresie medzi zdravotníckymi pracovníkmi
- Zistiť typ agresie najčastejšie sa vyskytujúci vo vybraných zdravotníckych zariadeniach
- Zmapovať bezprostredné emočné reakcie zdravotníkov po stretnutí s agresiou

Metódy analýzy dát

Výberový súbor v našom výskume tvorili sestry pracujúce na rôznych oddeleniach. Výskumnú vzorku tvorilo 109 respondentov. Išlo o skupinu sestier pracujúcich na chirurgickom oddelení 36 (33%), 31 respondentov (28%) z interného oddelenia, 23 respondentov (21%) z gynekologického oddelenia a 19 respondentov (18%) z detského oddelenia. Výskumnú vzorku sme získali zámerným výberom. V popisnej časti výskumu sme využili nástroje deskriptívnej štatistiky. Získané odpovede sme spracovali prostredníctvom tabuľkového kalkulátora Microsoft Office 2010. Východiskom pre stanovenie výskumných hypotéz bola problematika výskytu agresívneho správania pacientov a ich rodinných príslušníkov v zdravotníckych zariadeniach z pohľadu sestier. K vyhodnoteniu hypotéz sme použili štatistickú metódu Pearsonov chí-kvadrát test nezávislosti, ktorý je vhodný na porovnávanie kvalitatívnych veličín. Rozhodnutie o významnosti rozdielov vykonávame na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti 0,05.

Demografické údaje

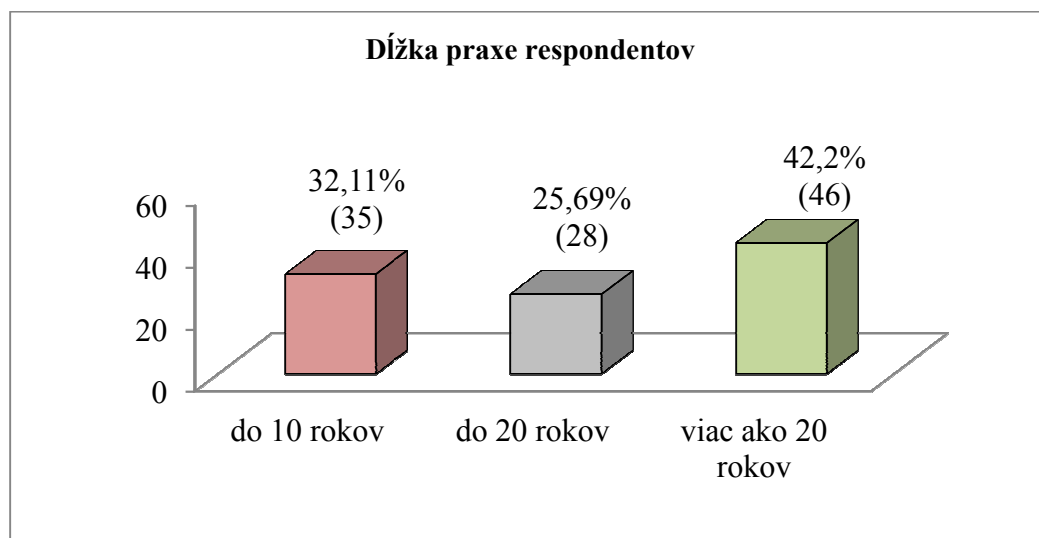
Graf 1 Vek respondentov



Výskumom sme zistili vek respondentov, najpočetnejšou vekovou skupinou je veková kategória od 40 do 49 rokov a to 36 respondentov (33,03%), vek 50 a viac malo 28 respondentov (25,69%), 27

respondentov (24,77%) bolo vo veku od 30 do 39 rokov a najmladšou vekovou skupinou boli 18 respondentí (16,51%) vo vekovej kategórii od 21 do 29 rokov.

Graf 2 Dĺžka praxe respondentov



Z nášho výskumu vyplýva, že z hľadiska celkovej dĺžky praxe pracuje vo svojom odbore viac ako 20 rokov 46 respondentov (42,2%), do 20 rokov 28 (25,69%) sestier a vzorku do 10 rokov tvorilo 35 (32,11%) sestier.

Výsledky výskumu

Vychádzajúc z teoretických poznatkov, hlavného a čiastkových cieľov sme stanovili tieto hypotézy:

1 hypotéza

Obeť agresora súvisí s oddelením hospitalizácie pacienta

Tab. 1 Obeť agresora podľa oddelení

pozorované hodnoty	Obeť agresora						Spolu
	lekár	%	sestra	%	iná obeť	%	
Chirurgické oddelenie	1	14,29	32	36,78	3	20	36
Interné oddelenie	1	14,29	28	32,18	2	13,33	31
Gynekologické oddelenie	1	14,29	14	16,09	8	53,33	23
Detské oddelenie	4	57,14	13	14,94	2	13,33	19
Spolu	7	100	87	100	15	100	109

Výsledky testu zobrazuje tabuľka 1. Hodnota Pearsonovho chi-kvadrátu $\chi^2=32,29665$ je vyššia ako je stanovená kritická hodnota 12,592 pre 6 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Možno teda konštatovať, že obeť agresora čiže pacienta, je rozdielna v závislosti od oddelenia hospitalizácie. Významnosť chi-kvadrátu potvrdzuje aj vypočítaná p-hodnota **0,003579**,

ktorá je pod hladinou významnosti 0,05. Z tabuľky 1 je zrejmé, že na každom oddelení je najčastejšou obeťou sestra. Lekár je najčastejšou obeťou útokov agresora na detskom oddelení 4 (57,14%), sestra na chirurgickom oddelení 32 (36,78%) a inou obeťou ako iný pacient alebo iný zdravotnícky personál je na gynekologickom oddelení 8 (53,33%).

2 hypotéza

Agresori útokov sú rozdielni v závislosti na oddelením kde sú hospitalizovaní

Tab. 2 Agresor podľa oddelení

pozorované hodnoty	Agresor					
	Pracovisko respondentov	Pacient	%	Rodinný príslušník	%	Spolu
Chirurgické oddelenie		28	39,44	8	21,05	36
Interné oddelenie		21	29,58	10	26,32	31
Gynekologické oddelenie		18	25,35	5	13,16	23
Detské oddelenie		4	5,63	15	39,47	19
Spolu		71	100	38	100	109

Tabuľka 5 zobrazuje najčastejšieho agresora pacienta 28 (39,44%) na chirurgickom oddelení a rodinného príslušníka 15 (39,47%) na detskom oddelení. Pohľad na vypočítanú **p-hodnotu 0,000126** a chí kvadrát $\chi^2 = 20,63075$ prezrádza, že existuje súvislosť medzi agresor a oddelením na ktorom sú hospitalizovaní.

3 hypotéza

Prejavy agresie pacientov signalizujúce možné nebezpečenstvo sú rozdielne v závislosti na oddelením kde sú hospitalizovaní

Tab. 3 Prejavy agresie podľa oddelení

pozorované hodnoty	Prejavy agresie						Spolu
	Nervozita	%	Vyhrážanie	%	Zmätenosť	%	
Chirurgické oddelenie	24	48,98	9	20	3	20	36
Interné oddelenie	14	28,57	10	22,22	7	46,67	31
Gynekologické oddelenie	6	12,25	15	33,33	2	13,33	23
Detské oddelenie	5	10,20	11	24,44	3	20	19
Spolu	49	100	45	100	15	100	109

Cieľom tretej hypotézy bolo overiť, či sú prejavy agresie pacientov signalizujúce možné nebezpečenstvo rozdielne v závislosti na oddelením kde sú hospitalizovaní. V tejto hypotéze sme taktiež použili chí – kvadrát test. Na základe výsledkov testovania ($\chi^2 = 17,458688$, $p = 0,007737$) môžeme zamietnuť nulovú hypotézu H_0 a prijať alternatívnu hypotézu, že prejavy agresie

pacientov signalizujúce možné nebezpečenstvo sú rozdielne v závislosti na oddelením kde sú hospitalizovaní. Z tabuľky 3 môžeme konštatovať, že na chirurgickom oddelení sú prejavy agresie u pacientov 24 (48,98%) nervozita, na internom oddelení 7 (46,67%) zmätenosť, na gynekologickom 15 (33,33%) a detskom oddelení 11 (24,44%) sú najčastejšie vyhrážky.

4 hypotéza

Dĺžka praxe respondentov súvisí s formou riešenia napätej situácie na oddelení

Tab. 4 Riešenie napätej situácie podľa dĺžky praxe

Riešenie napätej situácie	Dĺžka praxe respondentov						
	Do 10 r.	%	Do 20 r.	%	Viac ako 20 r.	%	Spolu
Dohovorom	13	37,14	11	39,29	35	76,09	59
Privolaním lekára	19	54,29	11	39,29	9	19,57	39
Privolaním polície	2	5,71	2	7,14	1	2,17	5
Vyhýbam sa kontaktu s agresorom	1	2,86	4	14,29	1	2,17	6
Spolu	35	100	28	100	46	100	109

p hodnota = **0,002445**

$\chi^2 = 20,3037417$

Pri analýze vzťahov medzi dĺžka praxe respondentov a formou riešenia napätej situácie na oddelení bol zistený štatisticky významný rozdiel. Vypočítaná p hodnota je nižšia ako zvolená signifikancia 0,05, na základe výsledkov testovania môžeme tvrdiť, že dĺžka praxe respondentov súvisí s formou riešenia napätej situácie na oddelení. 35 (76,09%) sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach menej ako 10 rokov riešia napätú situáciu na pracovisku dohovorom. 11 (39,29%) sestier s praxou menej ako 20 rokov riešia napätú situáciu najčastejšie taktiež dohovorom a privolaním lekára a 19 (54,29%) sestier s praxou do 10 rokov v prípade agresie privolajú lekára.

5 hypotéza

Dĺžka praxe respondentov súvisí so subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním

Tab. 5 Subjektívne pocity pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním podľa dĺžky praxe

Emócie	Dĺžka praxe respondentov						
	Do 10 r.	%	Do 20 r.	%	Viac ako 20 r.	%	Spolu
Strach	10	9,17	8	7,34	31	28,44	49
Úzkosť	4	3,67	5	4,59	7	6,42	16
Hnev	13	11,92	3	2,75	2	1,84	18
Zvládam bez problémov	3	2,75	9	8,26	3	2,75	15
Neviem posúdiť	5	4,59	3	2,75	3	2,75	11
Spolu	35		28		46		109

Na to, či súvisí dĺžka praxe respondentov so subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním, dáva odpoveď piata hypotéza. Chi kvadrát test $\chi^2 = 33,59254$ medzi dĺžkou praxe respondentov a subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním vyjadruje závislosť. P-hodnota **4,81E-05** potvrdzuje jeho štatistickú významnosť. Z tabuľky 5 vyplýva, že z hľadiska dĺžky praxe sestier viac ako 20 rokov pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním subjektívne pociťujú strach, do 20 rokov najpočetnejšiu skupinu sestier 9 (8,26%) zvláda bez problémov a do 10 rokov praxe 13 (11,92%) pociťuje hnev.

6 hypotéza

Vek respondentov súvisí so subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym, násilným správaním

Tab. 6 Subjektívne pocity pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním podľa veku respondentov

pozorované hodnoty	Vek respondentov								
	21 - 29	%	30 – 39	%	40 – 49	%	50 a viac	%	Spolu
Strach	2	1,84	14	12,84	24	22,02	9	8,26	49
Úzkosť	3	2,75	5	4,59	4	3,67	4	3,67	16
Hnev	9	8,26	3	2,75	3	2,75	3	2,75	18
Zvládam bez problémov	2	1,84	3	2,75	2	1,84	8	7,34	15
Neviem posúdiť	2	1,84	2	1,84	3	2,75	4	3,67	11
Spolu	18		27		36		28		109

Vzhľadom k vypočítanej hodnote **chi kvadrátu 32,29665** sme v hypotéze 6 zistili súvis medzi vekom respondentov a subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym, násilným správaním. Hodnota chí kvadrátu je vyššia ako tabuľková hodnota pre 12 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. Taktiež **p hodnota 0,001245**, ktorá je nižšia ako hladina významnosti **0,05** nám nasvedčuje, že existuje súvislosť medzi jednotlivými položkami. Na základe výsledkov testovania môžeme zamietnuť nulovú hypotézu a **prijatť alternatívnu hypotézu** to znamená že, vek respondentov súvisí so subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym, násilným správaním. Výskumom sme zistili, že najmladšia veková kategória od 21 do 29 rokov pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním 9 (8,26%) pociťuje hnev, od 30 do 39 rokov pociťovali úzkosť 5 (4,59%), od 40 do 49 rokov 24 (22,02%) respondentov pociťovala strach, a najstaršia veková kategória 50 a viac zvládala to bez problémov 8 (7,34%).

Diskusia

Celá naša spoločnosť i svet okolo nás je plný násilia. Je dôležité zaoberať sa problematikou násilia, agresivity v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti, pretože násilie v zdravotníctve znižuje kvalitu a efektivitu starostlivosti. Zdravotnícky pracovníci sú oproti iným pracoviskám vystavení veľkému riziku násilia. Tento problém tiež negatívne ovplyvňuje psychologickú i sociálnu pohodu sestier. Prípadov, kedy sa zdravotnícki pracovníci pri výkone svojho povolania stavajú obeťmi vyhrážania, verbálnej, či fyzickej agresie zo strany pacientov a ich príbuzných má stúpajúcu tendenciu aj napriek tomu, že od 1. Januára 2017 sa rozšíril status chránenej osoby okrem iných osôb aj na

zdravotníckych pracovníkov, kedy ako chráneným osobám by mala byť poskytnutá vyššia právna ochrana. Vzhľadom k týmto skutočnostiam, zámerom výskumu bolo priblížiť problematiku výskytu agresívneho správania pacientov v zdravotníckych zariadeniach. Na základe cieľa výskumu sme zisťovali výskyt agresívneho správania pacientov vo vybraných zdravotníckych zariadeniach, najčastejšie obeť agresie medzi zdravotníckymi pracovníkmi, typy agresie vyskytujúce sa vo vybraných zdravotníckych zariadeniach a bezprostredné emočné reakcie zdravotníkov po stretnutí s agresiou. Výskumu sa zúčastnilo 109 respondentov vybraných oddelení. Náš výskum tvorili iba sestry, ktoré sa stretli s agresívnym pacientom, alebo rodinným príslušníkom. Najpočetnejšou vekovou skupinou je kategória od 40 do 49 rokov a to 36 respondentov (33,03%), vek 50 a viac malo 28 respondentov (25,69%), 27 respondentov (24,77%) bolo vo veku od 30 do 39 rokov a najmladšou vekovou skupinou boli 18 respondenti (16,51%) vo vekovej kategórii od 21 do 29 rokov. Z hľadiska dĺžky praxe pracuje vo svojom odbore viac ako 20 rokov 46 sestier (42,2%), do 20 rokov 28 (25,69%) sestier a vzorku do 10 rokov tvorilo 35 (32,11%) sestier. Po analýze dotazníkov rozdанных respondentom vo vybraných zdravotníckych zariadeniach sme dospeli k skutočnostiam, ktoré nám pomohli objasniť 6 hypotéz. V prvých troch hypotézach sme overovali, či typ agresora, obeť agresora a prejavy agresie pacientov signalizujúce možné nebezpečenstvo súvisí s oddelením kde sú hospitalizovaní. V ďalších 2 hypotézach sme analyzovali dĺžku praxe respondentov v súvislosti s formou riešenia napätej situácie na oddelení a subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním. A v poslednej hypotéze sme zisťovali, či vek respondentov súvisí so subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym, násilným správaním. Zistili sme, že typ agresora, obeť agresora a prejavy agresie pacientov signalizujúce možné nebezpečenstvo súvisí s oddelením. Ďalej sme výskumom dospeli, že dĺžka praxe respondentov súvisí s formou riešenia napätej situácie na oddelení a subjektívnym pocitom pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním. Pri veku respondentov sme zistili rozdiel v subjektívnych pocitoch sestier pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním.

Taktiež z Kubalíkovej výskumu je zrejme, že až 93% respondentov sa stretlo s agresívnym správaním pacienta uvádza, že častejším agresorom, ktorého respondenti uviedli bol pacient a to 79%, a rodinného príslušníka označilo 19% respondentov (Kubalíková, 2012). Sestra je povolanie, ktoré sa stále spája so ženou, možno aj práve preto sú častejšie obeťou agresívneho správania ako zo strany pacientov tak aj ich príbuzných. Tento fakt vyplýva aj z výskumu Jágerovej, ktorá zistila, že až 80% sestier je ohrozených agresiou a útokmi zo strany pacientov a ich príbuzných (Jágerová, 2013). Aj náš výskum nám to potvrdzuje, že najčastejšie ohrozenou skupinou agresívnym správaním zo strany pacientov ako aj ich príbuzných sú sestry. Dobiášová vo svojom prieskume uvádza, že najčastejšou bezprostrednou emočnou reakciou na agresivitu pacientov je zlosť a to takmer 30% uviedlo túto reakciu a strach uvádza takmer 23% respondentov (Dobiášová, 2016). V našom výskume z hľadiska dĺžky praxe sestier viac ako 20 rokov pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním subjektívne pociťujú 31 (28,44%) strach, do 20 rokov najviac sestier 9 (8,26%) sestier to zvláda bez problémov a do 10 rokov praxe 13 (11,92%) pociťuje hnev. Podľa veku respondentov, najmladšia veková kategória od 21 do 29 rokov pri kontakte s pacientom s agresívnym správaním 9 (8,26%) respondentov pociťuje hnev, od 30 do 39 rokov pociťovali úzkosť 5 (4,59%), od 40 do 49 rokov 24 (22,02%) respondentov pociťovala strach, a najstaršia veková kategória 50 a viac zvládala to bez problémov 8 (7,34%). Kejíková skúmala ako respondenti riešia napäté situácie, z jej šetrenia vyplýva, že 92 % respondentov zavolá lekára, dohovor zvolilo 86 % a 12% respondentov sa vyhýba kontaktu, rovnako 12 % privolá políciu (Kejíková, 2013). Z nášho výskumu vyplýva, že 35 (76,087%) sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach menej ako 10 rokov riešia napätú situáciu na pracovisku dohovorom. 11 (39,29%) sestier s praxou menej ako 20 rokov riešia napätú situáciu najčastejšie dohovorom a privolaním lekára a 19 (54,2857%) sestier s praxou do 10 rokov v prípade agresie privolajú lekára.

Na základe našich výsledkov a zistení výskumu navrhujeme odporúčania pre prax.

Pre sestry:

- pravidelné školenia v oblasti komunikácie s agresívnym pacientom
- zvládať zásady komunikácie s agresívnym pacientom ako verbálnej tak neverbálnej
- poznať zásady pristupovania k agresívnemu pacientovi a uplatňovať ich v praxi
- vystupovať pokojne a profesionálne
- osvojiť si príznaky varovných signálov agresora, fyzické aj verbálne

Pre manažment:

- zabezpečiť dostatok technického vybavenia na pracovisku na ochranu zdravotníckych pracovníkov pri ošetrovaní agresívneho pacienta
- zabezpečiť v zdravotníckych zariadeniach vlúdne prostredie pomocou bytového zariadenia
- podporiť zdravotníckych pracovníkov pri získavaní zručností, ktoré sú potrebné pri ošetrovaní agresívneho pacienta formou seminárov
- vypracovať edukačné materiály, ktoré budú slúžiť zdravotníkom pri zvládaní agresívnych pacientov
- oboznámiť zdravotníckych pracovníkov s technikami v prevencii zvládania agresívnych pacientov.

Záver

Výskyt agresivity je aktuálna téma a zaoberať sa touto problematikou bude prínosné pretože situácia v zdravotníctve je náročná. Nemocnice zápasia s nedostatkom zdravotníckeho personálu, nielen sestier, ale aj lekárov, dôvodom môže byť nedostatočné finančné ohodnotenie a pri nedostatku personálu vedie miera prepracovanosti k zhoršeniu medziľudských vzťahov. Na jednej strane stojí zdravotnícky pracovník na druhej strane pacient, ktorý si myslí, že sa mu nedostáva dostatočná starostlivosť. Práve v takýchto situáciách dochádza často ku konfliktom až agresivite. Stretnutie s pacientom, ktorý je agresívny je pre zdravotníka stále nepríjemným zážitkom, nech už je iba pozorovateľom, alebo priamym účastníkom incidentu. Terčom násilia v zdravotníckom zariadení sa najčastejšie stávajú sestry, čo vyplýva aj z nášho prieskumu. Možno je to predovšetkým tým, že práve sestry trávia s pacientom najviac času od chvíle príchodu do zdravotníckeho zariadenia. Práca v zdravotníctve je z hľadiska odbornej pripravenosti náročným povoláním, obzvlášť práca sestier. Zdravotnícky pracovníci nesú veľkú profesionálnu zodpovednosť, je preto potrebné aby zvládali komunikáciu s pacientom obzvlášť agresívnym a mali by sa neustále vzdelávať.

Použitá literatúra:

DOBIÁŠOVÁ, V. (2016). *Komunikace zdravotníckych pracovníků s agresivním pacientem* diplomová práca. Prešov : Vysoká škola medzinárodného podnikania ISM Slovakia v Prešove, 2016. 83 s.

GURANIČOVÁ, M. (2018). *Agresívny pacient v ošetrovateľskej praxi* : bakalárska práca. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava - Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl.P.P.Gojdiča a V. Hopku, Spišská Nová Ves – Prešov. 2018. 53 s.

JÁGEROVÁ, J. (2013). *Agresivita pacientov z ošetrovateľského hľadiska* : diplomová práca. Prešov: VŠZaSP sv. Alžbety, 2013. 88 s.

KEJÍKOVÁ, V. (2011). *Agresívni pacient v ošetrovateľskej praxi* : bakalárska práca. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotníckych vied Ústav ošetrovateľství, 2011. 62 s.

KUBALÍKOVÁ, M. (2012). *Agresívny pacient v zdravotníckom zariadení*: diplomová práca. Ružomberok : Katolícka Univerzita v Ružomberku Fakulta Zdravotníctva, 2012. 91 s.

PEKARA, J. (2011). Proč dochází k násilným incidentům při ošetřování pacientu?. In *Florence*. [online]. č. 1-2/2014. [citované 2018-01-16]. s. 21-22. Dostupné na internete:<https://issuu.com/ambitmedia/docs/web_florence_1-2_14>.

SCHUSTEROVÁ, I. (2010). *Násilie, jeho variabilita, obete a možnosti riešenia*. Trnava: Filozofická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave, 2010. s. 131. ISBN 978-80-8082-411-2.

ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J. a kol. (2013). *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2013. 416 s. ISBN 978-80-247-4434-6.

Korešpondencia:

PhDr. Maria Popovičová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Partizánska 23, Michalovce 071 01, Slovenská republika
majapopovicova7361@gmail.com

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Partizánska 23, Michalovce 071 01, Slovenská republika
vansac.p@gmail.com

ALGORITMY SUBKUTÁNEJ APLIKÁCIE IMUNOGLOBULÍNOV

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FZO, PU v Prešove

Súhrn:

Subkutánná aplikácia imunoglobulínov je liečebnou alternatívou pri primárnych a sekundárnych imunodeficienciách. Ide o narušenie homeostázy organizmu so závažnými klinickými dôsledkami. Substitučná liečba ovplyvňuje klinický priebeh imunodeficiencií, avšak celoživotná liečba obmedzuje a znižuje kvalitu života. Manažment subkutánej liečby môže zvládnuť pacient sám v domácom prostredí. Vedomosti a manuálne zručnosti sú nevyhnutnosťou, aby mohol byť samostatný. V príspevku popisujeme algoritmy subkutánej aplikácie imunoglobulínov.

Kľúčové slová:

Imunitný systém; Imunodeficiencia; Imunoglobulín; Subkutánne; Aplikácia

ALGORITHMS OF SUBCUTANEOUS ADMINISTRATION OF IMMUNOGLOBULINS

Summary:

Subcutaneous administration of immunoglobulins is a therapeutic alternative for primary and secondary immunodeficiency. This is a disruption of the body's homeostasis with serious clinical consequences. Substitution treatment affects the clinical course of immunodeficiency, but lifelong treatment limits and reduces quality of life. Management of subcutaneous treatment can manage the patient alone in the home environment. Knowledge and managerial skills are essential to being independent. The paper describes algorithms for subcutaneous immunoglobulin administration.

Keywords:

Immune system; Immunodeficiency; Immunoglobulin; Subcutaneously; Administration

Úvod

Imunitný systém je pokladaný za jeden z najdôležitejších systémov organizmu, ktorý zaisťuje homeostázu (Petánová, 2007). Imunitný systém je obrannou bariérou organizmu. Základnou funkciou je rozlišovanie nebezpečných podnetov ako patogénne organizmy, poškodené alebo nádorovo zmenené bunky od neškodných podnetov a zároveň na tieto podnety primerane reagovať (Čižnár, 2006).

Imunodeficiencia je stav, ktorý vyplýva z chýbania alebo nedostatočnej funkcie niektorej zo zložiek imunitného systému, ktorá sa v klinickom obraze prejaví zvýšenou senzibilitou na infekcie, zvýšeným výskytom autoimunitných prejavov alebo lymfoproliferatívnym ochorením (Čižnár, 2006).

Imunodeficiencie môžu byť primárne alebo sekundárne. Primárne imunodeficiencie sú špecifickou a zároveň veľmi heterogénnou skupinou ochorení. V súčasnosti je zadefinovaných 270 klinických jednotiek, ktorých podstatou je imunodeficit ako dôsledok primárneho defektu v imunitnom systéme. Ide o zriedkavé ochorenia, ich prevalencia sa odhaduje na 1 prípad na 2000 až 1200 jedincov bežnej populácie. Mnohí pacienti ostávajú bez správnej diagnózy. Oneskorenie diagnózy oddiaľuje efektívnu liečbu a zvyšuje riziko organového poškodenia. Liečebné náklady primárnych imunodeficiencií nie sú nízke, ale ekonomické analýzy poukazujú na nákladnú liečbu komplikácií a dlhodobých následkov. Celosvetovým problémom je oneskorenie diagnózy. Účinnou

a relatívne lacnou metódou je kontinuálne zvyšovanie povedomia lekárov o tejto problematike, čo pomáha usmerniť pacientov na ciele imunologické vyšetrenie v špecializovaných ambulanciách (Čižnár, 2015).

Sekundárne imunodeficiencie sú spôsobené faktormi mimo imunitného systému. Príčiny sekundárnych imunodeficitov môžu spočívať v patologických dejoch v organizme alebo mimo neho. Môže ísť o infekcie, lieky, lymforetikulárne malignity, poruchy výživy metabolické ochorenia, traumy a syndrómy spojené so stratou bielkovín (Čižnár, 2008).

Liečba imunodeficientných stavov spočíva v substitúcii imunoglobulínmi, čo redukuje riziko infekčných komplikácií. Imunoglobulíny (ďalej Ig) sú glykoproteíny živočíšneho pôvodu zložené z polypeptidických reťazcov, obsahujúcich približne 220 aminokyselín (Strašík, 2014).

Liečba imunoglobulínom vždy určitým spôsobom zasahuje do imunitného systému, tento zásah je buď substitučný, kedy sa podáva priemerná dávka 300 - 600mg/kg/mesiac, imunosupresívny v prípade vysokých dávok a imunomodulačný pri podávaní nízkych dávok (Jeseňák, Bánovčín, 2016).

Podávanie Ig je indikované pri liečbe primárnych imunodeficiencií, pri prevencii bakteriálnych infekcií u pacientov s hypogamaglobulinémiou a opakujúcimi sa infekciami pri chronickej lymfoblastickej leukémii. Podávajú sa ako prevencia infekcie – zápal pľúc a akútnej reakcie štetu proti hostiteľovi po transplantácii kostnej drene. Kvôli zníženiu výskytu závažnej bakteriálnej infekcie u detí s HIV, aj ako prevencia vzniku koronárnych aneurýziem u pacientov s Kawasakiho chorobou (Kovács et al., 2012).

Subkutánna substitúcia imunoglobulínov je efektívna a bezpečná alternatíva k intravenózne aplikácii. Účinnosť je pri oboch modalitách porovnateľná, rozdiel je v bezpečnostnom profile a vo výskyte systémových nežiaducich účinkov. Liečbu možno aplikovať v domácich podmienkach (Jeseňák, Bánovčín, Plavnická, Straková, 2013).

V súčasnosti poznáme minimálne tri variácie subkutánnej (ďalej s.c.) aplikácie imunoglobulínov. Tradičným podávaním je podanie prostredníctvom injektomatu/pumpy, striekačky a ihly určenej na s.c. aplikáciu. Vo väčšine prípadov sú infúzne pumpy prepožičiavané pacientom farmaceutickými firmami. Ďalšou možnosťou je aplikačná metóda „rapidpush“ (rýchle stlačenie) bez využitia pumpy a najnovšou možnosťou je facilitovaná subkutánna imunoglobulínová liečba – fSClg, s použitím rekombinantnej ľudskej hyaluronidázy (Jeseňák, Bánovčín, 2016).

Pre subkutánnu aplikáciu imunoglobulínov sú podľa ŠÚKL (Štátny ústav pre kontrolu liečiv) v Slovenskej republike registrované tri Ig – prípravky, a to Subcuvia, Hizentra a HyQvia.

Subcuvia je imunoglobulínový prípravok s koncentráciou 16% IgG. Podáva sa primárne s.c., no je možné ju podať aj intramuskulárne (ďalej i.m) (Baxter International Inc., 2015).

Hizentra – je imunoglobulínový prípravok s koncentráciou 20% IgG (European medicines agency, 2016).

HyQvia – je kombinovaný prípravok skladajúci sa z dvojitej liekovky. Balenie HyQvie sa skladá z jednej injekčnej liekovky normálneho ľudskeho imunoglobulínu v koncentrácií 10% - 100 mg/ml a jednej injekčnej liekovky rekombinantnej ľudskej hyaluronidázy (Shire, US Inc., 2016).

Každá krajina si používanie metódy s.c. liečby imunoglobulínom prispôsobila svojim podmienkam poskytovania zdravotnej starostlivosti. Na Slovensku sa Ig – prípravky určené na aplikáciu s.c. cestou podávajú buď bez využitia infúzných púmp, a to metódou "rapidpush" alebo s ich využitím. V nedávnej dobe Európska komisia schválila používanie preinfúzií s hyaluronidázou k zvýšeniu objemu imunoglobulínov v jednej s.c. infúzii. Otvárajú sa tak nové možnosti pre imunodeficitných pacientov a ich lekárov do budúcnosti (Chapel, Gardulf, 2014).

Úspešnosť programu domácej liečby pre pacientov na subkutánných imunoglobulínoch (ďalej SCIg) závisí od viacerých faktorov, vrátane správneho vzdelávania pacientov a riadenia očakávaní pacientov (Maarschalk-Ellebroek et al., 2011). Pacienti s ochorením typu primárnej alebo sekundárnej imunodeficiencie sa stretávajú s chronickým ochorením vyžadujúcim celoživotnú substitučnú liečbu. V stratégií zvládania tejto situácie hrajú veľmi dôležitú úlohu zdravotnícke a ošetrovateľské tímy (Chapel, Gardulf, 2014).

Subkutánne podávanie liečivých prípravkov predstavuje menej častý, ale veľmi významný parenterálny spôsob podávania liečivých látok do podkožného tkaniva s krvnými a lymfatickými kapilármi, z ktorých sa liečivo ďalej vstrebáva. Rýchlosť absorpcie v podkožnom tkanive je pomerne nízka a je veľmi závislá od aplikačného miesta a jeho fyziologických i fyzikálno-chemických vlastností. V porovnaní s intravenóznou (ďalej i.v.) aplikáciou liečiv predstavuje podkožná aplikácia liečiv menej invazívnu metódu. Vzhľadom k nízkej proteolytickej aktivite podkožného tkaniva je možná aplikácia liečivých látok najmä proteínovej povahy a liečiv s povahou peptidov. Jedná sa predovšetkým o hormonálne prípravky (analógy, inzulíny, folikulo-stimulujúce hormóny, rastové hormóny), interferóny, humánne protilátky – IgG, antikoagulancia, vakcíny a antigény v terapii alergie. Touto cestou sa aplikujú aj injekcie a infúzie, ktoré nie je možné podávať perorálnou cestou (Mašková, Kubová, 2014).

Relatívnou kontraindikáciou SCIg liečby je ťažká trombocytopenia, krvácavé poruchy, liečba antikoagulanciami, rozsiahle ekzémy a obmedzenie subkutánneho tkaniva (Wasserman, 2012).

V súčasnosti existujú najmenej tri modifikácie s.c. aplikácie imunoglobulínov.

1. Tradičným podávaním je podanie prostredníctvom injektomatu/pumpy, striekačky a ihly určenej na s.c. aplikáciu. Vo väčšine prípadov sú infúzne pumpy prepožičiavané pacientom farmaceutickými firmami.
2. Ďalšou možnosťou je aplikačná metóda „rapidpush“ (rýchle stlačenie) bez využitia pumpy.
3. Najnovšou možnosťou je facilitovaná subkutánná imunoglobulínová liečba – fSCIg, s použitím rekombinantnej ľudskej hyaluronidázy (Jeseňák, Bánovčin, 2016).

Podávanie pomocou injektomatu a infúznej pumpy vyžaduje určitú technickú zručnosť pacienta. Lekár stanovuje rýchlosť podávania infúzie pomocou pumpy, eventuálne maximálnu rýchlosť na jednu pumpu (Šedivá, 2014). Odporúčaná počiatočná aplikačná rýchlosť je 10ml/h, pri každej ďalšej aplikácii je možné rýchlosť zvýšiť o 1-2ml/h. Maximálna rýchlosť na jednu pumpu je 20 ml/h počas prvých podaní (Králičková et al., 2014). Následne po zaučení aj s vyššou rýchlosťou 30-35 ml/h (Šedivá, 2014). Ak je potrebná vyššia dávka, je možné aplikovať imunoglobulíny do viacerých miest súčasne. Do jedného miesta pri aplikácii je odporúčaný maximálny objem 5-20 ml, ktorý je podľa preferencií pacienta možné korigovať. Vzdialenosť medzi dvoma aplikačnými miestami by mala byť minimálne 5cm. Časové rozmedzie pri podávaní by nemalo prevýšiť 90minút (Strašík, 2014).

Bežný SCIg sa zvyčajne podáva pomocou injektomatu alebo infúznej pumpy, ako je Crono PID 50, McKinley T34, Freedom 60, Graseby MS16, CADD-Prizm a CADD-Plus (Haddad, Barnes, Kafal, 2012).

Všetky z nich vyžadujú, aby bol imunoglobulín natiahnutý do 20 alebo 50 ml injekčnej striekačky z jednej alebo viacerých liekoviek (Ponsford et al., 2015).

Alternatívou IgG liečby pomocou infúznej pumpy je rýchlejšie s.c. podávanie pomocou striekačky a motýlikovej ihly bez pumpy (Maarschalk-Ellebroek et al., 2011). K aplikácii sa využíva motýliková ihla s veľkosťou 23-25G a 12ml striekačka (Shapiro, 2010). Maximálna rýchlosť tejto aplikačnej metódy je 1-2ml/min, hoci niektorí pacienti sú schopní tolerovať aj rýchlejšie podávanie. Maximálny objem aplikovaný na jedno miesto je 20-30ml. Pri tejto metóde je variabilita IgG hladín v sére minimálna pri 60-70% biologickej dostupnosti (Jeseňák, Bánovčin, 2016).

Novinkou v liečbe imunodeficientných stavov je forma liečby, pri ktorej sa s.c. podáva hyaluronidáza pred aplikáciou 10% - ného imunoglobulínu (Šedivá, 2014). V prvom kroku sa aplikuje hyaluronidáza, potom bežný Ig – prípravok, ktorý je používaný na i.v. podanie. Obe komponenty sú podávané infúznou pumpou. Interval podania je jedenkrát za 3-4 týždne. Doba aplikácie je kratšia v porovnaní s IVIg a celkové vedľajšie účinky sú menej časté. Reakcie sú porovnateľné s klasickým s.c. podaním (Králičková, 2014).

Hyaluronidáza je enzým, ktorý štiepi kyselinu hyalurónovú a látky tvoriace základ medzibunkovej hmoty spojivových tkanív. Aplikáciou hyaluronidázy do podkožia sa zvyšuje priepustnosť tkanív a urýchľuje sa tak resorpcia s.c. podávaných liečiv. Tento postup výrazne zvyšuje množstvo dávky imunoglobulínu, ktorá je podávaná s.c., tým sa zvýši aj interval medzi ďalšími aplikáciami (Šedivá, 2014).

Počas podávania imunoglobulínov subkutánne sa môžu vyskytnúť nežiaduce reakcie. V nasledujúcej časti uvádzame intervencie sestry pri výskyte nežiaducich reakcií.

1. **Lokálne svrbenie.** Vhodné je aplikovať studený zábal (nepoužívať chladené gélové vrecúško priamo na pokožku). Pre budúce infúzie je nutné zvážiť: použitie dlhšej ihly, zníženie objemu aplikovaného na jedno miesto a postupné zvyšovanie objemu aplikovaného na jedno miesto, uistiť sa, že bola použitá technika suchého zasunutia ihly.
2. **Začervenanie.** Pri začervenaní aplikujeme studený alebo teplý zábal, v závislosti od toho, čo pacientovi pomáha. Rovnako dôležité je zvážiť podráždenie z pásky alebo lepidla a zmeniť výrobok. Pacienta uistíme, že s každou nasledujúcou infúziou sa má znížiť začervenanie.
3. **Pálenie.** V prípade potreby zastavíme prietok katétrom na 5-10 minút. Znížime rýchlosť infúzie, aplikujeme studený obklad, snažíme sa rozptýliť pacienta, zvážime odstránenie ihly a jej nahradenie na inom mieste, vyhodnotíme umiestnenie ihly, pretože ihla môže byť aplikovaná i.m., namiesto podkožnej aplikácie. Zvážiť použitie kratšej ihly a vhodnosť antiseptika, ktoré sa používa na dezinfekciu pokožky.
4. **Opuch.** Pri aplikácii SCIg je vždy určitý stupeň opuchu, keďže pacient prijíma v infúzií určité množstvo kvapaliny do podkožia. Ak je opuch výrazný, aplikujeme teplé zábal na 5-10 minút, jemne premasírujeme miesto aplikácie, pohyb zmierni opuch, napr. ak miesto aplikácie je na nohách chôdza pomôže zmobilizovať tekutinu.
5. **Žihľavka.** Pri tejto reakcii je nutné zastaviť infúziu SCIg, kontaktovať lekára, ktorý poskytne ďalšie pokyny a inštruuje, či je vhodné pokračovať v podávaní infúzie. Zvyčajne sa odporúča aplikovať antihistaminikum.
6. **Vyrážky. Pri výskyte takejto reakcie** zastavíme infúziu SCIg, kontaktujeme lekára, ktorý informuje o ďalšom postupe. Rovnako je potrebné prehodnotiť prípadnú citlivosť na náplast alebo latex.
7. **Diskomfort.** Ak pacient cíti diskomfort, spomalíme infúziu. Pacient môže pociťovať silnú bolesť ak je napríklad ihla aplikovaná i.m., preto odstránime ihlu a zmeníme miesto aplikácie. Teplé obklady, jemné premasírovanie miesta aplikácie, môžu príznaky zmierniť. Ak je bolesť výraznejšia, aplikujeme analgetiká (IDF, 2016).

Záver

Liečba imunodeficiencií zaznamenala v posledných rokoch rozvoj poznatkov s dosahom na kvalitu života pacienta. Subkutánna aplikácia imunoglobulínov je komfortná a efektívna alternatíva celoživotnej liečby. Kontinuálne vzdelávanie a zvyšovanie povedomia o tejto problematike umožňuje zvyšovať úspešnosť liečby závažných klinických stavov a pozitívne ovplyvňovať prognostické vízie pacienta.

Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 029PU-4/2017- Inovácia predmetu Ošetrovateľské postupy I a II – vytvorenie modulového vzdelávacieho programu.

Použitá literatura:

BAXTER International Inc. (2015) Příbalová informace: Informace po uživatele. [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <http://www.sukl.cz/download/pil/PI28027.pdf>

ČIŽNÁR, P. (2006) Primárne poruchy imunitného systému – ich diagnostika a liečba. In *Via Practica* [online]. Roč. 3(3), s. 120-124 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=32&magazine_id=

ČIŽNÁR, P. (2008) Primárne imunodeficiencie a pohľad do činnosti imunitného systému. In *Pediatr. Prax.*, 2008, roč. [online]. Roč. 9, č.4, s.192-197. ISSN 1336-8168

ČIŽNÁR, P. (2015) 5. sympóziu o primárnych imunodeficienciách – správa o konaní vzdelávacieho podujatia. In *Via pract.*, 2015, roč. 12, č. 3, s. 129-130. ISSN 1336-4790

EMA – European medicines agency (2016) Hizentra normálny ľudský imunoglobulín. [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.ema.europa.eu/docs/sk_SK/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002127/WC500107057.pdf

CHAPEL, H., GARDULF, A. (2014) Subkutánní imunoglobulínová léčba – zkušenosti v Evropě. In *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology/CS* [online]. Vol. 11, p. 37-42 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <http://www.prolekare.cz/pdf?id=48667>

HADDAD É., BARNES, D., KAFAL, A. (2012) Home therapy with subcutaneous immunoglobulins for patients with primary immunodeficiency diseases. In *Transfusion and Apheresis Science*. [online]. Vol. 46(3), p. 315–321 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: [http://www.trasci.com/article/S1473-0502\(12\)00074-2/fulltext](http://www.trasci.com/article/S1473-0502(12)00074-2/fulltext)

IDF – Immune deficiency foundation - Guide for nurses (2016) Immunoglobulin therapy for primary immunodeficiency diseases. 4. edition. [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://primaryimmune.org/sites/default/files/publications/IDF-Guide-for-Nurses-4th-Edition.pdf>

JESEŇÁK, M., BÁNOVČIN, J. (2016) Skúsenosti s metódou rapid-push na Slovensku. In *Klinická imunológia a alergológia*. Bratislava: BONUS C.C.S., Zv.26, č. 1(2016) s. 40. ISSN 1335-0013

JESEŇÁK, M., BÁNOVČIN, P., PLAVNICKÁ, I., STRAKOVÁ, J. (2013) Subkutánne imunoglobulíny v liečbe primárnych imunodeficiencií v detskom veku. In *Pediatrica*, 2013, roč. 8, č.3, s. 131-137. ISSN 1336-863X

KOVÁCS, L. et al. (2012) Intravenózne imunoglobulíny a ich imunomodulačný účinok v pediatrii. In *Pediatr. prax* [online]. Roč. 13(2) s. 65-70 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: http://www.pediatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5642&magazine_id=4

KRÁLIČKOVÁ, P. et al. (2014) Imunoglobulinová substituční léčba u nemocných s primárními imunodeficity. In *Faktory pro život*. Roč. 2, č. 1, s. 9-14. ISSN: 2336-1557

MAARSCHALK-ELLEBROEK, L., J. et al. (2011) Immunoglobulin treatment in primary antibody deficiency. In *International Journal of Antimicrobial Agents*. [online]. Vol. 37(5), p. 396-404 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: [http://www.ijaaonline.com/article/S0924-8579\(10\)00553-4/fulltext](http://www.ijaaonline.com/article/S0924-8579(10)00553-4/fulltext)

MAŠKOVÁ, E., KUBOVÁ, K. (2014) Subkutánní aplikace léčiv – přehled a výhody podání. In *Remedia* [online]. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <http://www.remédia.cz/Clanky/Lekove-formy/Subkutanni-aplikace-leciv-prehled-a-vyhody-podani/6-H-1Nb.magarticle.aspx>

PETANOVÁ, J. (2007) Vliv Prostředí na imunitní systém. In *Med. Pro Praxi*, 2007, roč. 4, č. 6, s. 256-258. ISSN 1214-8687

PONSFORD, M. et al. (2015) Facilitated subcutaneous immunoglobulin (fSCIg) therapy – practical considerations. In *Clinical & Experimental Immunology*. [online]. Vol. 182(3), p. 302–313 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26288095>

SHAPIRO, R. (2010) Subcutaneous immunoglobulin therapy by rapid push is preferred to infusion by pump: a retrospective analysis. In *Journal of Clinical Immunology*. [online]. Vol. 30(2), p. 301-307. [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20082124>

STRAŠÍK, S. (2014) Imunoglobulíny a jejich terapeutické použití. In *Praktické lékařství* [online]. Roč. 10, č.6, s. 233-237 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2014/06/10.pdf>

ŠEDIVÁ, A. (2014) Imunoglobulíny v léčbě imunodeficiencií. In *Remedia* [online]. Roč. 24(3), s. 163-170 [cit. 2018-2-16]. ISSN 0862-8947. Dostupné na internete: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2014/3-2014/Imunoglobuliny-v-lecbe-imunodeficienci/e-1AD-1Gb-1Gf.magarticle.aspx>

WASSERMAN, R., L. (2012) Progress in gamaglobulin therapy for immunodeficiency: from subcutaneous to intravenous infusions and back again. In *Journal of Clinical Immunology*. [online]. Vol. 32(6), p. 1153–1164 [cit. 2018-2-16]. Dostupné na internete: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10875-012-9740-x>

Korešpondencia:

PhDr. Terézia Fertalová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove

Partizánska 1

080 01 Prešov

terezia.fertalova@unipo.sk

ETICKÉ A PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY PÉČE U HIV POZITIVNÍCH

Mgr. Veronika Kulířová

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství 1. LF UK

Souhrn:

Počet osob s infekcí způsobené lidským virem imunodeficiencie (Human Immunodeficiency Virus, HIV) v České republice stále stoupá. Onemocnění HIV infekcí je však již dnes bráno odborníky spíše za chronické onemocnění. Důvodem tohoto úspěchu je léčba antiretrovirotiky. Je však potřeba absolutní spolupráce ze strany pacienta. Infekce neohrožuje však jen oblast zdraví, ale také společensky stigmatizuje a přináší mnoho dalších stresujících faktorů, jako je možnost práce nebo sociální izolace. Proto může být vzdělaná sestra pro HIV pozitivní pacienty pomocníkem.

Klíčová slova: HIV infekce, adherence, diskriminace, sestra

Summary:

A number of people with human immunodeficiency virus infection (Human Immunodeficiency Virus, HIV) are still rising in the Czech Republic. Specialists already now consider HIV to be a chronic illness. The reason for this success is antiretroviral therapy. However, there is need for absolute patient co – operation. HIV infection does not compromise only the area of health but it also socially stigmatizes those who suffer from it and brings about many others stressors such as the possibility of work, social isolation. A nurse can play a positive role in helping the Hiv-positive patients.

Key words: HIV infection, adherence, discrimination, nurse

Úvod

V České republice bylo dle statistických údajů Národní referenční laboratoře pro AIDS k 30. 4. 2018 diagnostikováno 3.238 HIV pozitivních osob. HIV infekce je dnes specialisty v této problematice brána spíše jako chronické onemocnění. Pokud je HIV infekce včas odhalena a léčena je možno prožít desítky let kvalitního života a pacienti ani nemusí přejít do stadia AIDS. Mnoho pacientů, kteří se žijí s HIV infekcí desítky let a dožívají se dokonce i seniorského věku (Jilich, Kulířová 2014).

Ještě před několika desítky let, bez možnosti antiretrovirové léčby, byla prognóza onemocnění špatná. Po několika letech onemocnění přecházeli pacienti do stadia AIDS a zanedlouho umírali. Toto onemocnění bylo celosvětovým „strašákem“ lidské společnosti. HIV pozitivní pacienti se museli smířit se svým onemocněním, nedobrou prognózou, ale zároveň stigmatizací ze strany společnosti. Tato diskriminace však bohužel přetrvává i v dnešní době a důvodem je malá informovanost společnosti o cestách přenosu a velmi nízkém riziku přenosu léčených pacientů (Černý, Machala 2007).

Vlastní text

Přenos infekce HIV se uskutečňuje třemi cestami (sexuálním stykem, krevní cestou a vertikálním přenosem). V České republice dochází k přenosu převážně sexuálním stykem a infekce virem HIV se týká především mladé a střední generace, kterým onemocnění ovlivní jejich partnerský, pracovní a produktivní život (Rozsypal 2015).

První psychický šok většinou přichází sdělením po sdělení diagnózy. Obvykle se u nově odhalených pacientů rozvine stresová reakce, úzkost, pocit viny, nesoustředěnost. Proto je důležité sdělovat výsledek testu v klidném prostředí, bez přítomnosti dalších pacientů. Smiřování s nemocí trvá pacientům přibližně jeden měsíc. Pacienti se na jedné straně obávají zhoršení zdravotního stavu. V tomto případě je dobré poskytnout dostatek informací o léčbě. Druhým důvodem úzkosti je strach z prozrazení a následné diskriminace a stigmatizace ze strany společnosti. Pacientům je proto doporučeno, aby byli ve sdělování své diagnózy opatrní. Sdělovat svou diagnózu v zaměstnání podle české legislativy nemusejí, ale vždy ji musí sdělit ošetřujícímu lékaři a svému sexuálnímu partnerovi. Pokud by tak neučinili, vystavují se dokonce až možnosti trestního stíhání (Jilich, Kulířová 2015).

Podobně jako u jiných chronických onemocnění i u HIV positivity je nutná absolutní spolupráce a disciplína v léčbě ze strany pacienta. Antiretrovirotika nedokážou nemoc úplně vyléčit, ale dokážou léčit a udržet lidské tělo relativně zdravé s minimálním počtem viru HIV v organismu. Cílem tedy těchto speciálních a zároveň velmi drahých léků je zastavit proces virového množení. Protivirový efekt terapie trvá pouze po dobu jeho užívání, proto není vhodné léčbu přerušovat. Většina léků se podobá ve formě tablet, které se užívají ve 12- nebo 24- hodinových intervalech a je velmi důležité, aby byly léky užívány s velkou přesností, tj. ve správných dávkách a ve správných intervalech. Pokud tak není, může dojít k nedostatečnému účinku nebo ke vzniku virové rezistence (Hoffmann, Rockstroh 2015).

Podle doporučení WHO (Světová zdravotní organizace) by měla být léčba nasazena všem HIV pozitivním pacientům po odhalení infekce. Vzhledem k nákladnosti léčby, léčba jednoho pacienta antiretrovirotiky stojí měsíčně průměrně 30.000 Kč; celou léčbu však hradí zdravotní pojišťovny, užívá léčbu asi 60-70 % pacientů. Avšak postupně se nasazuje všem pacientům, a to nejpozději do pěti let po odhalení infekce.

Léky antiretrovirotika však kromě kvalitní léčby mají však i určité nepříjemné důsledky, a to jsou určité vedlejší účinky. Toto také někdy odrazuje pacienty při zahájení léčby nebo chtějí pacienti při objevení těchto příznaků léčbu přerušit. Nežádoucími účinky jsou nejčastěji: únava, nauzea, průjem, kožní vyrážky. Tyto příznaky však během několika týdnů odeznívají nebo se minimalizují. Jen asi u 1 % pacientů jsou příznaky závažné tak, že se léčba přerušuje a volí se jiný typ léčby (Černý, Machala 2007).

Další možnou komplikací je virová rezistence, což znamená že virus HIV se množí i při užívání antiretrovirotik. Mechanismem vzniku rezistence je změna genetické výbavy viru. Nejčastější příčinou je nedodržování léčby. Vzniká také při již dlouhodobém užívání léků, tam se potom volí jiná skupina léků.

K zapojení pacientů s HIV infekcí do celoživotní léčby má velký vliv také přístup ošetřujících zdravotníků. Odbornými znalostmi, empatií, povzbuzováním, otevřenou komunikací a vzájemnou důvěrou mohou ovlivnit přístup HIV pozitivního pacienta k léčbě a tím následnou kvalitu jeho života s HIV infekcí (Jilich, Kulířová 2014).

Kvality života HIV pozitivních pacientů je tedy určována včasným odhalením HIV infekce, léčbou a jejím dodržováním ze strany pacienta. Dalším faktorem, který určuje kvalitu života je zapojení HIV pozitivních pacientů do běžného života. HIV pozitivní pacienti žijí často v obavě z prozrazení jejich diagnózy a následné diskriminaci ve společnosti. Rovněž prožívají obavy z možné nákazy jiných osob v jejich rodině či v blízkém okolí. To může být příčinou jejich nízkého sebevědomí, sebedůvěry, a to se dále odráží v hledání partnera, plánování rodičovství, studium či hledání zaměstnání. Zdravotníci v HIV centru, psychologové a také podpůrné skupiny pacientů pomáhají především nově odhaleným pacientům se s tímto strachem vyrovnat a najít jim jejich „místo v životě“ po zjištění diagnózy. Neziskový spolek Česká společnost AIDS pomoc vydává zdarma pro HIV pozitivní pacienty pravidelně časopis s názvem Pozitivně, který je možný získat ve všech HIV centrech nebo je i dostupný na jejich internetových stránkách (Jedlička, Staňková 2005).

Od sester pracujících HIV centru je požadováno, aby byly vzdělané a ochotné se dále vzdělávat v problematice HIV infekce; manuálně zručné během ošetrovatelské péče (menší riziko zranění během práce ostrými předměty a nástroji) a zároveň velmi empatické k pacientům. V praxi je běžné, že s HIV pozitivními pacienty přicházejí do styku více než jejich ošetřující lékaři.

Ve svých rolích jsou nejčastěji plnitelky přímé ošetrovatelské péče, edukátorky, advokátky, motivátorky, koordinátorky pacientů mohou výrazně pomoci pacientovy při nasazení léčby a užívání během prvních měsíců.

Vzhledem k nárůstům pacientů s HIV infekcí se léčba a ošetřování netýká již jen samotných HIV center, ale okruh odborných zdravotních pracovišť, které pečují o HIV pozitivní pacienty každým rokem zvyšuje.

Odborníci s HIV center a také samotní pacienti se však stále setkávají s obavami z možné infekce ze strany těchto zdravotníků. Řešením je poskytnout dostatek informací o léčbě, ošetrovatelské péči, a především o ochraně personálu a možnosti nasazení postexpoziční profylaxe v případě poranění personálu.

Jak postupovat pro poranění zdravotníků během péče o HIV pozitivního pacienta?

Při poranění ostrým předmětem (jehlou, skalpelem) je potřeba nejprve sejmout rukavice a ránu nechat co nejdéle krváčet; avšak nemačkat. Kůži omýt vodou a mýdlem a následně ránu dezinfikovat. Pokud dojde k potříštění očí, úst a nosu provede se výplach fyziologickým roztokem.

Zdravotní pracovníci se musí kontaktovat nejpozději do 72 h (platí však čím dříve, tím lépe) na některé z odborných pracovišť AIDS center, kde specializovaný lékař zváží dle míry rizika podání postexpoziční profylaxe (PEP) infekce HIV.

Pravděpodobnost přenosu HIV souvisí s typem expozice a množstvím virové nálože. Podle dat Centra pro kontrolu nemocí je odhadováno, že průměrné riziko přenosu HIV po profesionální perkutánní expozici je asi 0,3 % a žádný režim PEP nedokáže pravděpodobně zajistit absolutní ochranu před možnou nákazou. Pokud postižená osoba dodržuje řádná opatření, hradí náklady spojené s léčbou zdravotní pojišťovna. Každému zdravotníkovi je před podáním profylaxní léčby, která se užívá 1 měsíc, proveden nultý test na protilátky HIV. Během dalšího 1 roku je zdravotník na specializované ambulanci AIDS sledován. Pokud byla nasazena antiretrovirová terapie, tak po 1 měsíci po poranění kontrolní odběry krevního obrazu a jaterních testů. Odběry na protilátky HIV jsou prováděny po 6 týdnech po poranění a dále ještě po 3, 6, 12 měsících po poranění (Rozsypal 2015).

Seznam specializovaných AIDS center v České republice:

- AIDS centrum, Infekční klinika, Nemocnice Na Bulovce, Praha
- AIDS ambulance Ústřední vojenská nemocnice, Infekční klinika, Praha
- AIDS centrum, Infekční klinika, FN Plzeň Bory
- AIDS centrum, Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava
- AIDS centrum, Infekční klinika, Fakultní nemocnice Brno – Bohunice
- AIDS centrum, Infekční oddělení Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem
- AIDS centrum, Infekční klinika, FN Hradec Králové
- AIDS centrum, Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice

Závěr

Pravděpodobnost přenosu viru HIV je velmi nízká a ošetrovatelská péče se zásadně neliší ve srovnání s ošetrovatelskou péčí s jiným pacientem. Dobře edukovaný a motivovaný zdravotní personál může zajistit kvalitní lékařskou, a i ošetrovatelskou péči o HIV pozitivního pacienta i v běžném zdravotním zařízení. Život po zjištění HIV infekce pro nemocné nekončí a správně léčený a pro léčbu motivovaný pacient může prožít i se svou diagnózou plnohodnotný a kvalitní život.

Použitá literatura:

ČERNÝ, R., MACHALA, L. (2007) Neurologické komplikace HIV/AIDS. Praha: Karolinum, 2007. 303 s. ISBN 978-80-246-1222-5

HOFFMANN, CH., ROCKSTROH J. (2015) HIV 2015/16, Medizin Fokus Verlag 2015, 756 str. ISBN: 978-3-941727-17-5

JEDLIČKA, J., STAŇKOVÁ, M. et. al. (2005) Pozitivní život neboli jak žít s virem a vírou. Praha: SZÚ, 2005. 143 s. ISBN 80-7071-257-0.

JILICH D., KULÍŘOVÁ V. a kol. (2014) HIV infekce – současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetrovatelství, MF – edice AESKULAP,2014. 172 s. ISBN 978-80-204-3325-1,

MALÝ M., NĚMEČEK V. (2016) Výskyt a šíření HIV/AIDS v České republice v roce 2016, zprávy Centra epidemiologie a mikrobiologie 2016, roč. 25, č. 9-10, s. 320-330. ISSN: 1804-8668; 1804-8676

ROZSYPAL H. (2015) Základy infekčního lékařství, Univerzita Karlova v Praze; Karolinum, 2015, 566 s ISBN, 978-80-246-2932-2

Korespondence:

Mgr. Veronika Kulířová
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK
Albertov 7, Praha 2, 12000
veronika.kulirova@lf1.cuni.cz

POKROČILÁ PRAX V OŠETROVATEĽSTVE V KONTEXTE MODELU ANN B. HAMRIC

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZO, PU v Prešove

Súhrn:

Implikácie pre konceptualizáciu pokročilej praxe sa kreovali v rámci dialógov odborníkov s cieľom dosiahnuť národný a medzinárodný konsenzus definície, výkonu a regulácie pokročilej praxe v ošetrovateľstve. Kritickými prvkami boli objasnenie, čo pokročilá prax v ošetrovateľstve je, čo je úlohou graduálneho vzdelávania, certifikácie a licencovania, zabezpečenie uznania a integrácie pokročilej praxe do procesu poskytovania zdravotnej starostlivosti, redukcia bariér pri mobilizácii sestier do iných štátov, podpora dialógov odborníkov o téme a problémoch, a zjednotenie regulácie pokročilej praxe v rámci štátov. Hamricovej model (1996), ako jeden z najstarších modelov využíva termíny „rola“ a „spôsobilosť“, je považovaný za najintegratívnejší v porovnaní s ostatnými, pretože berie do úvahy všetky role pokročilej praxe. Cieľom príspevku je popísať a priblížiť tento univerzálny model orientovaný na pokročilú prax v ošetrovateľstve.

Kľúčové slová: Pokročilá prax v ošetrovateľstve. Konceptuálny model. Model A.B. Hamricovej.

Historický a medzinárodný kontext pokročilej praxe v ošetrovateľstve

Expanzia, rast a chápanie konceptu pokročilej praxe v ošetrovateľstve má dlhodobú a komplexnú históriu. V súčasnosti existujú dôkazy o tom, že priniesla významne pozitívny a inovatívny prínos v oblasti zdravotníckych systémov mnohých vyspelých krajín sveta. Je teda významný predpoklad jej ďalšieho vývoja v rámci ošetrovateľskej profesie všeobecne. Napriek tomu vývoj pokročilej praxe priniesol mnohé nedorozumenia a nesprávne pochopenie jej skutočného významu, čo má byť benefitom pre pacientov a zdravotnícke systémy, a ako je ju možné merať a hodnotiť. Vplyvom tradičných systémov a profesií je pokročilá prax vnímaná a implementovaná do praxe rôzne. Súčasnosť a jej požiadavky na starostlivosť a služby v zdravotníctve sú však ukazovateľom nedostatočnosti v tradičnom vnímaní ošetrovateľskej praxe. Situácia je otázkou analýzy bariér, ako je ich možné vyriešiť, a/alebo ako je im možné predísť (Barton & East in Barton & Allan 2015). V prvom rade je nutné pochopiť podstatu historického vývoja ako aj súčasného konceptu pokročilej praxe v ošetrovateľstve, ktorý v tomto príspevku chcú autori priblížiť.

Od čias vzniku a kreovania role pokročilej praxe v ošetrovateľstve sa vyvíjalo aj jej vnímanie samotnými sestrami, ako aj ostatnými profesiami, hlavne v dôsledku tradičného vnímania ošetrovateľstva ako vedy a profesie, obavy z mylnej interpretácie a prekročenie hraníc jeho podstaty. Pokročilá prax v ošetrovateľstve však vznikla prirodzenou evolúciou (Barton & East in Barton & Allan 2015). Vhodným dôkazom záujmu o analýzu a pochopenie podstaty pokročilej praxe v ošetrovateľstve je rozsiahlosť odbornej literatúry, výskumov a článkov k téme.

Pokročilá prax v ošetrovateľstve znamená v prvom rade byť sestrou. Základom moderného ošetrovateľstva je regulácia a registrácia, resp. rola registrovanej sestry, ktorej história siaha do obdobia konca 19. a začiatku 20. storočia (Barton & East in Barton & Allan 2015). „Disciplína sa vyvíjala z podstaty tradičnej role žien, učenia sa, humanitárneho úsilia, religióznych ideálov, intuície, zdravého rozumu, pokusov a omylov, tórií a výskumu, a vplyvom medicíny, tológie, politiky, vojen, ekonomiky a feminizmu.“ (Shaw 1993, s. 1651). Po dosiahnutí štandardizácie vzdelávania a regulácie sa v dôsledku zdokonaľovania technických a praktických schopností sestier začali neodvratne kreovať nové role s novými zručnosťami i hierarchiami. Prvým „produktom“ evolúcie bola rola sestry- špecialistky od konca 19. storočia a klinickej sestry- špecialistky, alebo

sestry- klinickej špecialistky v 60. rokoch 20. storočia, ktorá tvorila základnú podstatu dnešnej role sestry s pokročilou praxou. Rola klinickej špecialistky ponúkala rozšírenú starostlivosť o pacientov neobmedzene a nepredstavovala hrozbu v kontexte existujúcej profesionálnej hierarchie. Ešte výraznejšou rolou pokročilej praxe bol vývoj role sestry- praktičky, resp. praktickej sestry v dôsledku požiadaviek služieb (nedostatku pediatrov a rodinných lekárov najmä na vidieku, chudoba, eskalovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť) v oblasti pediatrie v primárnej starostlivosti v roku 1965 (Ford & Silver 1967). Išlo o rozšírenú rolu sestry- klinickej špecialistky o tradičné medicínske diagnostické a klinické manažérske zručnosti. Rola predstavovala „substitučný“ model zahrňujúci aspekty role služobne mladšieho lekára, čo neskôr prinieslo nezhody medzi profesionálmi vo vnímaní hraníc medzi tradičnou medicínou a ošetrovateľskou praxou (Marchione & Garland 1980; Fondiller 1995). Ošetrovateľstvo sa stávalo čoraz autonómnejšie a nezávislejšie od tradičnej dominancie medicíny, čím si posilňovalo nárok na nezávislý profesionálny status (Shaw, 1993).

Marchione a Garland v roku 1980 predstavili dôkazy o proliferácii vzdelávacích programov v pre sestry- praktičky, avšak rola bola stále neregulovaná a fragmentovaná, čo viedlo k nedostatku jednotnosti. Nutnosť regulácie a štandardizácie vzdelávania a praxe sestier- praktičiek sa zviditeľňovala za podpory NONPF (národnej organizácie fakúlt pre sestry- praktičky). V roku 2000 bola regulácia a licencovanie postavené na pevných základoch (Ponto et al., 2002), čo vnieslo viac jasností do konceptualizácie a využitia pokročilej praxe. V súčasnosti je pokročilá prax integrovaná nielen do systému zdravotníctva, ale aj do srdca a duše ošetrovateľskej profesie. Pokročilá prax je v súčasnosti uznávaná, klinicky inovatívna, kontrolovaná a regulovaná rola s adekvátnym vzdelávacím systémom (Barton & East in Barton & Allan 2015).

Konceptualizácia pokročilej praxe v ošetrovateľstve

Pokročilá prax v ošetrovateľstve je v odbornej literatúre definovaná mnohými autormi. CINAHL definuje pokročilú prax vo všeobecnosti ako čokoľvek, čo presahuje rolu registrovanej sestry (Hamric in Hamric et al., 2014). Konceptualizácia pokročilej praxe v ošetrovateľstve sa vo svojej podstate kreovala od jej vzniku. Cieľom bolo a aj v súčasnosti stále je dosiahnuť medzinárodný konsenzus definície, výkonu a regulácie pokročilej praxe v ošetrovateľstve. V USA- v krajine, kde sa o pokročilej praxi v ošetrovateľstve začalo reálne diskutovať v polovici minulého storočia- významnými faktormi zjednocovania teórie a praxe boli objasnenie, čo pokročilá prax v ošetrovateľstve je, čo je úlohou graduálneho vzdelávania, certifikácie a licencovania, zabezpečiť, aby pokročilá prax bola plne uznávaná a integrovaná pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, redukcia bariér pri mobilizácii sestier v rámci štátov, podpora dialógov odborníkov o téme a problémoch, a zjednotenie regulácie pokročilej praxe v rámci štátov. Dôležitú úlohu vo vývoji zohrali národné a medzinárodné organizácie. Všetky kroky konsenzu v súvislosti s konceptuálnymi modelmi pokročilej praxe v ošetrovateľstve medzi sestrami s pokročilou praxou, odborníkmi, organizáciami a politikmi by mali viesť k benefitom v prvom rade pre pacientov. Budúcnosť pokročilej praxe závisí od miery, do akej pokročilá prax v ošetrovateľstve plní potreby a priority spoločnosti, zdravotných systémov a verejnej politiky. Konceptuálne modely sa snažia pokročilú prax v ošetrovateľstve popísať. Existuje niekoľko konceptuálnych modelov pre pokročilú prax sestier. Hamric et al. (2014) ich vo svojej publikácii uvádzajú a analyzujú niekoľko. Rola, domény a spôsobilosť sú najviac analyzovanými konceptmi. Mnohé z nich uvádzajú také kompetencie, ktoré spočívajú v priamej ošetrovateľskej starostlivosti. Konceptuálne modely tiež definujú uplatnenie sestry s pokročilou praxou v prostredí v rôznych mierach.

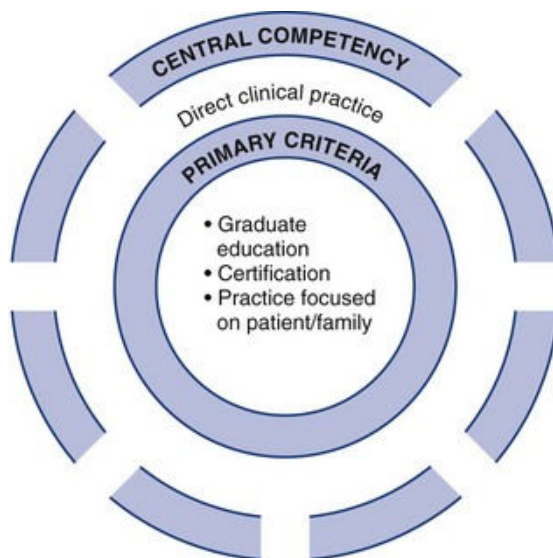
Integratívny model pokročilej praxe v ošetrovateľstve prof. A.B. Hamricovej

Hamricovej model (1996), ako jeden z najstarších modelov, ktorý využíva termíny „rola“ a „spôsobilosť“, je považovaný za najintegratívnejší a najstabilnejší od roku 1996 v porovnaní s ostatnými, pretože berie do úvahy všetky role pokročilej praxe. Zahŕňa **primárne kritériá**, ako sú graduálne vzdelanie, certifikácia a klinická prax zameraná na pacienta/rodinu (obr. 1), ďalej sú to

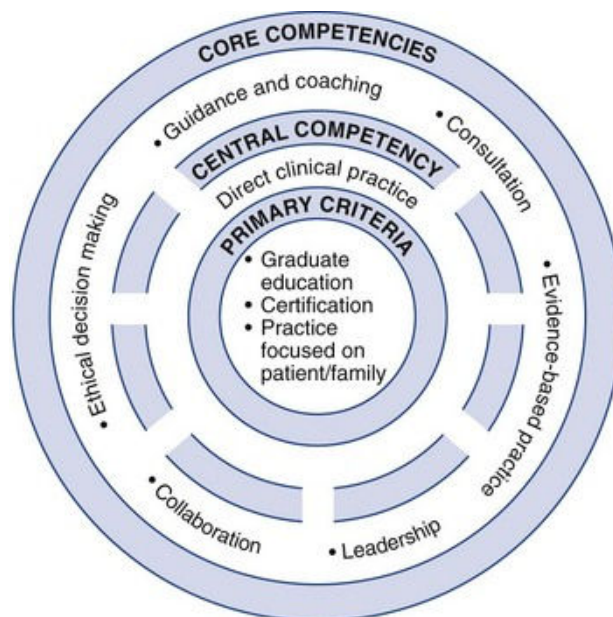
centrálne kompetencie, a to priama klinická prax (obr. 2), na ktorej sú závislé **základné kompetencie** zahrňujúce odborné poradenstvo a koučing, konzultácie, prax založená na dôkazoch, vodcovstvo, kolaboráciu a schopnosti etického rozhodovania (obr. 3).



Obrázok 1 Hamrickovej model koncepcie pokročilej praxe v ošetrovatelstve: primárne kompetencie (Zdroj: <https://nursekey.com/a-definition-of-advanced-practice-nursing/>)

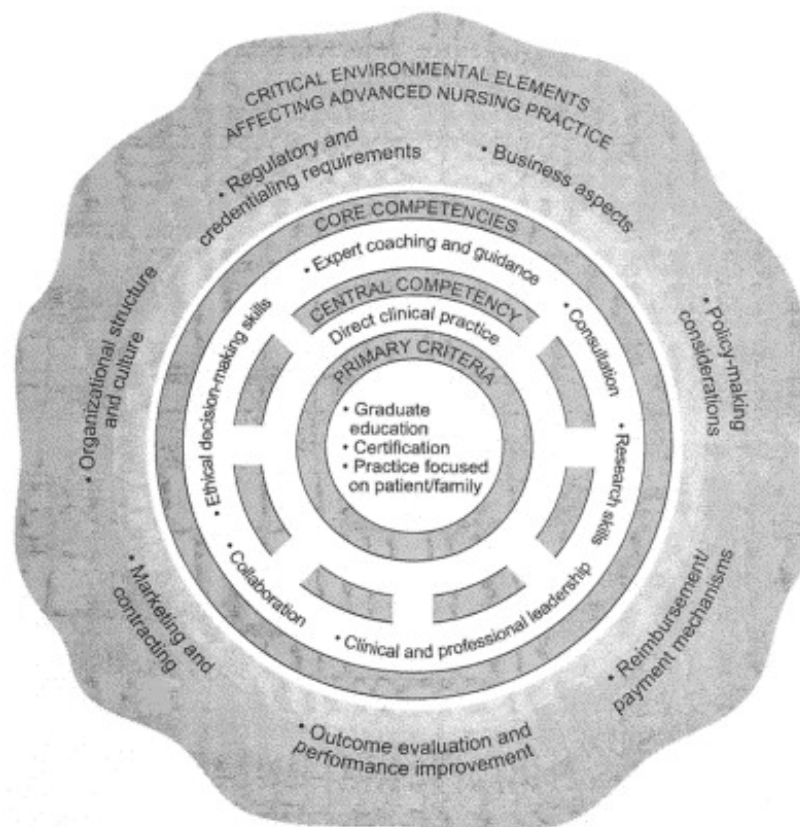


Obrázok 2 Hamrickovej model koncepcie pokročilej praxe v ošetrovatelstve: centrálne kompetencie (Zdroj: <https://nursekey.com/a-definition-of-advanced-practice-nursing/>)



Obrázok 3 Hamrickovej model koncepcie pokročilej praxe v ošetrovatelstve: základné kompetencie (Zdroj: <https://nursekey.com/a-definition-of-advanced-practice-nursing/>)

A.B. Hamric uviedla v roku 1996 konceptuálnu definíciu pokročilej praxe v ošetrovatelstve a jej charakteristiky. Na základe dialógu bol model neskôr zdokonalený spolu s autorkami Hanson a Spross v roku 2000 a 2005 o kritické environmentálne faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú prax. **Kritickými environmentálnymi faktormi, ktoré ovplyvňujú ošetrovateľskú prax**, sú požiadavky na reguláciu a certifikáciu, aspekty obchodovania, činitele tvorby politiky, mechanizmy úhrad a platieb, hodnotenie výsledkov a zdokonaľovanie výkonov, marketing a uzatváranie zmlúv, a štruktúra a kultúra organizácie (obrázok 4).



Obrázok 4 Hamrickovej model koncepcie pokročilej praxe v ošetrovatelstve: kritické environmentálne faktory ovplyvňujúce ošetrovateľskú prax (Zdroj: Hamric et al. 2014)

Konceptuálne modely pokročilej praxe sú zdokonaľované v závislosti od zmien v praxi, vo výskume a v teoretickom chápaní (Hamric et al., 2014). Model je početne citovaný. Integratívne prehľadové štúdie sú dôkazom stability a robustnosti modelu.

Konklúzia

Pokročilá prax v ošetrovatelstve je orientovaná na potreby pacienta v špecializovanej klinickej oblasti s uplatňovaním širokej škály kompetencií s cieľom dosiahnuť zlepšenie zdravotných výsledkov pacientov a populácie. Pojem „kompetencie“ sa vzťahuje na širokú škálu výkonov uskutočňovaných s adekvátnou zručnosťou v rámci modernej ošetrovateľskej starostlivosti. Niektoré kompetencie sestry s pokročilou praxou využíva vo všetkých dimenziách svojej praxe, ako sú spolupráca a vedenie. V tejto fáze rozvoja disciplíny môžu byť kompetencie založené na teórii, praxi, alebo výskume. Hoci disciplína rozširuje svoje dôkazy založené na výskume pre usmerňovanie praxe, rozšírená schopnosť využívať teóriu je tiež kľúčovým diferenciálnym znakom pokročilého ošetrovatelstva. Okrem toho je potrebná silná vzdelanostná a skúsenostná zložka pre rozvoj kompetencií a odborných znalostí v klinickej praxi, ktoré charakterizujú pokročilosť praxe.

Definícia tiež zdôrazňuje špecializovanú podstatu pokročilého ošetrovateľstva zameranú prioritne na potreby pacienta, čo je ústrednou črtou ošetrovateľstva v pokročilých odboroch a hlavným dôvodom pre rozlišovanie tejto úrovne praxe. Niektoré činnosti sestier s pokročilou praxou sa prekrývajú s činnosťami lekárov a iných odborníkov v oblasti zdravotnej starostlivosti. Avšak skúsenostné, teoretické a filozofické perspektívy ošetrovateľstva ich deklarujú ako činnosti pokročilej ošetrovateľskej praxe pokiaľ ich vykonáva sestra s pokročilou praxou. Pokročilá prax ošetrovateľstva ďalej zahŕňa vysoko rozvinuté ošetrovateľské schopnosti v oblastiach, ako je poradenstvo a koučing, ako aj výkon vybraných lekárskejších terapií. Vo vzťahu k lekárskej praxi musí byť jasné, že pokročilá prax v ošetrovateľstve je zakotvená v ošetrovateľskej disciplíne, a nie je to substitučná prax za profesne mladších lekárov (Hamric in Hamric et al., 2014).

Použitá literatúra:

BARTON, T. D.- ALLAN, D. 2015. *Advanced Nursing Practice: Changing Healthcare in a Changing World*. London: Palgrave, 2015. 306 pgs. ISBN 978- 0- 230- 37813- 1.

FONDILLER, S.H. 1995. Loreta C. Ford: A modern Olympian, she lit a torch. In *N&HC Perspectives on community*. Vol. 16 (1): 6-11p.

FORD, L.-SILVER, H. 1967. Expanding the role of the nurse in child care. In *Nursing outlook*. Vol. 15: p. 43-45.

HAMRIC, A.B. et al. 2014. *Advanced Practice Nursing: The Integrative Approach*, 5th edn. Missouri: Elsevier Health Sciences, 2014. 726 s. ISBN 978- 1- 4557- 3980- 6.

MARCHIONE, J.-GARLAND, T.N. 1980. An emerging profession: The case of the nurse practitioner. In *Journal of Nursing scholarship*. Vol. 12 (2): p. 37-40.

PONTO, J.-SABO, J.-FITZGERALD, M.-WILSON, D. 2002. Operationalizing advanced practice registered nurse legislation: Perspectives from a clinical nurse specialist task force. In *Clinical Nurse Specialist*. Vol. 16 (5): p. 263-269.

SHAW, M.C. 1993. The discipline of nursing: Historical roots, current perspectives, future directions. In *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 18: p. 1651-1656.

Korešpondencia:

PhDr. Beáta Grešš Halász, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov
Prešovská univerzita v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
beata.gress.halasz@unipo.sk

DOPLNKY STRAVY VO VÝŽIVE TEHOTNÝCH ŽIEN Z POHLĀDU SESTRY

PhDr. Kamila Jurdíkuvá

Mgr. Denisa Imrichová

Katedra ošetrovateľstva, FZ, TnUAD v Trenčine

Klinika pediatrie a neonatologie, FN v Trenčine

Súhrn:

Cieľom prieskumu bolo zistiť aké doplnky stravy užívajú ženy počas tehotenstva, zistiť vplyv vybraných doplnkov na zdravie ženy a vývin plodu a tiež zistiť kto im odporučil doplnky stravy užívať. Výber prieskumnej vzorky bol zámerný. 60 dotazníkov dostali respondentky, ktorým sa narodili deti s pôrodnou hmotnosťou nad 2500g a 60 dotazníkov respondentky s pôrodnou hmotnosťou ich detí pod 2500g. Návratnosť dotazníkov bola 80,83%. Priemerný vek respondentiek bol 29,78r. Metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie. V našom prieskume sme zistili, že 90,6% respondentiek užívalo počas tehotenstva kyselinu listovú, ktorá pri užívaní jeden mesiac pred otehotnením a v prvom trimestri významne znižuje riziko vzniku porúch neurálnej trubice (v našej prieskumnej vzorke sa u novorodenca nevyskytol defekt neurálnej trubice). Ďalej sme zistili, že 22% respondentiek užívajúcich magnézium počas tehotenstva pocítilo úľavu od svalových kŕčov a 74% z nich pocítilo zníženie únavy a slabosti pri užívaní doplnkov stravy s obsahom železa. Ďalej sme zistili, že ani jedna respondentka nezačala užívať doplnky stravy na odporúčanie sestry, 24,7% respondentiek ich užívalo na odporúčanie priateľov, rodiny, 28,8% na základe informácií z televízie, internetu a najviac 46,5% na odporúčanie gynekológa. Na základe zistení nášho prieskumu by sme odporučili ženám aby na začiatku tehotenstva požiadali o vyšetrenie hladiny vitamínov, stopových prvkov a poradili sa s odborníkom o potrebe užívať doplnky stravy.

Kľúčové slová: *Doplnky stravy; Tehotenstvo; Kyselina listová; Železo; Sestra.*

DIETARY SUPPLEMENTS IN NUTRITION OF PREGNANT WOMEN FROM A NURSE'S POINT OF VIEW

Summary:

The aim of the survey was to find out what kind of dietary supplements women use during pregnancy, to determine the impact of selected supplements on women's health and the development of the fetus, and also to find out who recommended them to use these dietary supplements. The choice of the sample was deliberate. 60 questionnaires were received by respondents who delivered children with a birth weight above 2500g and the other 60 questionnaires were received by respondents with birth weight of their children under 2500g. The return of questionnaires was 80.83%. The average age of respondents was 29.78. The survey method was a self-designed questionnaire. In our survey, we found that 90.6% of respondents took folic acid during pregnancy, which during its taking one month before pregnancy and in the first trimester significantly reduces the risk of neural tube disorders (neural tube defect of a newborn was not detected in our survey sample). We also found that 22% of the respondents taking magnesium during pregnancy felt relief from muscle spasms and 74% of them felt reduction of fatigue and weakness when using iron supplements. In addition, we found that none of the respondents started to take dietary supplements on the recommendation of a nurse, 24.7% of respondents used them on the recommendation of friends or family, 28.8% based on information from television or the Internet and 46.5% at the recommendation of a gynecologist. Based on the findings of our survey, we would recommend women at the beginning of their pregnancy to ask for

a check of the level of vitamins and trace elements and consult the need of taking dietary supplements with a professional.

Key words: Dietary supplements; Pregnancy; Folic acid; Iron; Nurse.

Použitá literatúra:

Food supplements: Who needs them and when? . [online]. 2013. [cit. 2017-01-10] Dostupné na internete : <http://www.eufic.org/en/healthy-living/article/food-supplements-who-needs-them-and-when>

A healthy way through pregnancy. 2016.[online]. 2016. [cit. 2017-02-13] Dostupné na internete: <http://www.eufic.org/en/healthy-living/article/a-healthy-way-through-pregnancy>.

GLUCKAMN, P., HANSON, M., CHONG YAP SENG-BARDSLEY, A. 2015. *Nutrition and Lifestyle for Pregnancy and Breastfeeding*. First Edition. Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-872270-0.

HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K. a kol. 2014. *Porodnictví:3., zcelopřepracované a doplněné vydání*. 1.vyd. Praha: Grada,2014. 579s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HENDRYCHOVÁ, T., MALÝ, J. 2013. *Specifika potřeby vitaminů u zdravých těhotných a kojících žen, dětí a seniorů.* [online]. 2013. Dostupné na internete: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2013/04/10.pdf>.

KOSTIUK, P. 2014. *Vitamíny a minerály v gravidite a laktácii- význam suplementácie.* [online].2014.Dostupné na internete:<http://www.edukafarm.sk/data/soubory//casopisy/farmiNEWS/012014/08%20Vitamins%20a%20minerals%20v%20gravidite%20a%20laktacii%20-%20vyznam%20suplementacie.pdf>

MAKRIDES, M., CROSBY, DD., BAIN, E., CROWTHER CA. 2014. *Magnesium supplementation in pregnancy.* [online]. 2014. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24696187>.

RADLOWSKI, E. C, JOHNSON, R.W.2013. *Perinatal iron deficiency and neurocognitive development.*[online].2013. Dostupné na internete:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779843/>.

Korešpondencia:

PhDr. Kamila Jurdíková
Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka
Študentská 2
911 50 Trenčín
kamila.jurdikova@tnuni.sk

KOORDINÁCIA STAROSTLIVOSTI O CHRONICKY CHORÝCH V KONTEXTE WAGNEROVHO MODELU

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.

PhDr. Andrea Obročníková, PhD.

PhDr. Slávka Mrosková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZO, PU v Prešove

ÚVOD

V roku 1999 Wagner so svojimi kolegami predstavili najvplyvnejší teoretický model starostlivosti o chronicky chorých – (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. Koordinácia starostlivosti ako jedna zo súčasti tohto modelu, je zámerné organizovanie aktivít starostlivosti o pacientov medzi dvoma, alebo viacerými účastníkmi zapojenými do starostlivosti o pacienta s chronickým ochorením. V tomto elemente všetci poskytovatelia pracujúci s určitým podielom pacienta, majú dôležité klinické údaje a majú jasné a stanovené očakávania ohľadom ich rolí. Nemenej dôležité je, že pracujú spoločne, aby pacienti a ich rodiny boli informovaní a aby sa zabezpečilo, že odporúčania a zmeny správania v prospech pacienta budú účinné (CCM, 2016).

JADRO

Chronická choroba mení život nielen pacienta ale aj jeho rodiny zásahom do jeho fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti. Reakcie môžu byť adaptívne, alebo maladaptívne, prijatie, alebo neprijatie situácie, z čoho následne vychádza spôsob komunikácie chorého s okolím (Hegyí, 2013). Vznik a rozvoj chronických ochorení je ovplyvnený spôsobom života každého človeka, technikou, stresom, znečistením prostredia a pod. Rizikové faktory, ktoré vyvolávajú vznik chronických ochorení, sú predovšetkým fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, nevhodné zloženie stravy, nedostatok pohybu, nadmerná psychická záťaž. Väčšinou sa vyskytuje viac rizikových faktorov súčasne (Puteková, Kabátová, Martinková, 2016). Magurová, Majerníková (2009) uvádzajú, že u chronicky chorých sledujeme veľké rozdiely v postoji k chorobe, ktoré musíme rešpektovať. Niektorí sa s ňou relatívne vyrovnávajú a dodržiavajú odporúčania, iní bagatelizujú svoje problémy, sú nedisciplinovaní a nechotní zmeniť svoje správanie a konanie k danej chorobe. Podľa WHO (2007) inovácia v zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých znamená zavádzanie nových myšlienok, metód alebo programov či modelov, ktoré majú zmeniť spôsob prevencie a liečby chronických chorôb.

The Chronic Care Model – CCM sa skladá zo štyroch vzájomne prepojených elementov, ktoré sú považované za kľúčové pri poskytovaní kvalitnej starostlivosti o ľudí s chronickým ochorením:

1. element - podpora self- manažmentu.
2. element - dizajn systému poskytovania starostlivosti.
3. element - podpora rozhodovania.
4. element - 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).

Coleman, Austin, Brach, Wagner et al. (2009) uvádzajú, že súčasný model bol rozšírený na šesť elementov, ktoré pracujú spoločne na posilnení vzťahu poskytovateľa s pacientom a zlepšujú zdravotné výsledky:

1. element - podpora self- manažmentu
2. element - dizajn systému poskytovania starostlivosti
3. element - podpora rozhodovania
4. element - klinické informačné systémy
5. element – komunita
6. element – zdravotnícke systémy.

Aby bolo možné posúdiť efektivitu poskytovanej starostlivosti chronického ochorenia z pohľadu pacienta, členov štúdie ICIC vyvinuli PACIC+. Ide o stručný, 26 otázok obsahujúci self-report nástroj na posúdenie, do akej miery pacienti s chronickým ochorením dostanú starostlivosť, ktorá zodpovedá spomínanému modelu. Starostlivosť je zameraná na pacienta proaktívne, plánovane a zahŕňa spoluprácu pri stanovovaní cieľov, riešení problémov a následnej podpore rozhodnutí. Tento nástroj zoradil a pomenoval jednotlivé elementy nasledovne:

1. podpora self- manažmentu;
2. dizajn systému poskytovania starostlivosti;
3. podpora rozhodovania;
4. poradenstvo a riešenie problémov;
5. koordinácia starostlivosti/komunita;
6. zdravotnícke systémy/funkcie multidisciplinárneho tímu.

Z analýzy zdravotného stavu obyvateľstva SR je zrejmé, že pri všeobecnom trende predlžovania strednej (očakávanej) dĺžky života bude narastať výskyt niektorých ochorení, čo bude nevyhnutne viesť k zvyšovaniu nákladov na zdravotnú starostlivosť, a tým sa zvýši záťaž pre celú ekonomiku. V posledných dvadsiatich rokoch výrazne vzrástol, takmer sa zdvojnásobil, počet chorých s diabetes mellitus, s tendenciou neustáleho každoročného rastu. S pokračujúcim starnutím populácie sa očakáva ďalšie zvyšovanie počtu chorých na toto ochorenie. Incidencia diabetes mellitus celosvetovo narastá. V súčasnej dobe trpí v EÚ týmto ochorením asi 10 % obyvateľov s predpokladom nárastu na 16,6 % do roku 2030. Na Slovensku evidujeme takmer 400 000 pacientov s diabetes mellitus. Včasná diagnostika a liečba tohto ochorenia v tomto kontexte nadobúdajú zásadný preventívny význam voči jeho neskorším komplikáciám. Považuje sa za preukázané (EBP – evidence based practice), že včasná intenzívna liečba počas úvodných 10 -15 rokov ochorenia prináša zásadný benefit v zmysle redukcie, oddialenia a spomalenia rozvoja komplikácií a to až o viac ako 40 %. Tento efekt pretrváva aj v neskoršom období, vrátane prípadného neskoršieho zhoršenia kontroly ochorenia (SACHO, 2014).

Hlavným problémom či výzvou pre pacientov s diabetes mellitus a ich rodinných príslušníkov, je téma vyrovnania sa s diagnózou, prijatie tohto ochorenia, hľadanie odpovede na otázku, ako sa adaptovať na život s diabetes mellitus a ako sa naučiť žiť so svojím ochorením. Do popredia tu vystupuje nevyhnutnosť tímovej spolupráce pri liečbe diabetes mellitus. Veľký význam v tomto kontexte má vzťah lekára a ošetrojúceho personálu k pacientovi (Hrachovinová, 2007). Uličianský a Schroner (2009) tvrdia, že v termínoch medicíny pacient očakáva klasický terapeutický prístup i paliatívnu liečbu (vyšetrenie, predpísanie receptu), v termínoch psychológie je to psychoterapia (povzbudenie, posilnenie, sila k ďalšiemu boju s chorobou, objasnenie negatívnych predstáv a predtúch), v termínoch pastorálnej medicíny upokojenie mysle, nádej a lásku. Kto je však schopný tieto aspekty starostlivosti skutočne poskytnúť pre lepšiu koordináciu liečby? Makara (2015) v otvorenom liste adresovanom ministerstvu zdravotníctva SR a všetkým zainteresovaným uvádza, že čas na návštevu pacienta v ambulancii je v priemere **9 minút**. Podľa všeobecných lekárov, za takýto čas diabetológovia nemôžu kvalitne zvládať všetky vyšetrenia. Jednou

z možností pre lepšiu koordináciu je komunitná starostlivosť, či už sú to svojpomocné skupiny, občianske združenia alebo samotné sestry, ktoré poskytujú starostlivosť v domácom prostredí. Tkáčová a Grešš Halász (2016) tvrdia, že chronicky chorí pacienti vyžadujú dlhodobú starostlivosť na základe indikácie lekára a podľa potrieb pacienta. Pritom jednou z možností je domáca ošetrovateľská starostlivosť s výhodou viacodborovosti, ktorá umožňuje pacientovi využívanie služieb viacerých odborníkov a individualizovanú starostlivosť zameranú na pacienta ako na jedinečnú ľudskú bytosť s jej individuálnymi potrebami.

Šupinová, Šichtová (2012) uvádzajú, že efektívna edukácia pacientov s diabetes mellitus je prostriedkom na udržanie vyrovnanej hodnoty glykémie, zamedzenie výskytu chronických komplikácií, a tým zlepšenie kvality ich života. V počiatočných štádiách ochorenia by edukácia mala zdôrazniť praktické aspekty liečby diabetes mellitus, vrátane diéty, pohybového režimu, plánovania a techniky monitorovania glykémie a ketolátok. Preto je dôležité aby pacient bol edukovaný, alebo aby mu bol na ambulancii odporúčaný asistent výživy, edukátor či iný poradca napríklad z edukačných centier pre diabetikov. Majerníková z roku 2011 zistila, že iba 30 % respondentov v jej výskumnej vzorke uviedlo, možnosť konzultovať svoje otázky ohľadom diabetickej diéty s asistentom výživy. Toto zistenie nie je potešujúce, keď si uvedomíme, že na kompenzáciu diabetu má vplyv veľké množstvo faktorov, ktoré môžu byť aj potenciálnymi prediktormi hodnôt glykémie u diabetikov. Americká diabetologická asociácia tvrdí, že koordinácia starostlivosti je základným predpokladom pre efektívne riadenie starostlivosti o pacienta s chronickým ochorením. Potvrzuje to aj tvrdenie American Association of Diabetes Educators, že starostlivosť je realizovaná multidisciplinárnym tímom, ktorý zahŕňa vzájomnú spoluprácu diabetológov, dietológov, fyzioterapeutov, psychológov, farmakológov, oftalmológov, podiatrických pracovníkov, lekárov, sestry, sociálnych pracovníkov, psychológov a iných paraprofesionálov podľa potrieb pacientov. A to buď individuálne, ale zväčša pre skupinu, ktorá má podobné problémy, potreby (AADE, 2009). Okrem toho je pri manažmente starostlivosti diabetu spravidla efektívne navštevovať podporné skupiny, či prednášky venované vhodnej životospráve, či prispôsobovaniu stravy a dávok inzulínu.

Otvorená komunikácia medzi členmi, ktorí sa podieľajú na komplexnej, individuálnej starostlivosti (tím, pacient a rodina/opatrovatelia) je nevyhnutným prvkom koordinácie starostlivosti. Otvorený dialóg a poskytovanie informácií medzi poskytovateľmi navzájom a pacientmi zabezpečí dostatočné porozumenie plánu starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus a dôležitosť dodržiavania liečby (ADA, 2014).

Pacient môže byť veľmi spokojný zo stretnutí s odborníkom, ale v prípade, že lekár v primárnej starostlivosti nezašle príslušné informácie špecialistovi a naopak, môžu spôsobiť v starostlivosti o spoločného pacienta nepríjemnosti (CCM, 2016).

ZÁVER

Ako uvádzajú Bodenheimer, McGregor a Stothart (2005), práve sestry sú kľúčom v multidisciplinárnom tíme pri realizácii modelu starostlivosti o chronicky chorých. Úroveň svojho vzdelania a rolí sú v pozícii „majstra“ transformácií starostlivosti o chronicky chorých.

Uvedomujeme si, že ošetrovateľstvo ako vedný odbor môže progredovať iba vtedy, ak sa budú do praxe implementovať výsledky založené na dôkazoch, ktoré sú kvalitným prínosom pre prácu sestier a súhlasíme s tvrdením Hudákovej a Derňárovej (2006), že ošetrovateľstvo má nezastupiteľnú úlohu v pomoci chronicky chorým – diabetikom, ponúka im spôsoby vlastnej aktivity, zameranej na podporu a udržiavanie zdravia.

POUŽITÁ LITERATÚRA

AADE. 2009. *Position Statement: Standards for Outcomes Measurement of Diabetes Self-management Education*. [online]. 2009. [citované 2016-08-23]. Dostupné na internete: <<http://www.aadenet.org/DiabetesEducation>>.

ADA. 2014. Standards of Medical Care in Diabetes—2014. In *Diabetes Care*. ISSN 1935-5548, 2014, vol. 37(Suppl. 1), p.14-80.

BODENHEIMER, T.- MCGREGOR, K.- STOTHART, N. 2005. Nurses as leaders in chronic care. In *British Medical Journal*. ISSN 0959-8138, 2005, vol. 330, p. 612-613.

CCM. 2016. *Decision Support*. [online]. [citované 2016-07-03]. Dostupné na internete:http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24.

COLEMAN, K. - AUSTIN, B. T. - BRACH, C. – WAGNER, E. H. et al. 2009. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. In *Health Aff (Millwood)*. ISSN 1544-5208, 2009, vol. 28, No. 1, p. 75-85.

HEGYI, L. 2013. Chronické choroby – zdravotný a sociálny problém 21. storočia. In *Bedecker zdravia*. ISSN 1337-2734, 2013, č. 5, s. 1.

HRACHOVINOVÁ, T. 2007. Psychologie péče o pacienty s diabetes. In *Medicína po promoci*. ISSN 1212-9445, 2007, vol. 8, Suppl. 2, s. 60–68.

HUDÁKOVÁ, A.- DERŇAROVÁ, Ľ. 2006. Podiel ošetrovateľstva na prevencii komplikácií u diabetikov. In *MOLISA 3*. Prešov: FZ PU s FN sP Prešov, 2006. ISBN 80-8068-480-4, s. 17-20.

MAGUROVÁ, D.- MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2011. Vplyv edukácie prostredníctvom profesionálov na vedomostnú úroveň diabetikov 2. typu. In *Ošetrovateľství a porodní asistence*. ISSN 1804-2740, 2011, roč. 2, č. 1, s. 171-178.

MAKARA, P. 2015. *Otvorený list lekárov: Starostlivosť o diabetikov ako z minulého storočia*. [online]. [citované 2016-08-17]. Dostupné na internete: <https://www.slovenskypacient.sk/otvoreny-list-lekarov-starostlivosť-o-diabetikov-ako-z-minuleho-storocia/>.

PUTEKOVÁ, S., KABÁTOVÁ, O., MARTINKOVÁ, J. 2016. *Prevencia v ošetrovateľstve 1. vyd.* Trnava: *Typi Universitatis Tyrnaviensis*, 2016. 183 s. ISBN 978-80-8082-998-8.

SACHO. 2014. *Analýza trendov chronických ochorení a monitorovanie zdravotných indikátorov v kontexte 9 cieľov globálneho monitorovacieho rámca do roku 2025*. [online]. 72 s. [citované 2016-05-07]. Dostupné na internete: <http://www.hpi.sk/2015/02/analýza-trendov-chronicky-ochoreni-do-roku-2025/>.

ŠUPINOVÁ, M. – ŠICHTOVÁ, A. 2012. Effect of glycemic control on diabetic retinopathy in the case of persons with diabetes mellitus type 2. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*. ISSN 1338-6263, 2012, vol. 2, no. 4, p. 125-130.

TKÁČOVÁ, Ľ. - GREŠŠ HALÁSZ, B. 2016. Výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Deinštitucionalizácia sociálnych služieb v kontexte pomáhajúcich profesií*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva sociálnej práce sv. Alžbety, 2016. ISBN 978-80- 8132-144-3, s.445-451.

ULIČIANSKY, V. - SCHRÖNER, Z. 2009. Správny prístup k pacientovi - základ úspešnej liečby. In *Postgraduálna medicína*. ISSN 1212-4184, 2009, č. 4, s. 388- 396.

WAGNER, E.H. et al. 2005. Finding common ground: patient-centeredness and evidencebased chronic illness care. In *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. ISSN 1075-5535, 2005, vol. 11, p. 7 - 15.

WHO. 2007. *Prevention of cardiovascular disease*. Geneva:WHO, 2007. ISBN 978-92- 415-472-60.

Korešpondencia:

doc. PhDr. Ľubomíra Tkáčová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníckych odborov
Prešovská univerzita v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
lubomira.tkacova@unipo.sk

PSYCHOEDUKÁCIA PACIENTA S DEPRESÍVNOU PORUCHOU

PhDr. Marek Rabinčák

Psychiatrická nemocnica Michalovce

SÚHRN

Príspevok popisuje stručný prehľad problematiky depresie, možnosti terapeutických postupov a ošetrovanie jedincov s týmto ochorením. Bližšie špecifikujeme psychoedukačnú intervenciu v rámci ošetrovateľskej starostlivosti u hospitalizovaného pacienta. Na kazuistike poukazujeme a približujeme psychoedukačný proces u vybraného pacienta, samotný priebeh a výsledné hodnotenie sestrou. Vlastnou klinickou skúsenosťou deklaruujeme dôležitosť psychoedukačného procesu pri ošetrovaní pacientov trpiacich ochorením depresia.

Kľúčové slová: *depresia, psychiatrické ošetrovatelstvo, psychoedukácia, rola sestry*

SUMMARY

The article describes a brief overview of depression issues, the possibilities of therapeutic procedures and the treatment of individuals with such disease. It will further specify the psychoeducational intervention in nursing care in the hospitalized patient. This is a case study, it points and approaches the psychoeducational process of the selected patient, the course itself and the final evaluation by the nurse. From our clinical experience, we declare the importance of the psychoeducational process in treating patients suffering from depression.

Key words: *depression, psychiatric nursing, psycho-education, nurses role*

Úvod

Duševné poruchy sa týkajú klinicky významných behaviorálnych alebo psychologických syndrémov, ktoré vedú k zhoršeniu fungovania u jedinca. Medzi príklady duševných porúch patria poruchy nálady, úzkostné poruchy, poruchy prispôsobenia, schizofrénia a iné. Pretrvávajúce a vysoké úrovne stresu spôsobené rôznymi stresovými faktormi môžu ohroziť jedinca rozvojom duševnej poruchy. Súčasne symptómy spojené s duševnou poruchou môžu viesť k ďalšiemu stresu, depresii a úzkosti, ktoré môžu zhoršiť celkový stav. Výsledný začarovaný cyklus narúša zdravie jednotlivca, a preto si vyžaduje účinnú liečbu, ktorá pomáha jedincovi viesť uspokojujúci život so stresom udržiavaným na zdravých úrovniach.

Základné údaje o depresívnej poruche

Veľmi dôležitým krokom je odlíšiť pojem depresia, ktorý sa stal súčasťou bežného hovorového jazyka na označenie smutnej nálady od skutočnej patologickej nálady. Depresia je ochorenie celého organizmu. Nie je to slabosť, nedostatok vôle či sebadisciplíny (Praško a kol, 2007). Depresia je veľmi rozšírená duševná porucha, ktorá je spojená s vysokou mierou chorobnosti a funkčného poškodenia. K hlavným príznakom patria zhoršenie nálady, sklúčenosť, strata radosti, emocionálna prázdnota, vôľová slabosť, strata záujmov. Môže sa objaviť sebahodnotenie, pocity bezcennosti až zúfalstvo, úzkosť sprevádzaná nepokojom, problémy s koncentráciou aj suicidálne myšlienky. Typické sú aj viaceré až početné somatické ťažkosti, poruchy spánku, bolesti, nechutenstvo, strata hmotnosti a strata libida (Hautzinger, 2000)

Terapeutické postupy

V liečbe akútnych ľahkých foriem depresívnej poruchy môže byť pri preferencii pacientom užívaná farmakoterapia. Liečba antidepresívami by mala byť užívaná vždy pri liečbe stredne ťažkých a

ťažkých foriem poruchy, a to aj vtedy ak je plánovaná elektrokonvulzívna liečba. Všetky ďalšie intervencie dopĺňujúce primárnu liečbu antidepresívami sú označované ako prídavná liečba a zahŕňajú postupy farmakologické aj nefarmakologické. Ich cieľom je urýchliť odpoveď na primárnu liečbu antidepresívami, zmierniť anxiétu alebo nespavosť, prípadne redukovať depresívne symptómy do dosiahnutia plnej remisie (Anders et al., 2010). V psychoterapii depresívnej poruchy je zásadným faktorom motivácia pacienta dochádzať na individuálne alebo skupinové psychoterapeutické sedenie. Psychoterapeutická liečba znižuje množstvo relapsov a recidív, redukuje reziduálnu symptomatiku, zlepšuje interpersonálne fungovanie, zlepšuje sociálnu a pracovnú adaptáciu, zlepšuje adhérenciu k liečbe, zlepšuje komorbidity (Raboch et al., 2014). U nemotivovaných pacientov či u pacientov, ktorí nie sú do psychoterapie vhodní (organickí pacienti, pacienti s nižšími intelektovými schopnosťami) využívame ďalšie podporné psychoterapeutické metódy. Rozhodujúcim faktorom liečby je osobnosť terapeuta, ktorá je často dôležitejším faktorom než aplikovaná psychoterapeutická metóda (Sekot, 2014). Farmakoterapia sa považuje za nevyhnutnú v liečbe závažnej depresívnej poruchy. Napriek tomu značný počet pacientov nereaguje adekvátne na liečbu založenú len na liekoch, majú vysoký počet relapsov a rekurencie. Psychosociálne intervencie vrátane psychoedukácie sa preto čoraz viac akceptujú ako základná a neodmysliteľná súčasť liečby depresie, ktorá je úzko spätá s farmakologickými stratégiami (Praško, J. et al. 2007).

Ošetrovanie jedincov s depresiou

Klinické symptómy depresie znamenajú pre sestru určitú výzvu, ktorá pripúšťa, že každé správanie má svoj význam a zámer. Pri ošetrovateľskom assessmente depresívneho pacienta by sestra mala preniknúť za vonkajšie prejavy a brať do úvahy všetky možné aspekty. Dôkladné ošetrovateľské posudzovanie sa má zamerať na fyziologické, psychologické, kognitívne a možné ďalšie faktory. Pri ošetrovaní pacientov trpiacich depresiou je potrebné, aby sestry identifikovali aktuálne problémy a podľa nich naplánovali aj špecifické zásahy (Janošíková, Daviesová, 1999). Špecifickým prvkom pri ošetrovaní jedincov trpiacich depresiou je aj psychoedukácia jedinca a jeho rodiny.

Psychoedukácia

Psychoedukácia zvyšuje citlivosť k skorým varovným príznakom ochorenia, znižuje expresivitu prejavu a tým konflikty s pacientom, znižuje množstvo relapsov. Psychoterapia znižuje množstvo relapsov a recidív, reziduálne symptomatiky, zlepšuje interpersonálne fungovanie, zlepšuje sociálnu a pracovnú adaptáciu, zlepšuje adhérenciu k liečbe, zlepšuje komorbidity (Raboch et al., 2014). Psychoedukácia je psychosociálna liečba, ktorá je dobre zdokumentovaná ako doplnok farmakologickej liečby. Existujú štúdie týkajúce sa jej účinnosti u dospelých pacientov s veľkou depresívnou poruchou, ktoré naznačujú, že psychoedukácia je účinná pri zlepšovaní klinického priebehu, adhérencie a psychosociálnej funkčnosti depresívnych pacientov (Tursi et al., 2013). Psychoedukačné intervencie vo všeobecnosti zdôrazňujú prezentáciu aktuálnych faktických informácií o duševných ochoreniach a liečbe s cieľom riešiť nesprávne predstavy a tieto zásahy vo všeobecnosti poskytujú optimistické posolstvá o liečbe problémov duševného zdravia. U jedincov, ktorí sú už v liečbe, môže destigmatizovaná psychoedukácia znížiť vnímanú stigmatizáciu (Alvidrez, Snowden, Kaiser, 2008).

KAZUISTIKA

Osobná anamnéza: zisťujeme prekonanie bežných detských ochorení, prekonané operácie APE, CHCE, operácia očí vykonaná v roku 2013. Dispenzarizovaný pre arteriálnu hypertenziu, úrazy hlavy a bezvedomie pacient neguje.

Rodinná anamnéza: matka pacienta trpela Alzheimerovou demenciou, iná rodinná záťaž nezistená.

Sociálna anamnéza: vdovec, má jedno dieťa - dcéru, ktorá je zaopatrená a býva samostatne. Ukončil vysokoškolské vzdelanie na poľnohospodárskej univerzite, pracoval na riadiacich postoch na východnom Slovensku. Nefajčiar, konzumácia alkoholu príležitostne, iné návykové látky neguje. Vlastní vodičské oprávnenie, strelný preukaz a zbraň nevlastní, ukončená povinná vojenská služba, trestaný nebol.

Alergická anamnéza: alergiu na potraviny neudáva, lieková alergia na ciprofloxacín (urtika, diarhoe).

Lekárska diagnóza: F33.2 Recidivujúca depresívna porucha, terajšia epizóda ťažkého stupňa s prchavými suicidálnymi tendenciami

Sesterské diagnózy:

P 109 Smútok

P 107 Zmenený myšlienkový proces

S 140 Narušený spánok

E 103 Nedostatok vedomostí

A 101 Riziko narušenej adaptácie

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

Psychometrické vyšetrenie sestrou:

Ne verifikáciu psychického stavu v rámci ošetrovateľského procesu použité posudzovacie a hodnotiace nástroje na hodnotenie nálady a kognitívnych funkcií. Výsledné bodové skóre pre **Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)** 29 bodov, t.j. objektivizuje problém v oblasti pesimistických a suicidálnych myšlienok, spánku, koncentrácie, smútku. **Montreal cognitive assessment (MOCA)** 28 bodov čo svedčí pre normálny nález a **Standard mini mental state examination (SMMSE)** 30 bodov, taktiež bez patologických zmien v oblasti kognitívnych funkcií.

Katamnéza

Pacient dispenzarizovaný u ambulantného psychiatra viac rokov. Prvé príznaky depresívneho ochorenia sa objavili pred 15 rokmi. Pripisuje to asi životným zmenám, ktoré sa udiali v jeho živote a to je úmrtie manželky a odchod do starobného dôchodku. Dovtedy to *“ako tak išlo”*. Bol zamestnaný, mal dostatok životnej energie a zmysel života. Po prepuknutí prvých príznakov nevyhľadal odbornú pomoc, predpokladal, *“že to prejde”*. Postupne sa stav zhoršoval, všimla si to už aj dcéra. Bol opakovane liečený v iných psychiatrických zariadeniach. Po preliečení udáva krátkodobé stavy zlepšenia. Aktuálna hospitalizácia je na odporúčanie ambulantného psychiatra pre zhoršenie depresívnej symptomatiky a prítomnosť samovražedných myšlienok. Subjektívne hodnotí svoju náladu *“pod psa”*, cíti sa slabý a vyčerpaný, nemá chuť k jedlu, udáva aj úbytok na hmotnosti, po nociach nespí, už nevládze, nevie ako ďalej. Skoro denne máva úvahy o samovražde, ktoré sa stupňujú a z množujú najmä k večeru, nechce sa mu žiť, lebo ho to nebaví. Aj napriek hospitalizáciám v iných psychiatrických zariadeniach sa mu ochorenie vrátilo. Požiadal dcéru, aby mu pomohla vyhľadať pomoc, navštívil psychiatrickú ambulanciu, kde ho lekár odoslal na akútny príjem.

Analýza a interpretácia

Išlo o opakovanú hospitalizáciu, v našom zariadení v poradí tretiu, pacienta pána S. na doporučenie ambulantného psychiatra pre zhoršenie depresívnej symptomatiky a prítomnosť suicidálnych myšlienok. Po stabilizácii akútneho stavu ochorenia biologickými metódami, najmä psychofarmakologickými preparátmi, ktoré podávali sestry na základe ordinácie lekára, dochádzalo postupne k zlepšeniu psychického stavu a redukcii horeuvedených symptómov pri základnom ochorení. Po zlepšení psychickej kondície pacienta mu bol na sesterskej vizite v 15. deň

hospitalizácie doporučený psychoedukačný skupinový program *Prevention course for depression*. Po dohode s pacientom posúdené jeho edukačné schopnosti, následne bol zaradený do uzatvorenej psychoedukačnej skupiny. Edukátormi sú sestra so špecializáciou v odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii, s II. stupňom vysokoškolského vzdelania v odbore ošetrovateľstvo a minimálne 5 ročnou praxou v spolupráci s lekárom - psychiatrom. Celkovo pacient absolvoval osem edukačných stretnutí. V úvode bol menej motivovaný, skôr pesimisticky ladený. Prevedený motivačno-inštruktážny pohovor, objasnený význam účasti na programe a ciele plánovaných psychoedukačných skupín. Spočiatku pasívny, vystupuje najmä v roli počúvateľa, bez aktívnej účasti. Subjektívne úvodom psychoedukačných stretnutí edukant konštatuje *“Ďakujem vám tu medové motúzy popod nos”*. Edukačné stretnutia realizované interaktívne, využívané aj alternatívne edukačné metódy ako hranie roly, kruh, brainstorming najmä pri skupinových edukačných úlohách, analýza prípadov a situačné metódy. Postupne pacient zvyšuje angažovanosť na edukačnom procese, aktívne sa zapája, plní zadané edukačné úlohy, podáva sebareflexiu o naučených metódach a postupoch. Aktívne využíva naučené krátke relaxačné cvičenie (napríklad bezpečné miesto, pláž), efektívne plánuje doliečovací proces, pozná význam preventívnych stratégií. Pri záverečnom hodnotení účasti pacienta na psychoedukačnom programe edukant poskytuje pozitívnu spätnú väzbu, má potenciál využiť naučené metódy a uplatniť ich aj v rámci doliečovacieho procesu. Po ukončení obdržal edukačné podnetové materiály a edukačné listy, ktoré si so sebou odnáša do domáceho ošetrovania.

Diskusia

Rola sestier so špecializáciou v procese liečby pacientov s duševných ochorení je nenahraditeľná (Petr, Marková a kol., 2014). Metaanalytická štúdia Pffammera et al. (2006) poukazuje na to, že psychoedukačné intervencie vedú k zlepšeniu adherencie pacientov v liečbe, vedú k významnej zmene emočnej angažovanosti od vysokej k nízkej, k zlepšeniu sociálnej prispôsobivosti pacienta a skráteniu doby hospitalizácie. Psychoedukačné intervencie ďalej redukujú psychopatológiu v ďalších sledovaniach a taktiež indikujú lepšiu úroveň vedomostí príbuzných o samotnej chorobe.

V našom klinickom prípade edukant absolvoval komplexný psychoedukačný skupinový program pozostávajúci z ôsmich štrukturovaných edukačných blokov, v rámci ktorých mu boli prostredníctvom psychoedukačnej intervencie ponúknuté vhodné preventívne stratégie a spôsoby včasnej profylaxie a liečby depresie nefarmakologickými metódami. Jeho postoj hodnotíme pozitívne, mal aktívny prístup k zadaným úlohám, individuálnym cvičeniam či skupinovým diskusiám. U edukanta došlo k uvedomeniu si potreby zmeny v doterajšom životnom štýle. Počas psychoedukačných skupín participant v momentkách priebežne bilancoval a hodnotil nadobudnuté informácie a vedomosti. Stanovené ciele a výsledné kritéria boli splnené. Edukant má predpoklady efektívne aplikovať jednotlivé stratégie pomoci aj v domácich podmienkach. Naša klinická ošetrovateľská prax ukazuje, že kvalitne vedená psychoedukácia je dobrá voľba pre jedinca so súbežne pokračujúcou farmakologickou respektíve biologickou liečbou. A práve rola sestier je v celom tomto procese jedinečná a nenahraditeľná.

Záver

Duševné ochorenia majú v súčasnom období stúpajúcu tendenciu nielen na národnej ale i na celosvetovej úrovni. Depresia, o ktorej pojednáva aj predložený prehľadový článok, bude podľa WHO v roku 2020 štvrtým najčastejším ochorením. Tento predpoklad poukazuje na význam a dôležitosť všetkých zdravotníckych pracovníkov pôsobiacich v danej oblasti. Vzhľadom na to, že duševné ochorenia majú celý rad faktorov podporujúcich rozvoj jednotlivých porúch, aj samotná liečba vyžaduje komplexnosť, ktorú zabezpečuje multidisciplinárny tím tvorený aj sestrami. Významnou špecializovanou činnosťou sestier je práve opísaná psychoedukácia pacienta a jeho rodiny. Ide o intervenciu a tréning, ktorý je komplexný, štruktúrovaný a má za cieľ spoločenské posilnenie, redukciu sociálneho a výkonnostného deficitu a získanie náhľadu na poruchu.

Použitá literatura:

Alvidrez, J., - Snowden, L. R., - Kaiser, D. M. 2008. Involving consumers in the development of a psychoeducational booklet about stigma for black mental health clients. *Health Promotion Practice*, 1–10.

Anders M, et al. Depresivní porucha. In: Raboch, J. et al. 2014. *Psychiatrie. Doporučené postupy v psychiatrické péči IV*. 1. vyd. Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2014, str. 56 - 74. ISBN 978-80-260-5792-5.

Hautziger, M. 2000. *Depresia*. 1. vyd. Trenčín: Vydavateľstvo F. 2000, 86 str. ISBN 80-88952-05-0.

Janosiková, H., E. - Daviesová, L., J. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta. 1999. 551 str. ISBN 80-8063-017-8.

Praško, J. et al. 2007. *Kognitívne behaviorálna terapia psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton. 1063 str. ISBN 978-80-7254-865-1.

Petr, T. - Marková, E. a kol. 2014. *Ošetrovateľství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

Pfammatter, M. - Junghan, U., M. - Brenner, H., D. 2006. Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Meta-analyses. In *Schizophrenia Bulletin* [online]. 2006. vol. 32, Issue suppl 1, p. 64-80. [cit. 2016.10.01]. Dostupné nainternete: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632545/>>. Doi: 10.1093 /schbul/sbl030.

Raboch, J. et al. 2014. *Psychiatrie. Doporučené postupy v psychiatrické péči IV*. 1. vyd. Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2014, str. 56 - 74. ISBN 978-80-260-5792-5.

Sekot, M. 2014. *Deprese u dospělých / Depresivní porucha – psychoterapie*. In Raboch, J. et al. 2014. *Psychiatrie. Doporučené postupy v psychiatrické péči IV*. 1. vyd. Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2014, str. 69 - 74. ISBN 978-80-260-5792-5.

Tursi MF, Baes Cv, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. In *Aust N Z J Psychiatry*. 2013 Nov; 47(11):1019-31. doi: 10.1177/0004867413491154.

Korešpondencia:

PhDr. Marek Rabinčák
 Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.
 Areál Psychiatrickej nemocnice Strážany
 071 01 Michalovce
 marek.rabincak@gmail.com

FRAILTY SYNDRÓM AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Mgr. Eva Tomíková, MPH
 doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.
 Katedra ošetrovateľstva FZaSP, TU v Trnave

Súhrn:

Autori príspevku uvádzajú základné informácie k objasneniu pojmu krehký pacient, o preventívnych opatreniach, o príčinách, prejavoch frailty syndrómu, rôznych metodík na posúdenie prítomnosti krehkosti, o ošetrovateľských zásahoch a intervenciách v rámci poskytovania komplexnej ošetrovateľskej, zdravotno-sociálnej starostlivosti.

Kľúčové slová:

Geriatrická krehkosť, Zmeny v starobe, Prevencia krehkosti, Ošetrovateľské intervencie, Ošetrovateľská diagnóza.

FRAILTY SYNDROME AS A NURSING PROBLEM

Summary:

The authors of the paper present basic information to clarify the following terms: fragile patient, preventive measures, causes, symptoms of frailty syndrome, various methods for assesing the presence of fragility, nursing interventions and comprehensive nursing, health and social care interventions.

Keywords:

Geriatric frailty, Changes in senility, Prevention of fragility, Nursing interventions, Nursing Diagnosis.

Hlavným teoretickým východiskom k prezentácii príspevku je objasnenie pojmu krehký pacient („frailty pacient“), ako aj možnosti skríningu a posúdenia závažnosti „frailty syndrómu“. Syndróm krehkého pacienta je definovaný ako stav vysokej zraniteľnosti pacienta vedúcej k neželateľným vedľajším následkom zdravotnej starostlivosti, akými sú disabilita, závislosť na druhej osobe, pády, požiadavky na dlhodobú starostlivosť a mortalita (Fried, 2004). Tento fenomén sa častejšie objavuje v období starnutia, kedy býva sprievodným príznakom akútneho alebo chronického ochorenia. Preto ho často nazývame aj geriatrický syndróm. U pacienta sa zhoršujú funkcie viacerých telových systémov, redukujú sa funkčné rezervy organizmu a zároveň schopnosť dosiahnuť fyziologickú homeostázu. Následne to vyúsťuje do typického súboru ťažkostí mentálnych (apatia), pohybových (hypomobilita, insabilita, sarkopénia) a nutričných (anorexia, chudnutie). Príčiny tejto straty fyziologickej rezervy sú pravdepodobne multifaktoriálne, vrátane intraindividuálnych a enviromentálnych problémov. Zhodnotenie zmien v reálnom živote môže odrážať čistý vplyv klesajúcej rezervy, berúc do úvahy rovnováhu medzi internou fyziologickou kapacitou a vonkajšími problémami, s ktorými sa starý ľudia stretávajú v každodennom živote. Etiológia ochorenia je multikauzálna a individuálne variabilná (Bergman a kol. 2007). Krehkosť môže byť fyzická alebo psychická, alebo kombinácia oboch. Na jej vzniku sa podieľajú nasledovné faktory:

- biologická involúcia
- choroby, ich kombinácia a nežiaduce účinky liekov
- spôsob života

- psychosociálne faktory
- náročnosť prostredia s hendikepujúcimi bariérami
- genetická predispozícia
- **Tab. 1 Diagnostické kritéria krehkosti (Fried, 2001)**

Úbytok hmotnosti	Zníženie hmotnosti o viac ako 4,5 kg za posledné 3 mesiace, alebo pokles hmotnosti o viac ako 5 % / rok	
Pocit vyčerpania	Pocit, že vyčerpanosť obmedzovala aktivitu viac ako 3 dni v týždni	
Fyzická aktivita	Znížená *	
Sila stisku dominantnej ruky	Muži BMI 24 a menej BMI 24,1 – 26 BMI 26,1 – 28 BMI viac ako 28 Ženy BMI 23 a menej BMI 23,1 – 26 BMI 26,1 – 29 BMI viac ako 29	N 177 a menej 285 - 294 295 - 304 305 - 318 167 a menej 168 – 170 171 – 176 177 - 206
Rýchlosť chôdze	Muži Vysokí 173 a menej cm Vyšší ako 173 cm Ženy Vysoké 159 a menej cm Vyššie ako 159 cm	Čas potrebný na prejdienie 13,7 m 7 a viac sekúnd 6 a viac sekúnd 7 a viac sekúnd 6 a viac sekúnd
Fyzická aktivita	Týždenný energetický výdaj pri fyzickej aktivite menší 1605 kJ u mužov a 1310 kJ u žien *	
*Fyzickú aktivitu možno hodnotiť podľa podľa „MinnesotaLeisureTimeActivityquestionnaire“		

Do istého bodu je krehkosť vhodnou intervenciou potenciálne ireverzibilná. Je preto potrebné zamerať sa na vyhľadávanie rizikových seniorov a realizovať preventívne opatrenia, aby sa predišlo plne rozvinutej stareckej krehkosti a jej následkom. Konsenzus odporúča skrínigovo vyšetrovať všetky osoby nad 70 rokov ako aj osoby s chronickým ochorením a zároveň s významným poklesom hmotnosti (viac ako 5% za posledný polrok). Na účely štúdií bolo vypracovaných niekoľko metodík na posúdenie prítomnosti krehkosti. V klinickej praxi sa napríklad využíva FRAIL škála (Morley a kol. 2013).

Tab. 2 Kritéria seniorskej krehkosti podľa Morley a kol. 2013

F	Fatigue	Subjektívne pociťovaná únava počas posledného mesiaca
R	Resistance	Problémy/neschopnosť vyjsť 10 schodov bez zastavenia
A	Ambulation	Problémy/neschopnosť prejsť vzdialenosť 1 bloku domov
I	Illnes	Prítomnosť komorbídie (viac ako 5 chorôb)
L	Loss of weight	Strata hmotnosti viac ako 5% za minulý rok

Prejavy syndrómu sú často nešpecifické, môžu byť vyjadrené počtom, intenzitou a časovou postupnosťou. V priebehu staroby sa výskyt krehkosti zvyšuje. Z hľadiska pohlavia je častejšia približne o 30% viac u žien ako u mužov (Bergman a kol. 2007). K najčastejším príznakom patria: maladaptácia, malnutrícia, inaktivita, instabilita ako aj kognitívny deficit. Vznik obrazu krehkého

pacienta má často súvislosť s interkurentným akútnym ochorením, ako aj so zvýšenou vulnerabilitou osoby vo vyššom veku (Espinosa, 2005)

Ošetrovateľské intervencie pri stareckej krehkosti spočívajú podľa (Kalvach, Holmerová, 2008) v :

- aktívnej dispenzarizácii po prijatí do nemocničnej starostlivosti
- optimalizácii nemocničného režimu pre diagnostikovaných pacientov
- dodržiavaní nutričnej potreby a zvýšení príjmu bielkovín
- motivovaní pacientov k aktivite
- odstránení porúch spánku
- podpore dlhodobej fyzioterapie podľa individuálnych potrieb pacienta
- plnom využívaní kompenzačných pomôcok
- podporovaní dôstojnosti, autonómie pacienta ako prevenciu ageizmu

Všetky liečebné a ošetrovateľské zásahy pri kompenzácii krehkosti nie sú kauzálne, ale komplexné. Sú zamerané na zlepšenie momentálneho stavu pacienta, jeho prognózy, ale najmä na zlepšenie kvality jeho života. Ošetrovateľská starostlivosť o krehkých seniorov by mala začať fázou posudzovania pacienta. Keďže už v súčasnosti vieme rozpoznať diagnostické kritéria pri syndróme krehkosti môžeme tieto vedomosti využiť na stanovenie sesterských diagnóz reálnych aj potencionálnych. Každé jedno posudzovanie je vysoko individuálne. Pričom sa sústredíme na posudzovanie adaptácie seniora, jeho aktivity, vnímanie bolesti, bezmocnosti a beznádeje. Na primárne potreby, predovšetkým výživu a spánok. Ďalej je to posudzovanie psychických stavov a procesov, sebakoncepcia seniora a zmyslové vnímanie. V rámci socializácie posudzujeme rodinu, komunikáciu, izoláciu, stupeň sebaopatery a spoluprácu. Všetky intervencie môže sestra vykonávať buď samostatne, prípadne v spolupráci s iným zdravotníckym pracovníkom, asistentom prípadne fyzioterapeutom. Ošetrovateľské zásahy môžu byť ďalej zamerané na polohovanie pacienta, pasívne a aktívne cvičenie, dychové cvičenia, sebaobslužné aktivity, prípadne edukáciu pacienta a rodiny. Veľký význam majú najmä cvičiace programy pre seniorov umiestnených v zariadeniach ústavnej sociálnej starostlivosti. V rámci prevencie krehkosti je potrebné sa zamerať na výchovu k zdraviu v seniorskej populácii, na aktívnu depistáž a dispenzarizáciu rizikových osôb. Morley (2006) vypracoval na prevenciu krehkosti mnemotechnickú pomôcku pod akronymom slova „frailty“

F- Food = výživa, bielkoviny, prevencia anorexie a malnutricie

R- Resistance exercises = dlhodobá pohybová aktivita

A - Atherosclerosis = prevencia aterosklerózy, prevencia metabolického syndrómu

I - Isolation = neizolovať sa, vyhľadávať spoločnosť, byť aktívny

L - Limit pain = udržiavať chronickú bolesť pod kontrolou

T - Tai-Chi exercises = cvičenie rovnováhy

Y - Yerly functional checking = včasné kontroly funkčného aj zdravotného stavu

V súčasnosti je starostlivosť o starých pacientov celospoločenskou výzvou vzhľadom k nárastu symptómov zvyšujúcich režijné náklady na starostlivosť, pre medicínsku komplexnosť ako aj pre rastúce požiadavky na zvýšenú zdravotno-sociálnu starostlivosť (Espinosa, 2005). Krehkosť pacienta je špecifická geriatrická téma s presahom do paliatívnej medicíny. Preto pri intervencii krehkosti platí moderný prístup aktívnej paliatívnej starostlivosti založenej na individuálnom pláne zohľadňujúcom potreby konkrétneho pacienta. Podstatným zostáva fakt, aby seniori boli včas diagnostikovaní, nakoľko svoju krehkosť nedokážu signalizovať. Od istého momentu sa krehkosť totiž nedá zvrátiť a vzniká bludný kruh neprospievania, na konci ktorého je smrť.

Použitá literatúra:

BERGMAN, H. a kol. (2007) Frailty: an emerging research and clinical paradigm issues and controversies. *In The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2007, roč. 62, č. 7, s. 731 - 737. ISSN 1079-5006

ESPINOZA, S., WALSTON, JD. (2005) Frailty in older adults: insights and interventions. *In Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2005, roč. 72, č. 12, s. 1105-1112. ISSN 0891-1150

FRIED, LP. a kol. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *In The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2001, roč. 56, č. 3, s. 146 - 156. ISSN 1079-5006

FRIED, LP. a kol. (2004) Untangling the concepts of disability, frailty, an comorbidity: implications for improved targeting and care. *In The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 2006, roč. 59, č. 3, s. 255 - 263. ISSN 1079-5006

KALVACH, Z., HOLMEROVA, I. (2008) Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *In Medicína pro praxi*, 2008, roč. 5, č. 2, s. 66 – 69. ISSN 1214-8687

MORLEY, JE. (2006) *Frailty in principles of Geriatric Medicine*, 4. vyd. Chichester - John Wiley and Sons, 2006, ISBN 13978-0-470-09055-8.

MORLEY, JE. A kol. (2013) Frailty consensus: A call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2013, roč. 14, č. 6, s. 392 – 397. ISSN 1525-8610

Korešpondencia:

Mgr. Eva Tomíková, MPH
Katedra ošetrovateľstva FZaSP
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
eva.tomikova@truni.sk

DEFICIT SEBESTAČNOSTI U SENIOROV S DEMENCIOU

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP, TU v Trnave

Súhrn

Vplyvom demencie dochádza k poruchám kognitívnych funkcií, počas starostlivosti sa objavuje široká škála problémov so správaním, ktoré ovplyvňujú rôzne činnosti. Sebestačnosť môžeme chápať ako schopnosť starať sa sám o seba, starať sa o svoje zdravie, rodinu, uspokojovať svoje potreby a prevenciu ochorení a úrazov. Deficit sebestačnosti u seniora s demenciou znamená, že pri aktivitách denného života a uspokojovaní individuálnych potrieb je odkázaný na pomoc inej osoby. Starostlivosť o seniora s demenciou je zameraná na podporu sebestačnosti, kognitívnych funkcií, uspokojovanie potrieb a bezpečnosť. Priebežne sestra vykonáva posúdenie sebestačnosti. K posúdeniu sebestačnosti môžu sestry využívať posudzovacie škály. Sebestačnosť hodnotíme pomocou škál zameraných na základné aktivity denného života a inštrumentálne aktivity denného života.

Kľúčové slová: Senior. Demencia. Sebestačnosť. Starostlivosť.

Pri demencii v dôsledku organického poškodenia mozgu dochádza k úpadku kognitívnych funkcií a druhotne aj ďalších funkcií a to v takej miere, ktorá obmedzuje profesijný i osobný život. Ochorenie ma progredientnú tendenciu, postupne klesá schopnosť vykonávať aktivity bežného života, dochádza až k strate sebestačnosti a k úplnej odkázanosti na druhej osobe (Tkáčová, Lancošová, 2014). Sebestačnosť môžeme ponímať ako schopnosť starať sa o seba, o svoje zdravie, o svoju rodinu, uspokojovanie psychických a sociálnych potrieb, prevenciu ochorení a úrazov (Boriková, 2010). Deficit sebestačnosti u pacientov s demenciou znamená, že pri vykonávaní základných denných aktivít sú odkázaní na pomoc iných osôb, najčastejšie rodinných príslušníkov. Ressler (2011) nepovažuje poruchu kognitívnych funkcií za najväčší problém. Rozlišuje tri základné problémy, ktorým sa treba venovať u pacientov s demenciou. Prvý problém sú kognitívne funkcie, druhý problém sú zmeny v správaní a tretí problém sú zmeny v aktivitách denného života. Ošetrovateľská starostlivosť o seniorov s demenciou by mala byť zameraná na podporu sebestačnosti, na podporu kognitívnych funkcií, na uspokojovanie individuálnych potrieb a bezpečnosť seniorov.

Aktivity každodenného života, často nazývané ako fyzické alebo základné činnosti. Zahŕňajú základné zručnosti, ktoré sú zvyčajne potrebné na zvládnutie základných fyzických potrieb, obsahujú nasledujúce oblasti:

- starostlivosť o hygienu (kúpanie, osobná hygiena, vlasy, obliekanie),
- starostlivosť o vylučovanie (moč, stolica),
- starostlivosť o pohybovú aktivitu (chôdza po rovine, po schodoch)
- starostlivosť o výživu a hydratáciu.

Tieto funkčné zručnosti sú zvládnuté od začiatku života a sú relatívne zachované vzhľadom na zhoršenie kognitívnych funkcií v porovnaní s aktivitami vyššej úrovne. Základné aktivity denného života sú všeobecne zaradené do kategórií oddelene od inštrumentálnych aktivít denného života, ktoré zahŕňajú zložitejšie aktivity súvisiace s nezávislým životom, napr. práca s financiami a užívanie liekov. Výkonnosť inštrumentálnych denných činností je citlivá na skorý kognitívny deficit, zatiaľ čo základné fungovanie je často významným prvkom základných schopností (Cahn-Weiner et al., 2007). Porucha inštrumentálnych denných činností sa často vyskytuje pri miernom kognitívnom deficite a skorej demencii (Farias et al., 2013), zatiaľ čo deficity základných denných činností často nie sú prítomné až do neskorších štádií demencie (West, McCue, Golden, 2012).

Millan-Calenti et al. (2010) uvádzajú, že závislosť pacienta v základných aktivitách denného života koreluje s nižšou kvalitou života. Ramos, Simoes, Albert (2001) uvádzajú, že deficit základných denných aktivít zvyšuje náklady na zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť, zvyšuje riziko mortality a inštitucionalizáciu (Gaugler et al, 2007). Barberger-Gateau et al. (2002) uvádzajú, že demencia ovplyvňuje kognitívne procesy vedúce k funkčným poruchám, ktoré ovplyvňujú inštrumentálne denné činnosti ako užívanie liekov alebo používanie financií a potom základné denné činnosti. Dôležité sú osobné a enviromentálne faktory, ktoré môžu zmeniť proces postihnúť pri demencii, ako je primeraná sociálna podpora alebo liečba komorbidných psychiatrických problémov. Denné činnosti obsahujú rôzne typy zručností, ktoré vyžadujú postupnosť akcie, koncepčné poznatky a manipuláciu potrebnú na dosiahnutie zamýšľaného cieľa (Bienkiewicz et al., 2014). U pacientov s deficitom základných denných aktivít sa vykonáva menej neuropsychologických štúdií ako u pacientov s deficitom inštrumentálnych denných činností (Barberger-Gateau et al., 2002). Základné činnosti denného života môžu byť tiež menej citlivé na zmeny v kognitívnom funkciách, najmä na začiatku procesu demencie (Koskas et al., 2014).

Posúdenie sebestačnosti

Úlohou sestry pri prijíme pacienta je posúdenie, zhodnotenie fyzickej i psychickej sebestačnosti. Využíva k tomu rozhovor, v prípade kognitívneho deficitu získava informácie od príbuzných alebo zdravotníckych pracovníkov. Počas posúdenia si všíma sebestačnosť pacienta, akým spôsobom sa pohybuje, používanie kompenzačných pomôcok, zovňajšok, poruchy zmyslov a ich kompenzácia. K posúdeniu úrovne sebestačnosti využíva posudzovacie škály (Smičková, 2011).

Neuropsychologické testy sú často lepšie pri diagnostikovaní deficitu inštrumentálnych denných funkcií v porovnaní so základnými dennými činnosťami. K posudzovaniu základných aktivít denného života sa v praxi využíva Bartelovej test (Holmerová et al., 2005). Bartoš et al. (2008) uvádzajú, že Bartelovej test nie je vhodný na posúdenie základných aktivít denného života u pacientov s demenciou, pretože test bol pôvodne vytvorený pre pacientov s cievnou mozgovou príhodou a preto obsahuje niekoľko bodov venujúcim sa pohybovej aktivite. Inštrumentálne denné činnosti môžeme posudzovať napríklad pomocou Lawton škály, ktorá posudzuje denné inštrumentálne činnosti, ako je: telefonovanie, nakupovanie, príprava stravy, starostlivosť o domácnosť, pranie, dopravu – presúvanie sa z miesta na miesto, užívanie liekov a hospodárenie s financiami. Holmerová et al. (2006) uvádzajú, že pre pacientov s demenciou je vhodnejšia škála Fuctional Dementia Scale, ktorá je konkrétne cieleňá pre posudzovanie deficitu inštrumentálnych denných činností vplyvom poškodenia kognitívnych funkcií. Bartoš et al. (2008) odporúčajú využívať dotazník Functional activities questionnaire. V dotazníku sa posudzuje miera sebestačnosti pri realizácii vybraných činností. Pre posúdenie základných a inštrumentálnych denných činností u pacientov s demenciou je vhodný dotazník sebestačnosti The Disability Assessment for Dementia (DAD). Veľa zmien a porúch u pacientov s demenciou významne ovplyvňuje schopnosť vykonávať bežné denné činnosti. V prvom rade sa jedná o fyziologické zmeny starnutia (zvýšená únava, celková slabosť, zníženie svalovej sily), pridružené ochorenia jednotlivých orgánových systémov (pohybový, neurologický) a apraxia. Patrí sem i kognitívny deficit, najmä poruchy pamäti, ktoré spôsobujú, že pacient nie je schopný rozhodnúť, či určité činnosti v rámci sebestačnosti chce vykonať, napriek tomu, že ich motoricky zvláda bez problémov. Je dôležité si uvedomiť a predpokladať, že s progresiou ochorenia sa bude sebestačnosť pacienta neustále zhoršovať (Suchá, 2013). Pri miernom kognitívnom deficite sa najskôr stráca schopnosť vykonávať inštrumentálne denné činnosti. Pri stredne ťažkom kognitívnom deficite sú zasiahnuté i základné bežné aktivity a v poslednom štádiu demencie pacient nie je schopný vykonávať ani jednoduché zautomatizované činnosti (Kozáková, Bártová, 2012). Úroveň sebestačnosti súvisí s kognitívnymi funkciami, ktoré významne ovplyvňujú schopnosť starostlivosti o seba.

Podpora sebestačnosti u pacienta s demenciou

Jedným z hlavných cieľov ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s demenciou je podpora sebestačnosti. Úlohou sestry je trpezlivo poskytovať návod a presne popísať jednotlivé kroky sebestačnosti, aby ich boli schopní pacienti vykonávať. Je potrebné pacientovi s demenciou poskytnúť dostatok času na vykonávanie denných aktivít. Je dôležité vysvetliť princíp podpory sebestačnosti i rodinným príslušníkom, aby si nemysleli, že zdravotnícky personál nie je ochotný pacientom pomôcť (Holmerová et al., 2005). Realizácia niektorých denných činností môže trvať omnoho dlhšie, ale aj napriek tomu by sestry nemali pacientom pomáhať, pretože ak raz stratia schopnosť vykonávať určité činnosti, už sa ich nenaučia. S pribúdajúcim vekom a výskytom viacerých ochorení je ťažšie pacientovi byť sebestačným a vykonávať denné aktivity. Pri vykonávaní denných aktivít je u pacienta dôležité zohľadňovať jeho zvyklosti, postoje, rituály, spôsoby akým jednotlivé aktivity vykonáva (Suchá, 2013). Sestra počas posúdenia zisťuje informácie ohľadom denného režimu pacienta, napríklad kedy zvyčajne vstáva, ako sa oblieka, ako vykonáva hygienu, či dokáže jesť s príborom, ktoré činnosti zvláda sám a pri ktorých potrebuje pomoc. Pokiaľ zdravotnícky personál je schopný tieto informácie využiť, veľmi tým pomôže pacientovi s jeho sebestačnosťou a zároveň si personál uľahčí starostlivosť. V prípade, že nie sú rešpektované zvyklosti, rituály, spôsoby pacienta pri denných aktivitách môže sa vyskytovať nepokojné až agresívne správanie (Holmerová et al., 2005). Sestra môže na podporu sebestačnosti pacienta využiť kompenzačné pomôcky, ktoré zmierňujú následky porušených funkcií. Kompenzačné pomôcky môžeme rozdeliť na technické pomôcky a prostriedky na zlepšenie mobility. Medzi technické pomôcky zaraďujeme rôzne implantáty (endoprotézy), protézy, okuliare, načúvacie aparáty a rehabilitačné pomôcky. K prostriedkom pre zlepšenie pohybu patria ortopedické pomôcky (napríklad ortézy stabilizujúce kĺby), vozíky pre zdravotne postihnutých (mechanické alebo elektrické), ktoré sú určené pre pacientov schopných ovládať svoje horné končatiny. Pre premiestňovanie môže senior využiť špeciálnu trojkolku, ktorá poskytuje dostatočnú stabilitu. Ďalej palice a barle s nastaviteľnou výškou, ktoré si musia vyskúšať a naučiť sa správnu chôdzu. Pre pacientov s ťažším motorickým postihnutím môžeme využiť chodítka dostupné v rôznych prevedeniach - troch či štvorbodovým, nastaviteľné, skladacie, s kolieskami alebo bez koliesok (Smičková, 2011). Pacienti s demenciou majú problém s používaním kompenzačných pomôcok najmä vtedy, ak ich nepoužívali ešte pred prepuknutím ochorenia. Pre uľahčenie obliekania môžeme použiť dlhé lyžice na topánky, navlekače ponožiek, zapínač gombíkov (Suchá, 2013). Pri obliekaní dbáme na dôstojnosť pacienta, hoci sám postihnutý si tejto problematiky nie je vedomý. Oblečenie na noc mu ponechávame iba v noci a cez deň ho prezliekame do civilného oblečenia (Holmerová, 2013). Sestra pacienta s demenciou podporuje v samostatnosti a motivuje ho k seba obslužným činnostiam. Mala by pri komunikácii používať jednoduché a zrozumiteľné pokyny, vysvetľovať ich postupne, aby predišla možnému preťaženiu. Nesmieme tiež zabúdať, že pacient sa rýchlejšie unaví a preto volíme častejšie oddych a podľa potreby poskytujeme pomoc (Suchá, 2013). Je nutné zamerať sa predovšetkým na bežné každodenné činnosti, ktoré udržujú pacientovu sebestačnosť a pocit sebadôvery. Sestry sa venujú podpore sebestačnosti pri hygiene, samostatnom obliekaní, prijímaní stravy a stolovaní, príprave kávy, upratovaní riadu a umývaní hrnčeka. Tieto základné činnosti pacientovi poskytujú pocit istoty (Holmerová, 2013). V pokročilejších štádiách demencie môže byť vykonávanie hygienickej starostlivosti (kúpanie, sprchovanie) pre pacienta pomerne stresujúce najmä v neznámom prostredí (van Achterberg a kol., 2015). Zdravotnícky personál môže spozorovať príznaky nepohodlia alebo strachu počas vykonávania hygieny. Tavel (2009) udáva i podporu vylučovania ako prevenciu inkontinencie, ktorú možno pozitívne ovplyvniť opakovaným pripomínaním. Cieľom nie je len sebestačné využívanie toalety, ale zároveň predísť úniku moču a stolice. Ošetrovateľský personál by sa mal pravidelne pacienta pýtať, či nepociťuje potrebu vylučovania, ideálne každé dve hodiny.

S postupujúcou progresiou ochorenia je potrebné posudzovať, sledovať, hodnotiť stratu sebestačnosti. Puteková (2015) uvádza, že v súčasnej dobe narastá význam hodnotenia kvality

života na ktorom sa podieľa i úroveň nezávislosti a aktivít denného života. Zhoršenie aktivít denného života môže mať významné dôsledky pre pacientov i ošetrovateľský personál. Prístupy zamerané na zvýšenie nezávislosti pri denných činnostiach môžu zlepšiť kvalitu života pacientov a pomôcť zmierniť zaťaženie zdravotníckeho personálu. Efektívna ošetrovateľská starostlivosť vedie k zachovaniu alebo zlepšeniu zdravotného stavu a sebestačnosti, čím sa zvyšuje kvalita života. Základným trendom ošetrovateľskej starostlivosti by mala byť snaha udržať sebestačnosť čo najdlhšie ako je to možné s vytvorením takých podmienok a služieb, ktorá by saturovali individuálne špecifické potreby pacientov s demenciou.

Použitá literatúra:

BARBERGER-GATEAU, P., et al. The disablement process: a conceptual framework for dementia-associated disability. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 2002, 13.2: 60-66.

BARTOŠ, A. et al. Dotazník funkčného stavu FAQ-CZ - Česká verze pro zhodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, ISSN 1803-5272. roč. 9, č. 1, s. 38-40.

BIENKIEWICZ, M., et al. The tool in the brain: apraxia in ADL. Behavioral and neurological correlates of apraxia in daily living. *Frontiers in psychology*, 2014, 5: 353.

BÓRIKOVÁ I. Posudzovanie aktivít denného života. Ošetrovatelství a porodní asistence. 2010, ISSN 1804 – 2740. roč. 1, č. 1, s. 24-30.

CAHN-WEINER, DA., et al. Cognitive and neuroimaging predictors of instrumental activities of daily living. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2007, 13.5: 747-757.

FARIAS, ST, et al. Everyday cognition in older adults: associations with neuropsychological performance and structural brain imaging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2013, 19.4: 430-441.

GAUGLER, JE., et al. Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMC geriatrics*, 2007, 7.1: 13.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené*. In: Interní medicína pro praxi. 2005. ISSN - 1803-5256. roč. 7. č. 10. str. 449–453.

HOLMEROVÁ, I. et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a Gerontologie* 2013. ISSN 1805-4684. roč. 2, č. 3.

HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi*. 2006, ISSN 1803-5310. č. 4, s. 180-183.

KOSKAS, P., et al. The Lawton instrumental activities daily living/activities daily living scales: a sensitive test to Alzheimer disease in community-dwelling elderly people?. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2014, 27.2: 85-93.

KOZÁKOVÁ, R., BÁRTOVÁ, L. Vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost seniorů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2012, ISSN 1804-2740. roč. 3, č. 1, s. 335-339.

MILLAN-CALENTI, JC., et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2010, 50.3: 306-310.

PUTEKOVÁ, S. Senior a pohybová aktivita. In: [Cesta k modernímu ošetrovatelství XVII.](#) - Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2015. - ISBN 978-80-87347-20-1. - CD-ROM; S. 59-61.

RAMOS, LR., SIMOES, EJ., ALBERT, MS. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: A 2-year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001, 49.9: 1168-1175.

RESSNER, P., et al. Porucha chování a nálady u demencí. *Neurologie pro praxi*, 2011, ISSN 1213-1814, 12(2): 98-103.

SMIČKOVÁ, E. Možnosti identifikace poruch sebezpěče u seniorů a jejich kompenzace. *Medicína pro praxi*. 2011. ISSN 1803-5310. roč. 8, č. 9, s. 391-393.

SUCHÁ, J. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatric a Gerontologie*. 2013, ISSN 1805-4684. č. 3, s. 149–151.

TAVEL, P. Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí. *Československá psychologie*. 2009. ISSN 0009-062X, roč. LIII, č. 5, s. 455-467.

TKÁČOVÁ, Ľ., LANCOŠOVÁ, K. Implementácia bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov s Alzheimerovou chorobou. In: *Zborník z medzinárodnej vedecko – odbornej konferencie Komplexná starostlivosť o ľudí, ktorí trpia Alzheimerovou chorobou a demenciami rôzneho typu etiológie*. Prešov: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P. Gojdiča, 2014. ISBN 978-80-8132-103-0, s. 113.

VAN ACHTERBERG, T., VAN GAAL, BG., GEENSE, W.W., VERBEKE, G., VAN DER VLEUTEN, C., SCHOONHOVEN, L.(2015). Completeness of assisted bathing in nursing homes related to dementia and bathing method: Results from a secondary analysis of cluster-randomised trial data. *International Journal of Older People Nursing*, <https://doi.org/10.1111/opn.12104>.

WEST, S., MCCUE, R., GOLDEN, Ch. Does memory predict decline in activities of daily living in older adults with Alzheimer's disease?. *Archives of Assessment Psychology*, 2012, 2.1: 32-43.

Korešpondencia:

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva FZaSP
Trnavská univerzita
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
eva.tomikova@truni.sk

KVALITA ŽIVOTA SENIOROV S PORUCHOU DUŠEVNÉHO ZDRAVIA

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FZ, TnUAD v Trenčíne

Súhrn

Východiská: Kvalita života ako dynamicky sa meniaci stav ovplyvňuje komplex klinických, osobných a sociálnych činiteľov. Jej podpora sa stáva jedným z cieľov terapeutických a ošetrovateľských intervencií. Práca je zameraná na životnú spokojnosť pacientov s duševným ochorením depresia a schizofrénia a vytvoriť tak obraz ich životnej spokojnosti. Na základe postihnutia ochorením môže dochádzať k zmenám fungovania človeka v jeho každodennom fyzickom, psychickom aj sociálnom živote. **Ciele:** Hlavným cieľom práce bolo zistiť a poukázať na vzájomnú prepojenosť vo vybraných oblastiach jednotlivých domén, ktoré ovplyvňujú a znižujú kvalitu života ľudí postihnutých depresiou a schizofréniou. Zistiť, aký je rozdiel v kvalite života medzi dvoma konkrétnymi ochoreniami: depresia a schizofrénia. **Výskumná vzorka:** Problematiku vplyvu na kvalitu života pacienta s duševným ochorením sme prezentovali vzorkou respondentov zo sociálnych zariadení v Trenčianskom kraji. Výskumnú vzorku tvoril zámerný výber respondentov s duševnou chorobou – depresia a schizofrénia. Položky v súbore ochorenia depresia a schizofrénia boli identické, nakoľko našim zámerom bolo získať údaje porovnať. **Metódy:** Ako výskumnú metódu sme si zvolili dotazník WHOQOL-100, ktorý sme modifikovali pre naše výskumné ciele. Získané údaje boli spracované popisnou štatistikou v programe Microsoft Excel. **Výsledky:** Výsledky prieskumu preukázali, že seniori s ochorením depresia a schizofrénia vo vybraných oblastiach jednotlivých domén hodnotia kvalitu života stredne. **Záver** Na základe porovnania ochorení sme váženým aritmetickým priemerom zistili, že kvalita života seniorov s ochorením schizofrénia je lepšia ako u seniorov s ochorením depresia.

Kľúčové slová: Kvalita života. Depresia. Schizofrénia. Seniori. Porucha duševného zdravia.

QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY WITH MENTAL DISEASE

Summary:

Background: Quality of life as a dynamically changing health status affects the complex of clinical, personal and social factors. Thus its support becomes one of the goals of therapeutic and nursing interventions. The work focuses on the life satisfaction of patients with mental illness of depression and schizophrenia, and make an image of their life satisfaction. On the basis of illness, there may be changes in the everyday activities of a person in his or her everyday physical, mental and social life. **Goals:** The main goal of the work was to investigate and point out to the interconnectedness in the selected areas of individual domains that affect and reduce the quality of life in the people with depression and schizophrenia. We tried to find out the difference in the quality of life between two specific diseases: depression and schizophrenia. **Sample:** The problem of the impact on the quality of life of a patient with mental disease was presented by the sample of respondents from social facilities in the region of Trenčín. The research sample consists of the intentional selection of respondents with mental disease: depression and schizophrenia. The items in the sample with depression and schizophrenia were identical as our data was obtained by the comparison of the data. **Method:** The selected research method was WHOQOL-100 questionnaire, which was modified for our research goals. The obtained data was processed with descriptive statistics in Microsoft Excel. **Results:** Survey results have shown that the elderly with depression and schizophrenia in the selected areas of individual domains assess the quality of life moderately. **Conclusions:** Based on the comparison of the disease we have found out that the quality of life in the elderly with depression is worse than in the elderly with schizophrenia

Keywords: *Quality of life. Depression. Schizophrenia. The elderly. Mental health disorder.*

Použitá literatúra:

GURKOVÁ, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HNILICOVÁ, H.(2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, s. 205-216.

JANOSIKOVA, E., H. – DAVIESOVÁ, J., L. (1999). *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta spol. s.r.o., 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

KOLIBÁŠ, E. (2010). *Průručka klinickej psychiatrie*. 2. vyd. Prepracované a doplnené vyd. Nové Zámky: PSYCHOPROF, spol. s.r.o. 2010. 304 s. ISBN 978-80-89322-05-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2002). *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

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

RABOCH, J. – PAVLOVSKÝ, P. et al. (2008). *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 158 s. ISBN 978-80-7262-586-4.

Korešpondencia:

PhDr. Darina Šimovcová, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne.
Študentská 2
911 50 Trenčín
darina.simovcova@tnuni.sk

POTREBY PACIENTA V TERMINÁLNOH ŠTÁDIU OCHORENIA

PhDr. Eva Balogová, PhD.

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, FZ v Banskej Bystrici, SZÚ v Bratislave
Nemocnica Zvolen, a. s.

Súhrn:

Príspevok prináša teoretickú reflexiu potrieb pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia. Zameriava sa na potreby, ktoré autori považujú za kľúčové a ktoré sú naplnením snahy o humánnu starostlivosť rešpektujúcu ľudskú dôstojnosť a autonómiu umierajúceho. V úvodných častiach stručne definujú pojem „terminálne štádium ochorenia“, približujú základné atribúty paliatívnej starostlivosti a závere sa sústreďujú na vybrané potreby patriace do roviny psychosociálnej a spirituálnej.

Kľúčové slová: Ľudské potreby, Paliatívna starostlivosť, Terminálne štádium ochorenia, Umieranie

THE NEEDS OF THE PATIENT IN THE TERMINAL CONDITION OF THE DISEASE

Summary:

The paper provides a theoretical reflection of the needs of patients in the terminal stage of chronic disease. It focuses on the needs that the authors consider to be key and which are the fulfillment of the human care efforts respecting the human dignity and the autonomy of the dying. In the introductory sections, they briefly define the term "terminal stage of the disease", approximate the basic attributes of palliative care, and focus on selected needs in the psychosocial and spiritual plane.

Keywords: Dying, Human Needs, Palliative Care, Terminal Disease

Úvod

Zomieranie a smrť- smútok a zúfalstvo, pojmy ktoré sa zhmotňujú v čase, kedy vďaka povahe a závažnosti ochorenia vzniká vedomie nezlučiteľnosti so životom a začína sa obdobie očakávania jeho konca. Jeho dĺžka je rôzna, cez týždne, mesiace až roky. Konfrontácia s procesom zomierania predstavuje obrovskú psychickú záťaž nielen pre samotného pacienta a rodinných príslušníkov, ale aj pre zdravotnícky personál. Podľa Bencovej (2016) je jednou z najťažších úloh lekára rozhodnutie o ukončení kuratívnej terapie a prechode na paliatívnu starostlivosť. Oboznámenie zomierajúceho pacienta so závažnosťou situácie predstavuje pre mnohých obrovskú psychosociálnu záťaž, ktorá si okrem empatie vyžaduje komunikačné zručnosti a veľkú dávku profesionality. Podľa Firmenta (2015) sa v súčasnom období komercializácie a zdôrazňovania úspechu objavuje fenomén „heroickej medicíny“, ktorej cieľom je záchrana ľudského života za každú cenu. Smrteľné ochorenie ešte stále mnohí laici, ale aj lekári považujú za prehru a zlyhanie zdravotníckeho personálu. Možno aj to je dôvodom, pre ktorý sa zdravotníci nedokážu zmieriť s danou situáciou a opakovane vystavujú pacienta diagnostickým a liečebným postupom. Súčasná medicína disponuje mnohými liečebnými metódami a dokáže nahrádzať funkcie jednotlivých orgánových systémov. Je ale na zamyslenie sa, či táto snaha nevedie len k zbytočnému predĺžovaniu utrpenie chorého.

Terminálne štádium ochorenia

Z klinického hľadiska sa posledné štádium nevyliciteľného ochorenia smerujúce k smrti nazýva terminálnym štádiom. Terminálne, in finem štádium je charakterizované vznikom ireverzibilných zmien životne dôležitých funkcií organizmu. Podľa Magurovej a kol. (2007) zahŕňa viacero štádií: predagonické, terminálnu pauzu, agóniu, kómu, klinickú a biologickú smrť. Vnútorne akceptovanie nevyhnutnosti vlastnej smrti, vedie u niektorých ľudí k fáze pokoja, ale aj k rezignácii alebo zúfalstvu. Starí a dlhodobo chorí ľudia sú väčšinou vyrovnaní s faktom, že ich život speje ku koncu. K akceptácii smrti dochádza väčšinou vtedy, ak je bremeno choroby príliš ťažké, sprevádza ho únava, osamelosť, strata životnej energie.

Utrpenie a umieranie je často spájané s pojmom **ľudská dôstojnosť**. Čo rozumieme pod týmto pojmom? Je to etická kategória zdôrazňujúca jedinečnosť človeka a uznanie jeho práv v spoločnosti. Jej nositeľom je človek, ktorý ako jediná živá bytosť je schopná o sebe premýšľať a riadiť svoj život (Mojtová a kol., 2013). Ako uvádza Sušinková (2009), s prihliadnutím na historické súvislosti sa za dôstojného považoval človek užívajúci vážnosť a úctu. Obe možno človeku prejavovať umožnením uplatnenia jeho sociálnych a individuálnych práv, vôle na základe ktorej slobodne koná. Rapčíková (2013) zdôrazňuje, že aj keď sú umierajúci mnohokrát fyzicky vyčerpaní, pripútaní na lôžko, či neschopní komunikácie, je mylné sa domnievať, že nie sú schopný vnímať a teda aj posudzovať mieru zachovávaní dôstojnosti v prístupe k nim. Rešpektovanie dôstojnosti a autonómie chorého je jedným z najdôležitejších atribútov humánnej starostlivosti, pomáhajúcej eliminovať fyzické a psychické strádanie a nachádzať zmysel života.

Paliatívna starostlivosť

Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a následne lieči bolesť, uspokojuje fyzické, psychosociálne a duchovné potreby a tým zmierňuje utrpenie (WHO, 2002). Filozofiou paliatívnej starostlivosti je rešpektovanie ľudskej dôstojnosti, holistický a multidisciplinárny prístup k pacientom s chronickou nevyliciteľnou a progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním. Jej cieľom je zachovať najvyššiu možnú kvalitu života až do jeho konca. Jednou z foriem paliatívnej starostlivosti je **hospic**. Pojem hospic zahŕňa nielen organizačnú štruktúru zabezpečujúcu starostlivosť o chorých v terminálnom štádiu a ich rodiny, ale jedná sa predovšetkým o filozofiu komplexnej starostlivosti (Sušinková, 2009). Nie každému je umožnené ukončiť svoju pozemskú púť v zariadení, ktorého prioritou je uľahčiť umieranie. Najčastejším miestom umierania chorých sú zdravotnícke zariadenia, v ktorých sa pozornosť personálu sústreďuje na pacientov s perspektívou vyliečenia. Plne súhlasíme s Bencovou (2016), že osobná prítomnosť blízkych, lekára a sestry s ľudským prístupom, prejavy empatie a lásky sú najdôležitejšou súčasťou dôstojného zomierania, ktoré tak nadobúda charakter sociálneho aktu. Na druhej strane si ale kladieme otázku, či sú naše zdravotnícke zariadenia z hľadiska prevádzky a personálneho obsadenia schopné zabezpečiť prostredie plne sa venujúce potrebám zomierajúceho? Sú všetci zdravotníci kompetentní plniť rolu sprevádzajúceho? Nepovažujú to za zbytočnú stratu času, ktorú by mohli venovať niekomu, komu dokážu prinavrátiť zdravie? Ako uvádza Marková (2010), uplatňovanie základných princípov paliatívnej starostlivosti v iných zdravotníckych zariadeniach by umožnilo zriadenie „paliatívneho multidisciplinárneho tímu“, ktorý by poskytoval konziliárnu aj faktickú starostlivosť o umierajúcich na všetkých oddeleniach nemocnice.

Potreby pacienta v terminálnom štádiu ochorenia a ich uspokojovanie

U pacientov v terminálnom štádiu vystupujú do popredia špecifické potreby a to predovšetkým potreba eliminácie bolesti, utrpenia, prítomnosť blízkej osoby, pokojné a empatické prostredie a možnosť usporiadať si „posledné veci“. Hierarchia potrieb sa môže v závislosti od zdravotného stavu pacienta rýchlo meniť. Nie každý pacient dokáže správne prejaviť, alebo pomenovať svoju

potrebu a preto je nutné bedlivo sledovať akékoľvek zmeny v správaní sa pacienta a citlivo na ne reagovať.

Ako uvádza Rapčíková (2013) umierajúci je mnohokrát psychicky labilný a citovo zraniteľný, má strach zo samotného procesu umierania, z bolesti a toho, že v najťažšom okamihu svojho života bude sám. Strach zo smrti, umierania, bolesti, samoty, straty kontroly nad sebou a závislosť od iných – to všetko vzbudzuje predstavu **straty dôstojnosti a autonómie**. Ich zachovanie je jednou z hlavných podmienok možnosti uplatnenia paliatívnych princípov starostlivosti. Napriek nespornému úbytku telesných síl, je potrebné ponechať pacientovi možnosť spolupodieľať sa na rozhodovaní o ďalších medicínskych postupoch, čím v ňom posilňujeme vedomie schopnosti rozhodovať o sebe, riadiť svoj život v náročnej situácii. Je obrovskou chybou, ak o postupoch liečby rozhodujú len lekári a pacientovi príbuzní v snahe uchrániť chorého pred náročným rozhodovaním sa. Pacient v kútiku duše tuší, že situácia je vážne a spomínané konanie v ňom môže vyvolávať pocit straty svojprávnosti a prehĺbenie utrpenia. Aj podľa Dobríkovej (2013) je z psychického hľadiska dôležité ponechať pacientovi pocit spolupodieľania sa na rozhodovaní, pretože sa u neho zvyšuje dôvera vo svoje schopnosti, kompetencie, zvyšuje sa sebavedomie a upevňuje sa pocit vlastnej identity. Sme názoru, že prístup okolia k umierajúcemu nesmie byť paternalistický, ale musí rešpektovať názory, prania a postoje pacienta. Tie bývajú značne ovplyvnené celkovým klinickým stavom, prítomnosťou bolesti, psychického a sociálneho strádania. Chorí stráca svoje postavenie, životné istoty, súkromie v dôsledku ktorých sa mení jeho správanie. Má nárok na zlosť, smútok, plač, agresiu bez toho, aby ho niekto súdil. V tomto období, viac ako inokedy nadobúda na význame vhodná komunikácia. Z praxe vieme, že komunikácia s nevyliciteľne chorými a umierajúcimi je mimoriadne zložitá a náročná. Ako uvádzajú Mojtoová a kol. (2013) v minulosti sa zdravotníci prikláňali skôr k *pia fraus*, teda milosrdnej lži či k stratégii „pravdy po kvapkách“. Mnohí pacienti ale príchod konca cítia a takýto prístup lekára nesie so sebou riziko straty dôvery a možnosti úprimnej komunikácie. Dôvera a empatický prístup je to, čo potrebujú všetci umierajúci bez ohľadu na vek. Zahmlievanie a neistota môžu byť zdrojom väčšej neistoty a strachu než pravdivá, ale citlivo a profesionálne poskytnutá informácia. Jej súčasťou musí byť ubezpečenie, že aj keď kauzálna terapia končí, pretože neprináša benefity, ale naopak je zdrojom zbytočnej záťaže, starostlivosť o pacienta neprestáva. Mení sa len jej cieľ zo snahy o vyliečenie na snahu o dosiahnutie čo najlepšej kvality zvyšku života.

V starostlivosti o zomierajúceho pacienta nachádza podľa Bencovej (2016) uplatnenie **tzv. bio-psycho-sociálny model liečby**. Oplyvnenie bolesti, strachu, úzkosti a depresie sa opiera tak o medikamentóznú liečbu ako aj o psychosociálne intervencie. Zdravotnícky personál vníma pacienta nielen ako človeka ktorý potrebuje pomoc pri zvládaní svojej choroby, ale aj ako osobnosť, jedinca ktorý si ešte potrebuje vybaviť niektoré zo svojich pozemských úloh. Pre pacienta v terminálnom štádiu môže byť nedoriešenie individuálnych záležitostí zdrojom oveľa väčšieho utrpenia než samotná fyzická bolesť.

V poslednom štádiu nevyliciteľnej choroby sa do popredia dostávajú **spirituálne potreby**. Aj keď v užšom slova zmysle súvisia s religiozitou, treba si uvedomiť, že i človek bez náboženského presvedčenia má špecifické duchovné potreby súvisiace s hľadaním zmyslu života, utrpenia, bolesti, potrebou odpustenia, lásky a nádeje (Rapčíková, 2013). Nie každý dokáže poskytnúť duchovnú podporu. Vhodne vedeným rozhovorom je možné u pacienta zistiť záujem o návštevu duchovného alebo inej kompetentnej osoby.

Pokojný priebeh umierania umocňuje aj naplnenie **potreby rozlúčiť sa a potreba odpustenia**. Význam „odpustenia“ pre chorého spočíva v zbavení sa myšlienky na udalosť, či osobu ktorá ho svojim spôsobom trápi, odstrániť ťažobu zo svojho srdca. Tak ako hovorí Marková (2010), „odpustenie oslobodzuje a preto je v závere života tak dôležité“. Rozlúčiť sa znamená potvrdiť nezvratnosť príchodu konca života, je spojené s návalom emócií, smútku, beznádeje. Chorému však uľahčuje odchod z tohto sveta.

Nemenej dôležitá je **potreba nádeje**. Nie nereálnej nádeje na vyliečenie, ale nádeje, že umierajúci nebude sám, že pri ňom bude niekto, kto ho na tejto ťažkej ceste do večnosti bude sprevádzať. Pre umierajúceho predstavuje vedomie toho, že ho v posledných okamihoch lúčenia sa s pozemským svetom bude niekto držať za ruku obrovský dar.

Okruh potrieb terminálne chorých uzatvára **potreba bilancie svojho života**. Marková (2010) ju veľmi výstižne popisuje ako potrebu odložiť to, čo je zbytočné, odpustiť to, čo sa nevydarilo, uchovať to, čo je krásne a povedať pozostalým to, čo je dôležité.

Záver

Hranica medzi liečbou v ktorej prevládajú benefity a liečbou ktorá predstavuje pre pacienta zbytočnú záťaž a výsledok je neistý je veľmi krehká. Nájsť rovnováhu medzi úsilím lekárov predĺžiť život chorého a rozhodnutím ukončiť liečbu v situácii, kedy je smrť neodkladná si vyžaduje obrovskú dávku empatie a profesionality. Netreba ale zabúdať, že aj keď nedokážeme pacienta vyliečiť, dokážeme poskytnúť starostlivosť eliminujúcu bolesť, úzkosť a utrpenie. Tento fakt by mal byť prioritným všetkým, ktorí sa o umierajúceho starajú. Porážkou nie je zlyhanie liečby, ale zlyhanie paliatívnej starostlivosti. Skvalitnenie napĺňania potrieb umierajúcich si vyžaduje odtabuizovanie tejto témy z prostredia laickej aj odbornej verejnosti, väčší dôraz kladený na výučbu tanatológie a eschatológie v inštitúciách pripravujúcich budúcich lekárov a sestry, ale aj zmenu prístupu celej spoločnosti. Práve spôsob pomoci štátu tým, ktorí to najviac potrebujú je odrazom jej kultúry a vyspelosti.

Použitá literatúra:

BENCOVÁ, V. (2016) Základné princípy prístupu k pacientovi a jeho rodine v terminálnom štádiu nádorovej choroby. In *Onkológia*, 2016, roč.11, č.1, s. 40-43. ISSN 1336-8176

DOBRÍKOVÁ, P. (2015) Hospicový tím a jeho úlohy z hľadiska ľudských potrieb. In *Andrási I. a kol. (ed) Spirituálne potreby pacientov v paliatívnej starostlivosti*. Martin: Osveta, 2015, 120 s. ISBN 978-80-8063-441-4

FIRMENT, P. (2015) Terminálna fáza ľudského života a poskytovanie zdravotnej starostlivosti z pohľadu práva. In *Anestéziológia a intenzívna medicína*, 2015, roč. 4, č.2, s. 75-77. ISSN 1339-0155

MAGUROVÁ, D., LONGAUEROVÁ, A., OBROČNÍKOVÁ, A. (2007) Uspokojovanie potrieb umierajúceho klienta v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti. In *Onkológia*, roč. 2, č. 4, s. 246-252. ISSN 1336-8176

MARKOVÁ, M. (2010) *Sestra a pacient v paliatívnej péči*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing,a.s, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1

MOJTOVÁ, M., MÁTEL, A., SEDLÁROVÁ, K. Aktuálne etické dilemy v paliatívnej starostlivosti (2013). [cit. 2018-7-12]. Dostupné na internete <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/aktualne-eticke-dilemy-v-paliativnej-starostlivosti>

RAPČÍKOVÁ, T. (2013) *Práva pacientov v etickom a ošetrovateľskom kontexte*. Vedecká monografia. Banská Bystrica: FZ Slovenskej zdravotníckej univerzity v Banskej Bystrici, 2013, 96 s. ISBN 978-80-971453-0-9

SUŠINKOVÁ, J. (2009) Paliatívna starostlivosť- cesta zachovania kvality a dôstojnosti života umierajúcich. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2009, roč. 2, č. 1, s. 26-28. ISSN1337-9917

Korešpondencia:

PhDr. Eva Balogová, PhD.
FZ SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici
Sládkovičova 21
974 05 Banská Bystrica
eva.balogova@szu.sk

PROBLEMATIKA EDUKACE O PROFYLAKTICKÉ OBUVI U SENIORŮ S DIABETES MELLITUS

Mgr. Silvie Treterová

Bc. Markéta Ambruzová

FZV, Univerzita Palackého v Olomouci

Ústav zdravotnických věd, FHS, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Souhrn

Jedním z cílů komplexní specializované edukace diabetiků je předcházet vzniku syndromu diabetické nohy. Preventivní edukaci, týkající se komplexní péče o nohy, by měli absolvovat všichni diabetici, včetně seniorů. Informovanost v řešených otázkách a dodržování vhodné péče o nohy, ke které patří také výběr kvalitní profylaktické obuvi, spolupůsobí při prevenci vzniku zmiňovaného syndromu. Výzkumné šetření se zabývalo vlivem edukace na znalosti seniorů s diabetes mellitus o profylaktické obuvi. Výběrový soubor tvořilo 278 seniorů s lékařskou diagnózou Diabetes mellitus, a to 134 (48,0 %) mužů a 144 (52,0 %) žen. Průměrný počet absolvovaných edukací na jednoho respondenta byl 0,85 edukace; polovina z nich absolvovala více než jednu edukaci. Prokázalo se, že ženy si průměrně pamatují po edukaci více kritérií charakterizujících vhodnou profylaktickou obuv (1,86 kritérií), oproti mužům (1,2 kritérií); po dvou edukacích se rozdíl mezi pohlavími smazává (průměrně ženy 3,19 a muži 3,22 kritérií). Používání doporučené profylaktické obuvi bylo ovlivněno počtem kritérií, která si seniori zapamatovali v rámci poskytované edukace.

Klíčová slova:

Edukace; Senior; Diabetes mellitus; Profylaktická obuv; Syndrom diabetické nohy

Abstract

One of the objectives of complex specialized education of diabetics is to prevent the development of diabetic foot syndrome. All diabetics, including seniors, should undergo preventive education on complex leg care. Awareness and compliance with appropriate foot care, which also includes the selection of high-quality prophylactic footwear, assists in the prevention of the aforementioned syndrome. We have identified the influence of education on the knowledge of diabetes mellitus seniors about prophylactic footwear. The sample consisted of 278 elderly patients with a medical diagnosis of diabetes mellitus, 134 (48 %) men and 144 (52 %) women. The average number of finished educations of respondents was 0.85; half of them have completed more than one education. It has been shown that women remember average after learning more criteria characterizing suitable prophylactic shoes (1.86 criteria) versus men (1.2 criteria), after two educations, the gender gap was deleted (on average women 3.19 and males 3.22 criteria). Existing footwear showed the following parameters: closed pattern shoes (95 %), firm outsole (80 %), velcro fastening and lacing (71 %). The use of recommended prophylactic footwear has been influenced by the number of criteria the elderly patients have recalled within the education provided.

Keywords

Education, the elderly; Diabetes mellitus; Prophylactic footwear; Diabetic foot syndrome

Úvod

Podle demografické křivky dochází ke zvyšování počtu seniorů v České republice. Jak uvádí Český statistický úřad, měla Česká republika na konci roku 2016 necelé dva miliony obyvatel ve věku 65 a více let (1 988 922 obyvatel) z celkového počtu 10 578 820 obyvatel.

V současnosti tato sociální skupina dosahuje 18, 8 % české populace (Demografická ročenka krajů 2007 - 2016, www.czso.cz). Ani v budoucích letech se situace nebude měnit, naopak věk se bude prodlužovat a lidí s dožitím vyššího věku bude přibývat. S věkem narůstá mimo jiné choroby také výskyt cukrovky. V populaci nad 65 let lze očekávat více než 20% prevalenci. V současné době je postižena touto nemocí více než jedna třetina seniorů, ve většině případů se jedná o DM 2. typu, ve věku nad 70 let až v 95 % případů (Karen, Svačina a kol., 2018, s.3). Možnosti kompenzace se v průběhu této choroby zhoršují, i když moderní diagnostické a terapeutické postupy se snaží tomu zabránit (Jirkovská a kol., 2006, s. 40). Výskyt této entity, včetně mikro a makrovaskulárních komplikací, přispívá ke zkrácení střední délky života, v průměru mezi 3 až 7 lety (Weber a kol., 2014). Narůstá počet zejména pozdních komplikací, které podmiňují zvýšenou morbiditu i mortalitu seniorů diabetiků. Jednou z nejzávažnějších je syndrom diabetické nohy (SDN), který postihuje necelých 6 % pacientů a významně ovlivňuje jejich kvalitu života. Důsledně aplikovaná preventivní opatření významně snižují jeho výskyt, včetně rizika amputace končetiny (Piřhová, 2017, s. 71-72).

Všichni diabetici by měli absolvovat cílenou preventivní edukaci, týkající se komplexní péče o nohy, která by měla pomoci dosáhnout informovanosti a výchovy, směřující k realizaci změn v životním stylu, vedoucím k předcházení vzniku komplikací. Dodržování vhodné péče o nohy zaměřené na jejich sebekontrolu, hygienu, ošetření nehtů a kůže, výběr vhodné profylaktické obuvi spolupůsobí při prevenci vzniku syndromu diabetické nohy. **Profylaktická obuv je určena pro pacienty s diabetes mellitus bez pokročilých komplikací. Je doporučována v počátečním stadiu choroby, kdy ještě nejsou plně rozvinuté pozdní komplikace cukrovky, zejména u lehčích forem periferní neuropatie, nebo u pacientů s podílem ischemické choroby dolních končetin. Je vhodná i u pacientů s nevýraznými deformitami a s pozitivní anamnézou syndromu diabetické nohy, ale bez přítomné aktivní ulcerace (Bém, Hrášek, Pavlů in Jirkovská a kol., 2006, s. 109).**

Cíl

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda respondenti, senioři s diabetes mellitus, byli edukováni o vhodné profylaktické obuvi v rámci prevence vzniku syndromu diabetické nohy, a pokud edukace proběhla, identifikovat souvislosti mezi počtem edukací a znalostmi respondentů o doporučených kritériích vhodné profylaktické obuvi. Současně posoudit reálnou obuv u této skupiny respondentů a zjistit vliv edukace na kvalitu nošené obuvi.

Soubor a metodika

Výběrový soubor tvořilo 278 seniorů, 134 (48,0 %) mužů a 144 (52,0 %) žen s lékařskou diagnózou Diabetes mellitus. Jedná se o náhodný vzorek získaný z diabetologických ambulancí krajské, okresní i fakultní nemocnice, ze soukromých diabetologických ambulancí a ordinací praktických lékařů. Další specifické charakteristiky respondentů byly: věk 60+, pohybový režim chodící, nenošení terapeutické a ortopedické obuvi v době výzkumného šetření a schopnost komunikace a spolupráce s výzkumníkem. Sběr dat probíhal od 06/2017 do 02/2018. Byl realizován prostřednictvím techniky řízeného strukturovaného rozhovoru o 30 položkách zaměřených na oblast edukace a znalostí o preventivní diabetické obuvi, doplněn přímým nestandardizovaným pozorováním, týkajícím se aktuální nošené obuvi. Respondenti byli obeznámeni s výzkumem a dali informovaný souhlas. Pro analýzu dat byl použit statistický program STATISTICA, výsledky byly popsány pomocí deskriptivní statistiky, proběhlo stanovení charakteristik polohy, variability a koncentrace výběru a odhady charakteristik základního souboru, škálování kvalitativních proměnných a šetření rozdělení pravděpodobností (alternativní, normální), testování statistických hypotéz (chí-kvadrát test) a vyrovnání statistických dat pomocí normálního rozdělení pravděpodobnosti.

Výzkumné otázky

1. Byli respondenti edukováni v problematice profylaktické obuvi v rámci prevence syndromu diabetické nohy?

2. Jaké jsou vztahy mezi počtem edukací o vhodné profylaktické obuvi u seniorů s DM a jejich znalostmi o doporučených kritériích preventivní obuvi?

Hypotéza

H1 Znalost počtu vhodných kritérií profylaktické obuvi u seniorů s DM se liší v závislosti na počtu proběhlých edukací v oblasti vhodného preventivního obouvání jako jedné součásti uceleného modulu prevence vzniku syndromu diabetické nohy.

Výsledky

V následujícím textu jsou uvedeny výsledky vztahujícím se k výzkumným otázkám a hypotézám. Výzkumným šetřením byly získány základní demografické údaje souboru, který byl tvořen 278 (100,0 %) respondenty, 134 (48,0 %) muži a 144 (52,0 %) ženami (viz Tab. 1 základní charakteristika výběrového souboru - pohlaví, věková struktura). Nejčetnější skupina respondentů odpovídá věkovému rozmezí 66 - 70 let, která je tvořena 50 (52,0 %) muži a 46 (47,0 %) žen. Ve věkovém rozmezí 71 - 75 let je více respondentek, ve starších věkových třídách převládají muži.

Tab. 1 Pohlaví a věk respondentů

pohlaví	Muži		Ženy		celkem	
	n	%	n	%	n	%
věk						
60 - 65	21	38,9	33	61,1	54	19,4
66 - 70	50	52,1	46	47,9	96	34,5
71 - 75	26	41,3	37	58,7	63	22,6
76 - 80	19	57,7	14	42,3	33	11,8
81 - 85	10	52,7	9	47,3	19	6,8
86 - 90	7	58,3	5	41,7	12	4,3
91 - 95	1	100,0	0	0,0	1	0,3
celkem	134	48,2	144	51,8	278	100,0

V tab. 2 jsou uvedeny zjištěné výsledky týkající se edukovanosti respondentů, bylo edukováno 91 (48 %) mužů a 99 (52 %) žen, needukováno 43 (49 %) mužů a 45 (51 %) žen. Nejpočetněji zastoupena byla věková kategorie 66 -70 let, kde edukací prošlo 33 (66 %) mužů a 36 (78 %) žen. V ostatních věkových kategoriích je podíl seniorů (mužů i žen) vždy vyšší. Posuzujeme-li počty edukovaných a needukovaných lze konstatovat, že nejsou patrné větší genderové rozdíly. Jednu edukaci absolvovalo 68 (75 %) mužů a 73 (74 %) žen, 23 (25 %) mužů a 26 (26 %) žen prošlo dvěma edukacemi. Průměrný počet absolvovaných edukací na jednoho respondenta je 0,85 edukace, intervalový odhad pro základní soubor je od 0,81 do 0,89 edukace. Polovina pacientů absolvovala více než jednu edukaci.

Tab. 2 Edukovanost respondentů

pohlaví	Edukovaní respondenti						Needukovaní respondenti					
	Muži		Ženy		celkem		Muži		Ženy		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
věk												
60 - 65	11	52,0	20	61,0	31	16,3	10	48,0	13	57,0	23	26,1
66 - 70	33	66,0	36	78,0	69	36,3	17	34,0	10	72,0	27	30,7
71 - 75	22	85,0	24	65,0	46	24,2	4	15,0	13	73,0	17	19,3
76 - 80	15	79,0	9	64,0	24	12,6	4	21,0	5	73,0	9	10,2
81 - 85	8	80,0	8	89,0	16	8,4	2	20,0	1	84,0	3	3,4
86 - 90	2	29,0	2	40,0	4	2,1	5	71,0	3	33,0	8	9,1
91 - 95	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,14
Σ	91	47,9	99	52,1	190	100,0	43	48,8	45	51,1	88	100,0

Na základě informací získaných z výběrového souboru jsou v Tab. 3 uvedené bodové a intervalové odhady charakteristik základního souboru všech diabetiků ve stejných podmínkách (ze stejné databáze). Výběrový soubor při převodu na základní soubor se téměř neliší, získané informace lze vztáhnout na všechny diabetiky žijící v České republice. Diabetem jsou postiženi muži průměrně $0,48 \pm 0,06$ poměru všech diabetiků. Průměrný věk seniora diabetika se pohybuje od 70,9 let do 71,7 let, polovina je starší než 69 let. Délka nemoci podle dotazníkového šetření se pohybuje průměrně okolo 8,1 roku, intervalový odhad průměru základního souboru je od 7,7 do 8,3 let. Průměrný počet absolvovaných edukací na jednoho respondenta je 0,85 edukace, intervalový odhad pro základní soubor je od 0,81 do 0,89 edukace. Polovina pacientů absolvovala více než jednu edukaci. Směrodatná odchylka udává, že 68,26 % respondentů se vejde do intervalu "střední hodnota \pm směrodatná odchylka".

Tab. 3 Bodové a intervalové odhady charakteristik základního souboru

	pohlaví	věk	doba od stanovení diagnózy DM	počet edukací	suma znalostí kritérií	nošená obuv – parametry
	podíl	roky	roky	počet	počet	počet
Bodový odhad střední hodnoty	0,48	71,28	8,01	0,85	1,35	8,08
Interval (+-) střední hodnoty	0,06	0,39	0,31	0,04	0,10	0,14
Medián		69	7	1	0,5	8,5
Směrodatná odchylka σ		6,43	5,14	0,71	1,59	2,27

Výsledky týkající se vztahů mezi počtem edukací o vhodné profylaktické obuvi u seniorů s DM a jejich znalostmi o doporučených kritériích preventivní obuvi přinesly následující zjištění, která jsou uvedena v Tab. 3 a 4. Znalosti respondentů jsou vyjádřeny počtem zapamatovaných kritérií o profylaktické obuvi, získaných během edukací.

Tab. 4 znalost kritérií profylaktické obuvi

Kritéria profylaktické obuvi										Σ kritéria
	délka obuvi o 1-2cm	šířka obuvi	uzavřená	tuhá podešev	svršek beze švů	výška podpatku	fixace obuvi	stélka vkládací	jiné	
počet	73	70	87	50	20	40	30	0	4	374
podíl	0,26	0,25	0,31	0,18	0,07	0,14	0,11	0,00	0,01	*0,15

* na jednoho člověka a jedno kritérium

Ze získaných odpovědí na 9 uvedených kritérií (uzavřená obuv, délka obuvi o 1 - 2 cm větší než je nejdelší prst, široká špička, tuhá podešev, svršek bez švů, výška podpatku maximálně do 2,5 cm u žen a u mužů do 2 cm, fixace obuvi (suchý zip, šněrování), tlumící vkládací stélka a jiné) charakterizující profylaktickou obuv v dotazníkovém šetření vyplývá, že nejznámější mezi respondenty je kritérium uzavřené obuvi, o kterém má povědomí 31 % z nich. Nejméně známé jsou informace o vlastnostech stélky (0 % respondentů). Pro ohodnocení kvality znalostí poslouží suma všech kritérií, velikost tohoto ukazatele se pohybuje v intervalu od 0 do 9. Ukázalo se, že respondenti si zapamatovali maximálně 5 kritérií (viz Tabulka 5). V závislosti na počtu edukací se počet zapamatovaných kritérií zvyšuje.

Stanovení vlivu počtu edukací na znalosti kritérií o profylaktické obuvi

Byla zvolena 95% pravděpodobnost, že by pozorované závislosti vznikly pouze náhodou. Pro stanovení vlivu počtu edukací byl použit chí-kvadrát test (viz Tab. 5).

$1H_0$ Znalost kritérií o profylaktické obuvi nezávisí na počtu edukací.

$1H_A$ Znalost počtu kritérií o profylaktické obuvi se liší v závislosti na počtu edukací.

Tab. 5 Stanovení vlivu počtu edukací na znalost kritérií

Znalost počtu kritérií								
počet edukací	Data	0	1	2	3	4	5	Σ
0	n	91	0	0	0	0	1	92
	%	98,91	0,00	0,00	0,00	0,00	1,09	100,00
1	n	44	17	45	23	4	4	137
	%	32,12	12,41	32,85	16,79	2,92	2,92	100,00
2	n	4	4	5	14	11	11	49
	%	8,16	8,16	10,20	28,57	22,45	22,45	100,00
celkem n		139	21	50	37	15	16	278
celkem %		50,00	7,55	17,99	13,31	5,40	5,76	100,00
pozorované četnosti:		91	0	0	0	0	1	92,00
		44	17	45	23	4	4	137,00
		4	4	5	14	11	11	49,00
očekávané četnosti		46,00	6,95	16,55	12,24	4,96	5,29	92,00
		68,50	10,35	24,64	18,23	7,39	7,88	137,00
		24,50	3,70	8,81	6,52	2,64	2,82	49,00

Signifikance chí-kvadrát testu: p -hodnota = 1, 67^{E-37} , $p < 0,05$, a tedy na hladině významnosti $1H_0$ zamítáme, přijímáme alternativní hypotézu. Znalost počtu kritérií profylaktické diabetické obuvi u pacientů s diabetes mellitus je ovlivněna počtem absolvovaných edukací. Pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly vznikly náhodou, je menší než 5 %.

Po první edukaci znalo pět kritérií pouze 2, 95 % respondentů. Po druhé edukaci přesáhla znalost alespoň pěti kritérií o profylaktické diabetické obuvi u 20 % z celkového počtu edukovaných respondentů. Bez edukace 98, 9 % pacientů neznalo ani jedno kritérium charakterizující profylaktickou obuv. Statistická analýza byla využita také na zjištění rozdílů v zapamatování si kritérií o profylaktické obuvi mezi pohlavími. Ukazuje se, že ženy si pamatují více kritérií než muži. Při absolvování jedné edukace si průměrně zapamatovaly 1, 86 kritérií, oproti mužům, kteří si zapamatovali 1,2 kritéria. Po dvou edukacích se rozdíl mezi pohlavími smazává (ženy průměrně 3,19 a muži 3,22 kritéria).

Diskuze

Z analýzy výsledků výzkumu vyplývá, že o vhodné profylaktické obuvi doporučené v rámci prevence syndromu diabetické nohy bylo edukováno z celkového počtu 278 (100 %) mužů i žen 190, což představuje 68 %. Jednu edukaci absolvovalo 72 (73 %) žen a 65 (72 %) mužů, 26 (26 %) žen a 23 (25 %) mužů prošlo dvěma edukacemi; 88 (32 %) respondentů udává, že cílenou preventivní edukaci, týkající se této problematiky, neabsolvovali. Edukace byla v diabetologických

ambulancích prováděna lékařem diabetologem, a to u 117 (42 %) respondentů, nebo všeobecnou sestrou, u 36 (13 %) respondentů. Diabetologem i sestrou bylo proedukováno 30 (11 %) respondentů. V ambulanci praktického lékaře bylo lékařem nebo sestrou edukováno 19 (8 %) respondentů. Informace o vhodné obuvi získalo 114 (41 %) seniorů z dalších zdrojů, např. z informačních brožur, internetu nebo od rodinných příslušníků.

V současné době má v České republice diabetes 8 - 9 % z celkové populace (861,5 tisíc pacientů/za rok 2016), 17 % z těchto pacientů má postižení dolních končetin, diabetickou nohu. Na pokračující epidemii diabetu se největší měrou podílí 2. typ DM (91,4 % případů). Každý čtvrtý diabetik je v riziku, že během života onemocní zmiňovaným syndromem (Zdravotnická ročenka České republiky 2016, © ÚZIS ČR, 2017, s. 37; Karen, Svačina a kol., 2018, s. 3). Léčbu a dispenzarizaci pacienta s DM 2. typu zajišťují ordinace diabetologa nebo praktického lékaře (Karen, Svačina a kol. 2018, s. 3). Léčba více než 25 % nemocných s DM 2. typu probíhá v ordinacích praktických lékařů. (Zdravotnická ročenka České republiky 2016, © ÚZIS ČR, 2017, s. 37). Vhodnou prevencí lze SDN předcházet. Z analýzy uvedených výsledků vyplývá, že se na edukaci seniorů s DM o profylaktické obuvi podílí jak lékaři diabetologové, tak sestry v diabetologických ambulancích, včetně lékařů se všeobecnými sestrami v ambulancích praktických lékařů. Je nutné informovat pacienty o tom, že preventivní obuv může předcházet v 60-80 % případech ulceraci, ochránit nohy před vnějšími vlivy a redukovat plantární tlaky. Pacient by měl znát kritéria vhodné obuvi, aby si sám dokázal vybrat z nabídky kvalitní, účelnou a pohodlnou obuv (**Bém, Hrášek, Pavlů in Jirkovská a kol., 2006, s. 108; Záhumenský, Rádl, 2007**). Lacigová uvádí (in Štefánková, Lacigová, 2017, s. 15), že žádná léčba chronického onemocnění (diabetes mellitus) nemůže být úspěšná, pokud pacient nepřistoupí na spolupráci. Spolupracovat může jen ten nemocný, který je dobře poučen, tedy edukován. Edukace je důležitým aspektem zdravotnické praxe, měla by být běžnou denní činností všech zdravotnických pracovníků (Krátká, 2018, s. 31). Kromě informování a vedení diabetiků ke změnám, které jim zlepší život a oddálí komplikace, je důležitou součástí motivace. Čím víc se pacienti vyjadřují ve prospěch změny, tím je transformace pravděpodobnější. Důležitý vliv na to má, jak s pacienty zdravotníci hovoří, jak jim naslouchají a pracují na vytvoření dobrého vztahu, ale také respektování práva pacienta doporučení neakceptovat, změny neudělat. Úkolem zdravotníků je sledovat a reagovat v rámci vlastní edukce na vyjádření pacienta, pomoci ujasnit mu, co je důležité a vidět smysl činnosti (Štefánková, Lacigová, 2017, s. 17-20). Zařazovat do rozhovorů témata opakovaně, protože se tím zlepšují pacientovi znalosti, ale probírat jen pouze tehdy, kdy cítíme, že máme šanci změnit jeho postoje. Informaci, radu, doporučení poskytovat ve správný čas, když je schopen přijmout je, být aktivním. Edukace o vhodné profylaktické obuvi je vhodná pro seniory s nízkým až vysokým rizikem vzniku ulcerací. Zdravotníci by měli motivovat osoby s diabetes mellitus ve středním a vysokém riziku vzniku diabetických ulcerací k nošení profylaktické obuvi jak v domácím, tak i venkovním prostředí (Van Netten, 2018). Nevhodná obuv vede bezprostředně k příčinám vzniku traumatu, a následně i ulcerace nohy (Záhumenský, Rádl, 2007, s. 79-80). Senioři diabetici mohou být edukováni individuálně nebo skupinově. Řízená diskuze ve skupině pomáhá vést také k motivaci ke změnám, k předávání zkušeností mezi pacienty, přispívá k psychickému zklidnění i přijetí nové situace (Štefánková, Lacigová, 2017, s. 80-81; Jirkovská a kol. 2017). Dle našich zkušeností, doporučujeme zapojit do edukace seniorů i rodinné příslušníky. Při rozhovorech myslet na to, že cílovým edukantem je senior. Vědomě pracovat s informacemi, že u 90 % starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, u 30 % zhoršení sluchové percepce (Topinková, 2005); zhoršuje se u nich především krátkodobá paměť, že potřebují 4x více doby na naučení úkolu, 2,5x více opakování k úplnému naučení se úkolu a dělají 4x více chyb, že 50 % nových poznatků bude do druhého dne zapomenuto (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 9; Krátká, 2017, s. 42). Mluvené slovo je vhodné vždy podpořit kvalitně zpracovaným písemným materiálem (velikost písma dle cílové skupiny edukantů). Jedná se např. o letáky, brožury, časopisy, knihu, internetový zdroj, další různé postupy činností a podpůrné osnovy (Krátká, 2017, s. 29). Takto poskytovaná informace se stává kdykoliv dostupná v domácím prostředí, senioři se k ní mohou opakovaně vracet. Současně je finančně nezátěžující.

Domníváme se, že všeobecné sestry by se měly, zvláště v ambulancích praktických lékařů, výrazněji věnovat problematice edukace seniorů s DM. Vytvořit si na edukaci časový prostor a reagovat adekvátně na potřeby seniorů v této oblasti, využívat pro daná témata existující doporučené postupy. Sestra má více možností a příležitostí získat pacientovu důvěru, motivovat ho a sdělovat mu nové či opakovat znovu potřebné informace týkající se rozsáhlé problematiky řešeného onemocnění. Strategicky plánovat komplexní edukaci, včetně prevence vzniku diabetické nohy tak, aby bylo dosaženo žádoucího výsledku s přihlédnutím k věkovým a individuálním zvláštnostem seniora diabetika.

Profylaktická obuv funguje jako primární, v některých případech jako sekundární, prevence vzniku diabetické nohy u pacientů bez přítomné ulcerace. Měla by chránit nohy před negativními vlivy a redukovat plantární tlaky pod prahovou hodnotu vzniku defektu. Diabetická ulcerace na noze vznikne až v 60 % z otlaků z nesprávně zvolené obuvi (Bém, Hrášek, Pavlů in Jirkovská a kol., 2006, s. 108; Piňhová, 2017, s. 72). Více než polovina všech diabetických defektů se infikuje, 20 % z nich končí amputací (International Diabetes Federation, 2017, s. 10). Profylaktická diabetická obuv musí splňovat řadu kritérií podle specifických požadavků na provedení obuvi pro diabetiky uvedených v České technické normě (ČSN 79 5600:2005). Musí být vyrobená z přírodních zdravotně nezávadných materiálů. Nárt může být vyroben z pružné pleteniny, ze strečových materiálů a tuto obuv mohou využívat pacienti s vbočenými palci nebo s kladívkovými prsty. Obuv má uzavřený stříh, je bezešvá, nemá vnitřní švy, které by mohly nohu poranit. Je dostatečně hluboká a široká s 1 - 2 cm nadměrkem. Nohu nesmí tlačit tužinka, výztuha přední části obuvi zajišťující její pevný tvar. Podpatek smí být o výšce maximálně do 20 mm pro muže, do 25 mm pro ženy (vztaženo na střední velikost nohy, tj. 28/8/42 pro muže a 24/4/37 pro ženy), jeho tvar a rozměry musí zajišťovat stabilitu, nebo je obuv zcela bez podpatku. Horní obvodové okraje musí být bandážované. Uzavírání je zajištěno buď šněrováním nebo suchým zipem, bez pruženek, podešev je tuhá. V obuvi musí být prostor pro vkládací tlumivou stélku schopnou rozkládat vzniklé vysoké lokální tlaky (Bém, Hrášek, Pavlů in Jirkovská a kol., 2006, s. 109-110; Záhumenský, Rádl, 2007, s. 79-80). Z analýzy výsledků vyplynulo, že po absolvování dvou edukací o vhodné profylaktické obuvi si 63 (62 %) žen vybavilo 4 nebo 5 kritérií a 74 (87 %) mužů si vybavilo 3 až 5 kritérií. Po první edukaci si ženy s největší četností zapamatovaly 1 - 2 kritéria a muži 0 - 1 kritérium. Po dvou edukacích si ženy s největší četností zapamatovaly 3 - 4 kritéria a muži pouze 2 - 3 kritéria. Teprve po absolvování dvou edukací začíná být rozdělení četnosti znalostí kritérií vhodné obuvi normální, bez edukace a po jedné edukaci rozdělení četnosti neprojevují vlastnosti normálního rozdělení. Po analýze výsledků z našeho výzkumu byla přijata alternativní hypotéza, že znalost počtu kritérií profylaktické diabetické obuvi u pacientů s diabetes mellitus je ovlivněna počtem absolvovaných edukací. Potvrdili jsme pozitivní vliv opakovaných edukací na zapamatování doporučených kritérií. Teprve po absolvování dvou edukací začíná být rozdělení četnosti znalostí kritérií o vhodné profylaktické obuvi normální. Při absolvování jedné edukace si ženy průměrně zapamatovaly 1,86 kritérií, oproti mužům, kteří si zapamatovali 1,2 kritéria. Po dvou edukacích se rozdíl mezi pohlavími smazává (ženy průměrně 3,19 a muži 3,22 kritéria). Zdravotníci, kteří poskytují edukaci, by neměli opomíjet význam opakovaných informací, rad a doporučení.

Závěr

Cílem příspěvku bylo poukázat na souvislosti edukace a znalostí pacientů, v našem výzkumu prezentovaném na problematice profylaktické obuvi, která pomáhá předcházet pozdní komplikaci diabetu, syndromu diabetické nohy. Preventivní obuv spolupůsobí společně s vhodnou péčí o nohy při předcházení vzniku ulcerací. Prokázali jsme, že poskytovaná edukace ovlivňuje znalosti pacientů, a z tohoto důvodu je potřebné zařazovat do komunikace zdravotníků s pacienty edukační témata opakovaně, protože pouze opětovné podávání informací zlepšuje jejich znalosti a jen tak může podnítit provedení žádoucích změn. Současně je potřeba vybalancovat poskytování

informací, rad a doporučení s postoji pacienta. Správně načasovat sdělování argumentů, které vedou ke zlepšení kvality života a oddalování komplikací tak, aby je diabetik byl schopen přijímat, v tomto konkrétním případě si pořídit profylaktickou obuv, která snižuje riziko poranění nohou než běžná konfekční obuv.

Použitá literatura:

Demografická ročenka krajů 2016 : Demographic yearbook of the Czech Republic 2016. V Praze: Český statistický úřad, 2017. Obyvatelstvo, volby. ISBN 978-80-250-2787-5. International Diabetes Federation. (2017) Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for health care professionals: International Diabetes Federation, 2017.

JIRKOVSKÁ, A. a kol. (2006) *Syndrom diabetické nohy*. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-095-X.

JIRKOVSKÁ, A. a kol. (2017) *Skupinová edukace diabetiků: jak na to...* Semily: Geum, 2017. ISBN 978-80-87969-33-5.

KAREN, I., SVAČINA, Š. a kol. (2018) *DIABETES MELLITUS: Doporučené diagnostické a terapeutické postupy* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2018 [cit. 2018-08-26]. ISBN 978-80-86998-99-2. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporučene-postupy/2017/DP-DM-2018.pdf>

KRÁTKÁ, A. (2016) *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2018-08-24]. ISBN 978-80-7454-635-8. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.utb.cz/dd-product/zaklady-pedagogiky-a-edukace-v-oseetrovatelstvi/>

KVAPIL, M. ed. (2018) *Diabetologie 2018*. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-549-8.

MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. (2006) *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

VAN NETTEN, J. et al. (2018) Diabetic Foot Australia Guideline on Footwear for People with Diabetes. *Journal of Foot and Ankle Research* 11 (2018): 2. <http://doi.org/10.1186/s13047-017-0244-z>

PIŤHOVÁ, P. (2017) Syndrom diabetické nohy. *Medicína pro praxi* [online]. 2017, 14(2), 71-76 [cit. 2018-08-23]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med2017020005_Syndrom_diabeticke_nohy.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DPi%25BBhov%25E1%26sfrom%3D0%26spage%3D30

SOUKUP, J. (2014) *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206071.

ŠTEFÁNKOVÁ, J., LACIGOVÁ, S. (2017) *Motivace pacienta v diabetologické ambulanci*. Praha: Mladá fronta, 2017. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4590-2.

TOPINKOVÁ, E. (2005) *Geriatry pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 8072623656.

WEBER, P. a kol. (2014) Diabetes mellitus – pohled internisty, geriatra a diabetologa současně. *Postgraduální medicína* [online]. 2014(04) [cit. 2018-08-22]. ISSN 12-4184. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/diabetes-mellitus-pohled-internisty-geriatra-a-diabetologa-soucasne-474974>

ZÁHUMENSKÝ, E., RÁDL, P. (2007) Přínos protetické péče a zdravotní obuvi u komplikovaných stavů diabetické nohy. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2007, 2, 78-83 [cit. 2018-08-20]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2007/02/06.pdf>

Korespondence:

Mgr. Silvie Treterová
Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670
760 01 Zlín
treterova@utb.cz

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA V PORESUSCITAČNOM OBDOBÍ

Mgr. Gabriela Doktorová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP, TU v Trnave

Súhrn:

V štátoch vyspelej Európy je najčastejšou príčinou kardiopulmonálneho zlyhania náhla zástava obehu. Mortalita sa pohybuje okolo 65-95 % pri zástave mimo zdravotníckeho zariadenia a 40-50 % pri náhlej zástave obehu v nemocnici. Prognóza pacientov je neistá, ale môže byť zlepšená včasnou a efektívnou kardiopulmonálnou resuscitáciou. Cieľom kardiopulmonálnej resuscitácie je zvýšiť počet preživaní u obetí kardiopulmonálneho zlyhania. Za úspešnú resuscitáciu považujeme resuscitáciu, výsledkom ktorej je primeraná kvalita života. Pri obnovení krvného obehu s pretrvávajúcim závažným neurologickým deficitom je považovaná resuscitácia za primárne úspešnú, ale pre pacienta neprospešnú.

V predkladanom príspevku sa zaoberáme ošetrovateľskou starostlivosťou o pacienta v poresuscitačnom období. Účinnosť a úspešnosť liečebného postupu a realizovaných ošetrovateľských intervencií treba hodnotiť v širších súvislostiach. V súčasnosti sa u pacientov, ktorí boli resuscitovaní z dôvodu komorovej fibrilácie a u ktorých pretrváva bezvedomie po obnovení obehu, odporúča aplikovať metódu liečebnej hypotermie 32-34°C počas 12-24 hodín. Metóda liečebnej hypotermie je jednou z ľahko dostupných možností, ktoré môžu prispieť k pozitívnemu výsledku. Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v poresuscitačnom období patrí medzi najnáročnejšie. Kontinuálny monitoring vitálnych funkcií, správne naplánované a realizované ošetrovateľské intervencie sú súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s neistou prognózou.

Kľúčové slová:

Kardiopulmonálna resuscitácia; Liečebná hypotermia; Pacient; Ošetrovateľská starostlivosť; Sestra

NURSING CARE FOR PATIENT IN POSTRESUSCITATION PERIOD

Summary:

In the advanced European states, the most common cause of cardiopulmonary failure is sudden circulatory arrest. Mortality is around 65-95% when a shut down happens outside the medical facility and 40-50% at a sudden shutdown in the hospital. Patient prognosis is uncertain but may be improved by early and effective cardiopulmonary resuscitation. The aim of cardiopulmonary resuscitation is to increase the number of survivors in cardiopulmonary failure victims. For successful resuscitation we consider resuscitation resulting in adequate quality of life. In resuscitation of the blood circulation with persistent severe neurological deficiency, resuscitation is considered to be primarily successful but does not benefit the patient.

In the present paper we deal with nursing care of the patient in the postresuscitation period. The effectiveness and success of the treatment process and the nursing interventions should be evaluated in a wider context. Currently at the patients who have been resuscitated due to ventricular fibrillation and who remain unconscious after resumption of circulation it is recommending to apply the 32-34 ° C hepatic hypothermy treatment method for 12-24 hours. The method of hepatic hypothermia is one of the readily available options that can contribute to a positive outcome. Nursing care for a patient in the postresuscitation period is one of the most demanding. Continuous monitoring of vital functions, properly planned and implemented nursing interventions are part of nursing care for patients with uncertain prognosis.

Key words:

Cardiopulmonary resuscitation; Hepatic hypothermia; Patient; Nursing care; Nurse

Úvod

Najčastejšou príčinou smrti ľudí v produktívnom veku sú ochorenia srdca a kardiovaskulárneho systému. Celková mortalita u pacientov so zahájenou kardiopulmonálnou resuscitáciou dosahuje 90–94%. Väčšina úmrtí (70-80%) nastáva v prvých hodinách po zastavení obehu následkom ireverzibilného poškodenia kardiovaskulárneho systému, 44-68% pacientov ktorí prežijú, zostáva s pretrvávajúcou hlbokou poruchou vedomia a len 11-48% pacientov je vyliečených s priaznivým neurologickým nálezom. Prognóza pacientov, ktorí prežijú niekoľko hodín po kardiálnom zlyhaní je síce neistá, avšak môže byť ovplyvnená nielen včasnou kardiopulmonálnou resuscitáciou, ale aj kvalitnou poresuscitačnou starostlivosťou. Základným terapeutickým cieľom tejto starostlivosti je včasné obnovenie spontánnej cirkulácie, zaistenie ventilácie a komplexnej intenzívnej lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti. Snahou multidisciplinárneho tímu musí byť najmä ochrana mentálnych schopností pacienta a minimalizovanie rizika trvalého posthypoxemického poškodenia mozgu. Starostlivosť o pacienta sa sústreďuje na obnovu základných životných funkcií, na liečbu príčiny resuscitácie, ale aj na prevenciu, vyhľadávanie a včasné riešenie možných komplikácií so zreteľom na rešpektovanie bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb.

Vlastný text

Zastavenie krvného obehu a dýchania patria medzi situácie bezprostredne ohrozujúce život človeka a vyskytujú sa v tesnej časovej súvislosti. Život postihnutého častokrát závisí od prvej pomoci poskytnutej správne a včas (Dobiáš, 2017). Zásady použitia kardiopulmonálnej resuscitácie by mala ovládať ako odborná, tak aj laická verejnosť a je dôležité vedieť ich použiť v praxi. Janota (2011) definuje kardiopulmonálnu resuscitáciu ako súbor úkonov vedúcich k obnove alebo podpore základných životných funkcií (ventilácie a krvného obehu). Adamus (2012) označuje neodkladnú resuscitáciu ako súbor diagnostických a liečebných postupov, ktoré slúžia na obnovenie obehu okysličenej krvi predovšetkým mozgu a myokardu u osoby náhlym zlyhaním niektorej z vitálnych funkcií.

Pacient po kardiopulmonálnej resuscitácii (ďalej KPR) je uložený na resuscitačné lôžko na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Veľmi dôležitý je nepretržitý monitoring pacienta. Monitoring znamená opakované alebo kontinuálne sledovanie fyziologických funkcií pacienta. Slúži na rozpoznanie abnormalít fyziologických funkcií. Ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta po KPR zabezpečujú sestry špecialistky z anestéziológie a intenzívnej starostlivosti a líši sa od starostlivosti o pacientov na štandardnom oddelení. Rozsah poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti závisí od diagnózy a celkového zdravotného stavu pacienta. S meniacim sa vývojom zdravotného stavu pacienta po KPR sa neustále menia a vyvíjajú potreby a nároky pacienta na ošetrovateľskú starostlivosť. Sestra trávi pri lôžku pacienta viac času ako lekár, preto má s pacientom zvyčajne bližší a dôvernejší vzťah (Kapounová, 2007). Ďalším dôležitým aspektom ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v poresuscitačnom období je kontinuálne zabezpečenie a uspokojovanie základných bio – psycho – sociálno – spirituálnych potrieb. Kapounová (2007) zaraďuje medzi najčastejšie potreby pacienta v intenzívnej starostlivosti dýchanie, výživu, vyprázdňovanie, sebestačnosť a psychickú vyrovnanosť. Inú definíciu potrieb pacienta uvádza Šamánková a kol. (2011): potreba dýchania a saturácie kyslíka, potreba regulácie telesnej teploty, potreba telesnej integrity, potreba príjmu tekutín a potravy, potreba vylučovania, potreba čistoty a spánku, potreba byť bez bolesti, potreba sebestačnosti, potreba bezpečia a istoty, lásky, priateľstva a spolupatričnosti a potreba účinnej komunikácie. Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v poresuscitačnom období sú dané mnohými problémami a zmenami,

ktoré sestra definuje v oblasti somatickej, psychickej a sociálnej. U pacienta sa môžu prejavíť v rôznej miere charakteristických vlastností. Môžu byť akútne, chronické, potencionálne, ale predovšetkým majú permanentný charakter, ktorý si vyžaduje nepretržité ošetrovateľské intervencie (Doležil – Carbolová, 2007).

Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na hygienickú starostlivosť, starostlivosť o dýchacie cesty, výživu a vyprázdňovanie, kontinuálny monitoring vitálnych funkcií, starostlivosť o invazívne vstupy, prevenciu dekubitov a nozokomiálnych infekcií, komunikáciu a rehabilitačnú starostlivosť (Doležil – Carbolová, 2007).

Hygienická starostlivosť sa radí medzi základné biologické potreby. Celkový kúpeľ na lôžku sa prevádza dvakrát denne, prípadne podľa potreby pacienta. Pokožka by mala byť stále suchá, čistá, s možnosťou priebežnej kontroly jej stavu. Oči sestra ošetruje po kontrole spojivkového vaku Ophtalmo – Azulen ung. K ošetrovateľskej starostlivosti o hygienu pacienta po KPR patrí aj starostlivosť o dutinu ústnu a nosa, starostlivosť o vlasy a nechty pacienta.

Starostlivosť o dýchacie cesty v intenzívnej starostlivosti je neoddeliteľnou a dôležitou súčasťou práce sestry. Pacient po resuscitácii má dýchacie cesty zaistené endotracheálnou alebo tracheostomickou kanylou. Starostlivosť o invazívny vstup do dýchacích ciest zahŕňa pravidelné a sterilné odsávanie, pravidelné ošetrovanie tracheostómie, inhalačnú terapiu a dychovú rehabilitáciu. Odsávanie z dýchacích ciest možno prevádzať otvoreným alebo uzavretým spôsobom. Pacientovi na umelej pľúcnej ventilácii sestra zabezpečí podávanie zvlhčenej a zohriatej vdychovanej zmesi, nebulizáciu naordinovaných farmák.

Výživa pacienta predstavuje ďalší prvok starostlivosti o pacienta. U pacientov po KPR formu výživy indikuje lekár na základe výpočtu energetických potrieb pacienta, laboratórnych parametrov, prevalencie malnutricie atď. (Zadák, 2008). Nutričná podpora je možná parenterálnou alebo enterálnou cestou. Enterálnu výživu zabezpečujeme pomocou nazogastrickej sondy, sondy jejunálnej či cestou perkutánnej endoskopickej gastrostómie (PEG). PEG je indikovaná vtedy, keď pacient nie je schopný prijímať potravu cestou parenterálnou, alebo je predpoklad, že enterálnu výživu budeme podávať dlhšie ako 6 týždňov (Grofová, 2009; Kapounová, 2007; Zadák, 2008). Niektorí autori prezentujú názor preferencie enterálnej výživy pred parenterálnou v súvislosti s redukciami vzniku komplikácií, s CVK a ako prevencia atrofie črevných kĺkov.

Starostlivosť o vyprázdňovanie je základnou fyziologickou funkciou a biologickou potrebou organizmu. Je ovplyvnené príjmom potravy, tekutín, liekov a aktivitou. Sestra sa stará o pravidelné vyprázdňovanie a dostatočnú diurézu. Z dôvodu imobility môže prísť u pacienta k poruche defekácie. Zavedenie permanentného močového katétra (PMK) je na pracoviskách intenzívnej starostlivosti súčasťou štandardnej ošetrovateľskej starostlivosti. Je treba mať na zreteli, že 80% nozokomiálnych infekcií močových ciest je spôsobených zavedeným PMK (Kapounová, 2007). I keď sa zvyčajne nejedná o závažné infekcie, môžu viesť k bakterémii, prípadne až k smrti pacienta (Langšádl, 2011).

Prevencii vzniku dekubitov musí sestra venovať dostatočnú pozornosť. Sestra hodnotí riziko vzniku dekubitov. Na hodnotenie a posudzovanie rizika vzniku dekubitov používa rôzne škály a stupnice (Nortonovej, Knollova, Bradenova). Posudzovanie vzniku dekubitov je súčasťou dokumentácie pacienta a umožňuje u rizikových pacientov zaviesť včas preventívne opatrenia. Nielen k prevencii imobilizačného syndrómu a vzniku dekubitov, ale tiež k podpore pľúcnej ventilácie prispieva v starostlivosti o kriticky chorého pacienta polohovanie. Pacienti po resuscitácii sú polohovaní čo najskôr po uplynutí kritického obdobia. Najskôr sa začína s tzv. mikropolohovaním, miernou zmenou polohy pacienta. Pokiaľ to zdravotný stav pacienta dovoľuje, pokračuje sestra v polohovaní v 2 – 3 hodinových intervaloch, postupne pokračuje v nácviку sedu, stoja a následne chôdze (Kapounová, 2007). Medzi ďalšie preventívne činnosti sestry patrí **prevencia infekcií a nozokomiálnych nákaz**. Boroňová (2006) uvádza, že na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej starostlivosti sa má starať jedna sestra len o jedného pacienta

a z hľadiska prevencie nozokomiálnych infekcií sestra nemôže prechádzať od jedného pacienta k druhému. Toto pravidlo však nie je možné vzhľadom na početnosť personálu vždy dodržať.

Riadená hypotermia u pacienta po kardiopulmonálnej resuscitácii je nefarmakologická metóda, ktorá zmiernuje patofyziologické účinky ischemicko - perfúzneho poškodenia tkanív (mozgu) po ischemicko - hypoxickom poškodení. Využitie riadenej hypotermie sa odporúča u dospelých pacientov s obnovenou spontánnou cirkuláciou po mimonemocničnej zástave srdca s komorovou fibriláciou. Poškodenie mozgu vzniká nielen v priebehu samotnej zástavy srdca, ale dochádza k nemu aj po obnovení činnosti srdca v priebehu ďalších 72 hodín. Prispieva k tomu zápalová aktivita a ďalšie nepriaznivé deje, ktoré poškodzujú mozog a vzniká postischemická encefalopatia. Cieľom riadenej hypotermie je zlepšiť výsledky neodkladnej resuscitácie, zmierniť primárny a minimalizovať sekundárny útok. Riadená hypotermia sa musí začať aplikovať včas do 30 minút (prednemocnične), resp. optimálne do 1 - 2 hodín od udalosti KPR. Teplotu telesného jadra udržujeme v rozmedzí 32 - 34°C po dobu 12 - 24 hodín, po tejto fáze nasleduje fáza zohrievania, ktorá trvá 8 hodín. Riadená (liečebná) hypotermia je jedinou liečebnou metódou, pri ktorej bolo dokázané, že zlepšuje neurologické výsledky u pacientov po úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii z dôvodu zástavy srdca. S tým sa stotožňuje aj Klementa (2011), ktorý uvádza, že riadená hypotermia patrí medzi účinné spôsoby, ako zlepšiť nielen prežívanie, ale aj dlhodobú prognózu pacienta po úspešnej kardiopulmonálnej resuscitácii.

Záver

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po KPR je náročná a vyžaduje si od sestry dostatok vedomostí a odborných zručností, vrátane ovládania prístrojovej techniky. Veľký dôraz je kladený na používanie ochranných pomôcok, bariérovú ošetrovateľskú starostlivosť a prevenciu nozokomiálnych infekcií. Odbornú komplexnú liečbu a starostlivosť o pacienta v poresuscitačnom období je možné realizovať iba v spolupráci celého ošetrovateľského tímu, ktorý sa snaží o ucelený prístup k pacientovi. Obnovenie pôvodnej kvality života je prvoradým cieľom poresuscitačnej starostlivosti.

Použitá literatúra

ADAMUS, M. (2012) *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*, 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 358 s. ISBN 978-802-4429-960.

BOROŇOVÁ, J. (2006) Úloha sestry pri predchádzaní nozokomiálnych nákaz na oddeleniach intenzívnej starostlivosti. In *Fataly*, 2006, roč. 2, č. 2-3. s. 68-71 ISSN 1333-0023

DOBIÁŠ, V. (2017) *5P Prvá pomoc pre pokročilých poskytovateľov*, 1. vyd. Vydavateľstvo Dixit, 2017, 302 s. ISBN 978-80-89622-24-1.

DOLEŽIL, D. – CARBOLOVÁ, K. (2007) Vegetativní stav (apalický syndrom) In *Neurologie pro praxi*, 2007. roč. 8, č. 1, s. 27-31. ISSN 1213-1814

GROFOVÁ, Z. (2007) *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*, 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

JANOTA, T. (2011) *Šok a kardiopulmonální resuscitace*. Praha: Triton, 2011, Lékařské repertorium, 64 s. ISBN 978-807-3874-865.

KLEMENTA, B. (2011) *Resuscitace ve světle nových guidelines*, 1. vyd. Olomouc: Solen, 2011, 60 s. ISBN 978-80-87327-865.

LANGŠÁDL, L. (2011) Pôvodcovia nozokomiálnych infekcií a cesty ich prenosu. In *Sestra*, 2011, roč. 10, č. 11-12, s. 24-26, ISSN 1335-9444

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. (2006) *Základy ošetrovatelství*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

ZADÁK, Z. (2008) *Výživa v intenzivní péči*, 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 542 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

Korešpondencia:

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

HFNC – NOVÝ ZPŮSOB APLIKACE KYSLÍKU

Mgr. Kateřina Zámečnicková
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
KARIM, FN Hradec Králové

Souhrn:

HFNC – high- flow nasal cannula – vysoko průtoková nosní kanyla – je relativně nový způsob aplikace kyslíku dětem i dospělým.

Kyslík je podáván nosem prostřednictvím širokého nosního katetru, ale na rozdíl od konvenční aplikace O₂ kyslíkovými brýlemi je aplikován vysoko průtokově a se stabilní vyšší inspirační frakcí O₂ (FiO₂). Vdechovaná směs je předehřáta a dostatečně zvlhčena, čímž se snižují typické komplikace spojené s podáváním kyslíku po delší dobu. Vysoké průtoky způsobují pozitivní tlak ve faryngu, čímž se vytváří i pozitivní endexpirační tlak (PEEP).

Přednáška dále pojednává o typických indikacích tohoto způsobu vysoko průtokové oxygenoterapie a možných komplikacích.

Použitá literatura:

<https://www.oxygenconcentratorstore.com/history-of-oxygen-therapy/>

[https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nasal_Cannula_\(Adult\).png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nasal_Cannula_(Adult).png)

<https://lifeinthefastlane.com/ccp/high-flow-nasal-cannula/>

Korespondence:

Mgr. Kateřina Zámečnicková
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
kramskak@seznam.cz

KLINICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM ICIP NA RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ

Bc. Věra Nigrovičová, DiS.
Mgr. Kateřina Zámečníková
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Cíle:

Cílem této přednášky je přiblížit posluchačům klinický informační systém ICIP, který je zaměřen na tvorbu, uchování a sdílení zdravotnické dokumentace. Umožňuje elektronický záznam v intenzivní péči, sjednocení dat a grafické znázornění fyziologických funkcí.

Metody:

Hlavním předmětem přednášky je seznámení posluchačů s konkrétní prací sester se systémem na oddělení. Jak ICIP vlastně funguje? Jaké jsou jeho technické požadavky? Jaký význam má ICIP ve vedení dokumentace? Jaké jsou jeho výhody a nevýhody? To jsou otázky, na které se v naší prezentaci snažíme odpovědět. Metodami vzniku naší prezentace je mimo jiné sběr dat o systému od společnosti Philips a od technického oddělení zajišťující provoz systému v nemocnici.

Výsledky:

ICIP (Intellivue Clinical Information Portfolio) je systém vyvinutý společností Philips a jeho provoz je běžný například v Rakousku. Od počátku projektu v ČR na podzim roku 2009, přes implementaci systému a spuštění zkušební verze v lednu 2011, jsme se dostali k plně funkčnímu klinickému informačnímu systému, který na oddělení resuscitační péče našel své místo. ICIP je propojen s monitorem pacienta, s infuzními pumpami a s ventilátorem a umožňuje tak kontinuální záznam fyziologických funkcí, rychlostí infuzí a ventilačních parametrů. Dává veliký prostor sestře k záznamu veškeré ošetřovatelské péče a dokumentuje zadání i splnění ordinace lékaře.

Závěr:

Zavedení a spuštění systému nebylo na oddělení jednoduché pro nikoho. Bylo třeba se naučit pracovat s elektronickou dokumentací. Potýkali jsme se i s technickými problémy. Brzy jsme však pochopili, že nám systém dokáže ušetřit čas a že záznamy, které jsou o pacientovi vedené, dostávají praktickou a funkční formu.

Použitá literatura:

Uživatelská příručka k ICIP, verze 0,5a, Philips,
M. Seiner, Klinické informační systémy, přednáška pro studenty 2. LF, 2006

Korespondence:

Bc. Věra Nigrovičová
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
vera_g@email.cz

MALÍGNA HYPERTERMIA

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

PhDr. Eva Balogová, PhD.

FZ v Banskej Bystrici, SZU v Bratislave

Nemocnica Zvolen a.s.

Súhrn

Malígna hypertermia je zaraďovaná do skupiny život ohrozujúcich ochorení. Je vyvolaná niektorými liekmi, najčastejšie ide o depolarizujúce svalové relaxanciá, prípadne aj inhalačné anestetiká. Jedná sa o vrodené, autozomálne dominantne dedičné ochorenie, ktoré je charakteristické prudkým výstupom telesnej teploty ako následku hypermetabolizmu ako následku nekontrolovaného uvoľnenia kalcia predovšetkým zo svalových buniek. Prežitie pacienta je závislé na včasnom rozpoznaní a rýchlom zahájení liečby.

Kľúčové slová:

Malígna hypertermia, Anestézia, Pacient, Prevencia, Liečba.

Summary:

Malignant hyperthermia is included in a group of life-threatening diseases. It is caused by some medicines, most often depolarizing muscle relaxants, or inhaled anesthetics. It is a congenital, autosomal dominant hereditary disease characterized by a steep body temperature output as a consequence of hypermetabolism as a consequence of uncontrolled release of calcium, especially from muscle cells. Patient survival depends on timely recognition and rapid onset of treatment.

Key words:

Malignant Hyperthermia, Anesthesia, Patient, Prevention, Treatment.

Malígna hypertermia je ochorenie, ktoré zaraďujeme do skupiny autozomálne dominantne dedičných ochorení. Látky, ktoré vyvolávajú malígnu hypertermiu patria do skupiny volatívnych anestetík a skupiny depolarizujúcich svalových relaxancií (David, 2008). Už v 19. storočí sa datuje prvá zmienka o nevysvetliteľných komplikáciách počas celkovej anestézie v súvislosti so zvýšenou teplotou. Práve vysoká mortalita a hyperpyrexia u pacientov viedli k pomenovaniu malígna hypertermia. V 70 – tých rokoch 20. storočia došlo k zaznamenaniu vysokých pokojových hodnôt CK u príbuzných postihnutých pacientov a prítomnosť zvýšenej kontraktility priečne pruhovaného svalstva po expozícii kofeínom, prípadne halotanom. Následné objavenie relaxačných účinkov dantrolenu a úspešne realizovaných pokusoch na ošipovaných, bol tento liek zavedený v roku 1980 do humánnej medicíny.

Klinické príznaky

Klinické príznaky malígnej hypertermie sú rôznorodé, je dôležité ich včasné rozpoznanie a okamžité zahájenie liečby. Klinické príznaky je možné rozdeliť na včasné a neskoršie. Medzi včasné príznaky patrí: prudký vzostup CO₂, ktorý je možné dobre odsledovať prostredníctvom vzostupu ET CO₂ pri kapnometrii a tachypnoe u spontánne dýchajúceho pacienta. Medzi včasné príznaky zaraďujeme aj zvýšenú spotrebu O₂, mramorovanie pokožky, výskyt tachykardie, arytmie, nestabilný krvný tlak, spazmus žuvacieho svalstva a zmiešaná metabolická a respiračná acidóza. Medzi neskoršie príznaky malígnej hypertermie patrí: rýchly vzostup teploty telesného jadra, hyperkalémia, výrazný nárast kreatinfosfokinázy a moglobínu a následné prítomnosť tmavo

sfarbeného moču v dôsledku myoglobinurie. Následne môže vzniknúť zastavenie krvného obehu a diseminovaná intravaskulárna koagulopatia (Ševčík a kol., 2014). Mnohé klinické príznaky môžu vnímať anesteziológovia ako nedostatočne hlbokú anestéziu. Výskyt celotelovej svalovej stuhnutosti však býva výrazným varovným ukazovateľom malígnej hypertermie. Pri rýchlom vzniku ťažkej acidózy a šokového stavu nemusí dôjsť k vzostupu telesnej teploty.

Diagnostika

Dôležitý je dôkladný odber osobných a rodinných anamnestických údajov so zameraním na výskyt komplikácií počas anestézie, vrátane s úmrtím v súvislosti s anestéziou. Významné sú aj údaje o myopatiách, rbdomyolýze rôznej etiológie, pokojovej elevácii svalových enzýmov, nešpecifikovaných metabolických poruchách, nejasných úmrtí novorodencov, trizmu po kofeíne alebo teíne, prípadne zvýšenej teplote pri námahe (Štěpánková a kol., 2003).

Terapia

Základným predpokladom pre zahájenie liečby je včasné rozpoznanie výskytu malígnej hypertermie a jej okamžité zahájenie. Klinické príznaky môžu byť rôznorodé, čomu sa musí následne prispôbiť aj liečba. Je potrebné zastaviť akýkoľvek prívod možných spúšťačích látok a zahájenie hyperventilácie 100% kyslíkom. Samotnú anestéziu je nutné zmeniť na TIVA (total intravenous anesthesia), prehĺbiť ju pomocou opiátov a sedatív a podať nedepolarizujúce relaxanciá. Výmena okruhu, prípadne anesteziologického prístroja je strata času, postačí zastaviť prívod inhalačného anestetika a prepláchnuť kyslíkom celý anesteziologický okruh. Následne je indikované podávanie Dantrolenu 2-3 mg/kg.

Prognóza

Ako uvádza Ševčík a kol. (2014), prežitie pacientov je vysoko závislé na včasnom rozpoznaní a rýchlo zahájení liečby malígnej hypertermie. V porovnaní s minulosťou poklesla letalita. Dôvodom poklesu letality je pochopenie patofyziológie malígnej hypertermie, kvalitnejší a modernejší monitoring, včasná diagnostika a vypracovanie presného liečebného protokolu s okamžitým nasadením liečby dantrolenom.

Bezpečnosť pacienta počas celého peroperačného obdobia je základným predpokladom poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej a zdravotnej starostlivosti. Počet vykonaných operačných zákrokov, ktoré si vyžadujú aj anestéziu je vysoký, preto je nutné znížiť výskyt možných komplikácií. Helsinská deklarácia v roku 2008 stanovila, že všetky pracoviská musia mať protokoly a potrebné vybavenie na manažment procesov:

1. Predoperačné vyšetrenie a príprava pacientov.
2. Kontrola prístrojového vybavenia a liekov.
3. Farebné značenie striekačiek.
4. Príprava pomôcok na sťažnú intubáciu.
5. Malígna hypertermia – lieky a chladiace roztoky.
6. Anafylaxia.
7. Liečba toxicity lokálnych anestetík.
8. Masívne krvácanie.
9. Kontrola infekcie – profylaxia.
10. Pooperačná starostlivosť, vrátane liečby bolesti (Mellin – Olsen et al., 2010).

Záver

Malígna hypertermia patrí do skupiny vážnych komplikácií, ktoré sa môžu u pacienta vyskytnúť počas anestézie. Preto je veľmi dôležité, aby pri podozrení na jej výskyt zvolil anesteziológ podanie takých anestetík, ktoré ju nevyvolávajú. Metódou prvej voľby anesteziológa by mala byť regionálna alebo zvodová anestézia. Počas anestézie je nutné kontinuálne monitorovanie

pacienta a jeho vitálnych funkcií, kontraindikované sú prípravky s kalcíom, digitalis, blokátory kalciových kanálov. Významnú úlohu zohráva aj medziodborová spolupráca, ktorá minimalizuje výskyt tak závažnej komplikácie, akou je malígna hypertermia.

Použitá literatúra:

DAVID, E. Longnecker. *Anesthesiology*, 2008. p. 1964 – 1984.

MELLIN-OLSEN, J. et al. Helsinki Declaration for Patient Safety in Anesthesiology, 2010, 27: 592-597.

ŠEVČÍK, P. a kol. (2014) *Intenzivní medicína*. Praha: Galén, 2014, 1195 s. ISBN 978-80-7492-066-0.

ŠTĚPÁNKOVÁ, D. a kol. 2003. *Maligní hypertermie u dětí, současné možnosti diagnostiky v ČR*. 2003. 58(1): 43-51.

AKTIVIZACE DĚTÍ V NEMOCNIČNÍ PÉČI

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

PhDr. Hana Nikodemová

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Súhrn:

Autorky príspevku predkladajú a charakterizujú inovatívne spôsoby pri aktivizácii detí pri poskytovaní nemocničnej starostlivosti. Zdôrazňujú, že ošetrovateľská starostlivosť o detského pacienta je náročná a vyžaduje individuálny prístup, špecifickosť komunikácie, akceptovanie zvláštnosti vzťahujúcich sa k veku a vývoju, zdraviu, ochoreniu, či postihnutiu. Apelujú na fakt, že už od prijatia do nemocničného zariadenia a počas liečby je dôležitá komunikácia, porozumenie dieťaťu a jeho aktivizácia.

Sestra, ktorá sa stará o detského pacienta musí mať dôkladný prehľad o všetkých fyziologických, psychologických, spirituálnych potrebách dieťaťa už od ranného veku až po dospievajúcich. Taktiež musí potreby analyzovať, rozpoznať, rešpektovať, rozvíjať.

U detského pacienta je v rámci možností zdravotného stavu potrebné zaistenie čo najlepšej telesnej kondície a psychickej kondície, pokiaľ je to možné. Vyžaduje si to multidisciplinárny prístup a spoluprácu sestry a lekára s rodinou, herným terapeutom, psychológom, fyzioterapeutom, sociálnym pracovníkom, kňazom, dobrovoľníkmi a inými pracovníkmi.

Svoju veľkú úlohu tu zohráva i rodina.

V rámci aktivizácie by sa s detským pacientom mali realizovať rozamnité herné aktivity, organizovať výchovné programy, vhodnou formou zoznámenie dieťa s ochorením a pomôcť mu se s ním vyrovnáť.

V zdravotníckom zariadení je potrebný holistický prístup a akceptovanie Charty práv hospitalizovaných detí.

Autori Krák et al. (1991) a Hradečná, Balešová (2017), uvádzajú, že pri starostlivosti o hospitalizované deti by sme mali mať na pamäti Destaro hospitalizovaného dieťaťa:

1. *Maj ku mne úctu ako k človeku.*
2. *Zaujímaj sa o mňa úprimne.*
3. *Hovor mi o ľuďoch v nemocniciach, o prevádzke oddelenia.*
4. *Najprv mi povedz, čo so mnou budeš robiť a čo odo mňa očakávaš.*
5. *Nezabudni, že potrebujem ochranu, istotu a pozornosť.*
6. *Venuj mi teplý ľudský vzťah.*
7. *Môžeš mi čokoľvek povedať i prikázať ale ma vypočuj.*
8. *Nauč ma niečo nové.*
9. *Som radšej, keď svoje povinnosti vykonáš s milým úsmevom.*
10. *Skús vidieť situáciu mojimi očami..*

Kľúčové slová:

Dieťa; Aktivizácia; Sestra; Nemocničná starostlivosť

Použitá literatúra:

HRADEČNÁ, Z.; BELEŠOVÁ, P. (2017) Špecifiká komunikácie s detským pacientom. *In* *Pediatrica pre prax*, 2017, roč. 18, č. 4, s. 154 - 155. ISSN 1336-8168

KRÁK, E. et al. (1991) Desatoro hospitalizovného dieťaťa. *In* *Psychológia v práci detskej sestry: Učebný text pre pomaturitné špecializačné štúdium stredných zdravotníckych pracovníkov*. Vyd. 2. Inštitút pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve Bratislava : Osveta. 1991. 79 s. ISBN 978-80-217-0423-7

Korespondence:

PhDr. Andrea Bratová, PhD.
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

INTEGRÁCIA DIEŤAŤA S DIABETES MELLITUS 1. TYPU V ŠKOLSKÝCH ZARIADENIACH

PhDr. Andrea Šuličová, PhD.

PhDr. Tatiana Šantová, PhD.

doc. PhDr. Ľubica Derňarová, PhD.

PhDr. Jana Cinová, PhD.

PhDr. Zuzana Novotná, PhD.

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZO, PU v Prešove

Súhrn:

Úvod: Výskyt ochorenia diabetes mellitus 1. typu v súčasnosti vykazuje narastajúcu incidenciu a prevalenciu vo vekovej kategórii detí predškolského a školského veku. Zdravotný stav týchto detí neraz vyžaduje určitú liečebnú intervenciu práve počas vyučovacieho procesu. Môže ísť o aplikáciu inzulínu, meranie hladiny glykémie, dodržiavanie diéty alebo rôzne obmedzenia a špecifiká počas pohybovej aktivity. Rodič tu nemá možnosť dozoru nad dodržiavaním liečebných opatrení u dieťaťa. Pedagógovia majú byť preto informovaní o zdravotnom stave dieťaťa a potrebných opatreniach.

Ciel: Na základe týchto skutočností sme v rámci projektu KEGA: Inovatívne spôsoby edukácie rodičov a detí s ochorením diabetes mellitus I. typu, zisťovali úroveň informovanosti o komplikáciách DM 1. typu u detí. Zisťovali sme postoje pedagógov a záujem o prítomnosť zdravotníckeho pracovníka, resp. komunitnej školskej sestry v prostredí školy, ktorá by pomáhala deťom pri zvládaní rôznych ťažkostí a obmedzení, ktoré so sebou prináša chronické ochorenie.

Metodika: Údaje boli zozbierané prostredníctvom dotazníka s názvom „Informovanosť pedagógov o ochorení diabetes mellitus 1. typu u žiakov“. Prieskumu sa zúčastnilo 567 (74,21%) respondentov – pedagógov zo základných škôl a 197 (25,79%) z materských škôl.

Výsledky: Príznaky hypoglykémie a hyperglykémie respondenti vedeli správne identifikovať, viac ako polovica oslovených by vedela rozlíšiť stav hypoglykémie a hyperglykémie, avšak nemajú dostatočné znalosti o poskytnutí prvej pomoci pri týchto stavoch. Podať sladký nápoj, jedlo a privolať lekársku službu prvej pomoci pri hypoglykémii označilo ako správnu kombináciu odpovedí iba 6,41 % respondentov. V rámci prvej pomoci pri hyperglykémii je podľa 5,76% respondentov nutné podať tekutiny, zavolať rodičov, privolať lekársku službu prvej pomoci.

Záver: Pedagógovia nemajú kompetenciu vykonávať úkony spojené s liečbou diabetu. Môžu dieťaťu poskytnúť len laickú prvú pomoc pri skomplikovaní zdravotného stavu počas vyučovania. Z tohto dôvodu je potrebné mať dostatočné informácie, aby mohli včas a správne zareagovať. Na základe výsledkov prieskumu informovanosti pedagógov o ochorení DM, môžeme potvrdiť potrebu zvýšenia úrovne informovanosti o danej problematike na školách a zvýšiť tak pocit bezpečia detí s DM a ich rodičov počas školskej dochádzky, ako aj eliminovať vznik prípadných komplikácií. V snahe uľahčiť starostlivosť o deti s chronickým ochorením v škole, vzišiel podnet a požiadavka z praxe, znovu vytvoriť pozíciu akejsi „školskej zdravotnej služby“, resp. komunitnej školskej sestry.

Kľúčové slová: Integrácia; Dieťa; Diabetes mellitus 1. typu; Školské zariadenia

INTEGRATION OF CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS OF THE FIRST TYPE IN SCHOOL FACILITIES

Summary:

Introduction: The occurrence of Diabetes mellitus of the first type is currently showing increasing incidence and prevalence in the pre-school and school age children. It significantly affects the biological, psychological and social dimensions of the child's quality of life. It also significantly affects the child's stay at school. There is no possibility for a parent to supervise the child's treatment. Pedagogues should therefore be informed about the child's health status and necessary measures such as insulin application, blood glucose measurement, dietary constraints, and specifics of physical activity.

Aim: The main objective was to determine the level of awareness of pedagogues about Diabetes mellitus of the first type in children.

Methods: The data were collected through a questionnaire titled "Informing Teachers of Diabetes mellitus of the first type in Pupils". The survey was answered by teachers from elementary schools 567 (74,21%) and 197 (25,79%) of teachers from kindergartens.

Results: Respondents were able to correctly identify symptoms of hypoglycemia and hyperglycemia. More than half of respondents could distinguish between hypoglycemia and hyperglycemia but did not have sufficient knowledge of first aid in these conditions. Only 6, 41% of the respondents marked drinking a sweet drink, meal and calling a first-aid service for hypoglycemia as the right combination of responses. For first aid in hyperglycemia, according to 5,76% of respondents, it is necessary to administer fluids, call the parents, call the first aid medical service.

Conclusion: Pedagogues are not competent to perform diabetes treatment. They can only provide first-aid help to the child to improve health during lectures. They need to have sufficient information to react in a timely and correct manner. Based on the results of the DM Disease Survey, we can confirm the need to increase the level of awareness of the issue in schools, thus increasing the sense of safety of children with DM and their parents during schooling and eliminating possible complications.

Keywords: Integration; Children; Diabetes mellitus 1. type; School facilities

Korešpondencia:

PhDr. Andrea Šuličová, PhD.
Prešovská univerzita Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1
080 01 Prešov
Andrea.Sulicova@unipo.sk

INFORMOVANOSŤ RODIČOV O OSOBITOSTIACH PODÁVANIA ANTIBIOTICKEJ LIEČBY U DETÍ V DOMÁCOM PROSTREDÍ

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZO, PU v Prešove

Súhrn:

Dnešná moderná doba ponúka množstvo liekov dostupných v rôznych formách. Každá z týchto foriem má svoje špecifiká. Farmakoterapia pediatrických pacientov sa od farmakoterapie dospelého významne líši. Pri podávaní liekov u detí je preto nevyhnutné dodržiavať pravidlá s rešpektovaním špecifikácie aplikovania liekov ako aj vývinovú úroveň dieťaťa. To platí aj pre rodičov, ktorí si musia uvedomiť fakt, že práve oni sú zodpovední za zdravie svojich detí. Antibiotiká narúšajú prirodzenú imunitu dieťaťa, spôsobujú rezistenciu a sú možné aj vedľajšie účinky. V predkladanom príspevku sa snažíme poukázať na liekovú adhérenciu u detí, popísať zásady podávania liekov u detí a vyhodnotiť prieskumné zistenia u rodičov.

Kľúčové slová :

Antibiotiká, Farmakoterapia, Dieťa, Komplikácie

PARTICULAR INFORMATION OF ANTIBIOTIC DISEASE FOR CHILDREN IN DOMESTIC ENVIRONMENT

Summary:

Today's modern times offer a variety of drugs available in various forms. Each of these forms has its own specifics. Pharmacotherapy of pediatric patients differs significantly from adult drug therapy. Therefore, when administering medicines to children, it is imperative to adhere to the rules of compliance with the drug application specification as well as the developmental level of the child. This also applies to parents who need to be aware of the fact that they are responsible for the health of their children. Antibiotics interfere with the child's natural immunity, cause resistance and side effects. In the present paper, we try to point out the drug adherence of children, describe the principles of drug delivery in children, and evaluate exploratory findings in parents.

Key words:

Antibiotics, Pharmacotherapy, Child, Complications

Úvod

Farmakoterapia pediatrických pacientov sa od farmakoterapie dospelého výrazne líši. Jej súčasťou sú dávkovacie schémy, odvodené od veku, hmotnosti či povrchu, ktoré sú však mnohokrát len orientačné a je preto nevyhnutné brať do úvahy individuálne rozdiely vo vývine každého dieťaťa. Podanie lieku v kritickom období rastu dieťaťa môže ovplyvniť jeho ďalší vývin. (Masár, Murgaš 2005). V posledných rokoch sa do popredia dostáva aj vzťah detí k užívaniu farmák a ich postoj k požiadavkám liečebného režimu. Ak má byť liečba úspešná je samozrejme nevyhnutný správny výber a množstvo účinného lieku, ale i postoj pacienta k samotnému komplexu liečebného procesu, teda tzv. **lieková adhérenca** (Šašinka, Šagát, Furková, 2017). Často ordinovanými liekmi v ambulancii lekára primárneho kontaktu pre deti a dorast sú antibiotiká. Antibiotiká sú látky, ktoré inhibujú rast (množenie) mikroorganizmov (bakteriostatické), alebo ich usmrcujú (baktericídne). Sú produkované baktériami alebo hubami. Účinné sú aj ich (semi)syntetické deriváty. Zo širšieho hľadiska sa k nim radia aj iné antimikrobiálne látky, tj. chemoterapeutika

(syntetické substancie) – sulfónamidy a chinolóny. Delenie na bakteriostatické a baktericídne nie je celkom presné, pretože pôsobenie väčšieho množstva niektorých bakteriostatických antibiotík sa rovná pôsobeniu baktericídnych antibiotík (chloramfenikol pri meningokokovej infekcii)(Klíma a kol.,2016). Taktiež opačne – niektoré baktericídne antibiotiká neusmrcujú určité baktérie ani vo vysokých koncentráciách.Z hľadiska šírky „záberu“ antibiotiká môžeme rozdeliť na **širokospektrálne** – ich účinky pôsobia na viacero mikrobov a ich najväčšou výhodou je ich účinok aj v prípade nezisteného pôvodcu baktérie; nevýhodou zasa možnosť poškodenia črevných baktérií; **antibiotiká s úzkym spektrom** – pôsobia výhradne na jeden druh baktérie (Beňo, Šramka, Višňovský, 2012).**Neuvážená antibiotická liečba môže byť okrem zbytočných rizík vyplývajúcich z ich vedľajších a nežiaducich účinkov, ako aj možnosti vzniku alergickej reakcie, hrubým zásahom do ekológie bakteriálnej flóry detského organizmu s následnou možnosťou superinfekcie rezistentnými bakteriálnymi kmeňmi a plesňami, ovplyvnením metabolizmu niektorých vitamínov, priebehu imunitných reakcií a ďalších negatívnych dôsledkov pre detský organizmus. Zmena bakteriálnej flóry v tráviacom trakte dojčiat po užívaní antibiotík je významnou príčinou vzostupu detských alergií.(Adámková, 2016).**

Krišková a kol. (2006) poukazuje na osobitosti pri podávaní antibiotík :

- dodržiavanie pravidelných časových intervalov,
- dodržiavanie času v závislosti od jedenia (podávanie pred alebo po jedle),
- zapíjanie jednotlivých dávok dostatočným množstvom tekutiny,
- súčasne podávanie vitamínov (najmä vitamín C),
- dbanie na to, aby bola užitá celá naordinovaná dávka antibiotika (neukončiť liečbu hneď v prípade zlepšenia zdravotného stavu),
- dodržiavanie zákazu pitia alkoholických nápojov a slnenia
- dodržiavanie individuálnych postupov súvisiacich s liečbou na základe usmernenia.

Medzi hlavné zásady **indikácie antibiotík** u detí patrí predovšetkým poznanie možných vedľajších účinkov zvoleného antimikróbneho lieku. V prípade detských pacientov sú preferované lieky netoxické, respektíve čo najmenej toxické antibiotiká, akými sú penicilíny, cefalosporíny alebo makrolidy. Počas antibiotickej liečby je potrebné detského pacienta kontrolovať, aby možné vedľajšie účinky boli monitorované včas. O závažnosti vedľajších účinkov rozhoduje výskyt alergických príznakov, funkcia obličiek a pečene, nefrotoxicita a ototoxicita preparátu, účinok na hematopoetický systém, vek dieťaťa (Šašinka, Šagát, Kovács a kol. 2007). Výrazným problémom, ktorý limituje účinnosť antibiotík, je rezistencia na antibiotiká. Je opisovaná ako jednosmerný, progresívny proces, ktorý je spojený s používaním antibiotík. Väčšinou sa rezistencia na antibiotiká zvyšuje pod vplyvom výsledku génovej mutácie alebo expresiou exogénneho genetického materiálu, ktorý bol získaný a inzerovaný do pôvodného genómu alebo klonálnou disemináciou (Jarčuška, Liptáková, 2004).

EMPRIRICKÁ ČASŤ

Hlavný problém prieskumu

Aká je miera informovanosti rodičov o osobitostiach podávania liekov deťom?

Hlavný cieľ prieskumu

Zistiť a posúdiť mieru informovanosti rodičov o osobitostiach podávania liekov deťom.

Parciálne ciele prieskumu

Cieľ č.1: Zistiť, aká je miera informovanosti rodičov o zásadách aplikácie antibiotík u detí.

Cieľ č.2: Poukázať na chyby, ktorých sa rodičia pri podávaní antibiotík svojim deťom dopúšťajú najčastejšie a zistiť príčiny dopúšťania sa týchto chýb.

Cieľ č.3: Identifikovať informovanosť rodičov o možných vedľajších účinkoch antibiotík

Cieľ č.4: Zmapovať zdroje získavania informácií rodičov o podávaní antibiotík u detí.

Metodológia prieskumu

Informovanosť rodičov o osobitostiach podávania liekov deťom bol náš hlavný cieľ empirickej časti príspevku. Prieskum sme realizovali v mesiacoch december 2017 – január 2018 a zúčastnilo sa ho 100 respondentov. Prieskum bol realizovaný v pediatrickej ambulanciách pre deti a dorast v Sabinove. Dotazník bol realizovaný metódou neštandardizovaného dotazníka.

Výber respondentov a ich charakteristika

Respondentmi boli rodičia detí vo veku 1 – 6 rokov s reálnou skúsenosťou s podávaním antibiotík dieťaťu. Reprezentatívnu vzorku tvorilo 100 respondentov.

Analýza výsledkov a diskusia

V našom prieskume sme zisťovali, pri akých druhoch ochorení užívali deti antibiotiká. Respondenti udávali ochorenia dýchacích ciest (respiračných ochorení) až v 82% , 11% deti užívalo antibiotiká v prípade zápalov močových ciest, 6% z nich v prípade kožných ochorení a len 1% z nich v prípade iných druhov ochorení. Čo sa týka otázky zdrojov informácií o hlavných a vedľajších účinkoch antibiotík, zistili sme, že respondenti získali informácie od pediatra svojho dieťaťa (37%), z internetu a médií (36%), od známych (15%), z odbornej literatúry (12%). Vysoko pozitívne hodnotíme predovšetkým poskytovanie informácie profesionálmi. Krišková a kol. (2006,s.520) konštatujú, že: „*edukácia realizovaná profesionálmi má vysokú efektivitu a podčiarkuje dôležitosť preventívnej funkcie súčasnej medicíny a novodobého ošetrovatelstva.*“ Pri zisťovaní možných vedľajších účinkov antibiotík sme zistili, že 40% respondentov považuje za najviac nebezpečnú možnú vedľajšiu komplikáciu užívania antibiotík alergickú reakciu na daný liek, 28% z nich označilo za túto komplikáciu gastrointestinálne (zápcha, zvracanie), 19% si myslí, že sú to kožné zmeny a zvyšných 13% rodičov považuje za najviac nebezpečnú komplikáciu spojenú s užívaním antibiotík narušenie prirodzenej imunity a bakteriálnej flóry tráviaceho traktu dieťaťa. Poznatky o súčasnom výskyte nežiaducich účinkov liekov u detí sú pomerne obmedzené. Táto skutočnosť je podmienená predovšetkým tým, že mnoho z nich nie je klinicky testovaných. (Levy, 2007). Komplikácií a problémov s ktorými sa pri podávaní liekov deťom môžeme stretnúť, je viacero. Jedným z nich je vzťah dieťaťa k liečbe. „*Vzťah dieťaťa k medikamentóznej liečbe je v mnohých prípadoch negatívny, lieky jednoducho odmietajú. Ak je postoj rodičov k danej naordinovanej liečbe taktiež zlý a nedôverujú jej, tento fakt sa o to viac umocňuje. Liečba pochopiteľne zlyháva.*“ (Šašinka, Šagát, Kovács a kol. 2007,s.720). V otázke dodržiavania presného dávkovania antibiotík nám 81% respondentov potvrdilo, že jednotlivé dávky antibiotík aplikovali dieťaťu veľmi presne podľa ordinácie lekára, 15% z nich si však na presnom dávkovaní nedalo presne záležať a jednotlivé dávky odmerali len približne. Dokonca 4% respondentov jednotlivé množstvá dávok nedodržiavali vôbec a dieťaťu podali také množstvo antibiotika, aké bolo z hľadiska nimi posúdeného zdravotného stavu. *Nezodpovedné užívanie antibiotických látok totiž môže viesť k tomu, že baktérie začnú byť na ich vplyv odolné* (Novák, 2010,s.18). Antibiotiká tak škodlivé baktérie v tele ani nezničia, ani nezastavia ich rast a množenie. V prieskume nás zaujímalo, či respondenti uskladňujú antibiotikum na vhodnom mieste a predovšetkým na mieste mimo dosahu dieťaťa. Prevažná väčšina 79% respondentov si na zásadách správneho a predpísaného uskladňovania dáva záležať a dodržiava ich. Niektorí z nich 17% však týmto zásadám nevenujú pozornosť a uskladňovanie antibiotika v súvislosti s predpísanými zásadami a na mieste mimo dosahu dieťaťa nepovažujú za podstatné. 4% respondentov uviedlo, že o týchto zásadách správneho uskladňovania neboli informovaní. „*Pojem „Chrániť pred svetlom!“ znamená, že sa liek uchováva v obale z materiálu, ktorý dostatočne absorbuje biele svetlo, aby sa vplyvom jeho pôsobenia obsah nepoškodil, alebo sa uchováva na mieste, kde je pôsobenie svetla vylúčené. Pojem „Chrániť pred vlhkosťou!“ znamená, že produkt sa uchováva vo vzduchotesnom obale. Ak je*

obal otvorený na vzduchu s vysokou vlhkosťou, je potrebné prijať určité opatrenia.“(Novák, 2010,s.21).

ZÁVER

Podávanie liekov deťom si vyžaduje zvýšenú obozretnosť ako v prípade dospelých. Detskému organizmu, ktorý sa vyvíja môže nesprávne podaný liek, či jeho nesprávne množstvo uškodiť. Farmakológia detí sa podstatne líši od farmakológie dospelých, preto je nevyhnutné aby rodičia pri podávaní liekov svojim deťom dbali na správne dodržiavanie všetkých zásad súvisiacich s podaním daného lieku – jeho množstva jednotlivých dávok, časových intervaloch medzi jednotlivými dávkami, správneho uskladnenia, celkovú dĺžku danej liečby a poznali všetky možné vedľajšie účinky. V opačnom prípade môžu ohroziť zdravie svojho dieťaťa.

Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č.029PU-4/2017- Inovácia predmetu Ošetrovateľské postupy I a II – vytvorenie modulového systému.

Použitá literatúra:

ADÁMKOVÁ, V. (2016) Antibiotická liečba. In: Via Practica. Roč. 13, č.1, s. 18-20, 2016, ISSN 1339-424X.

BEŇO, P.,ŠRAMKA, M.,VIŠŇOVSKÝ, P. (2012) Základy farmakológie pre nelekárske zdravotnícke odbory. Bratislava: Samosato, spol. s.r.o, 2012, 256 s.ISBN 978-80-89464-09-8.

JARČUŠKA, P., LIPTÁKOVÁ, A.(2004) Rezistencia antibiotík a ich spotreba. In: Via Practica. Roč. 14,2004, s. 211-214. ISSN 1339-424X.

KLÍMA, J. a kol. (2016) Pediatrie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, a.s.2016,s.453. ISBN 978-80-247-5014-9.

KRIŠKOVÁ, A. a kol. (2006) Ošetrovateľské techniky – metodika sesterských činností. Martin: Vydavateľstvo Osveta.2006,790s. ISBN 80-8063-202-2.

LEVY, S. B. (2007) Antibiotický paradox: jak se nesprávným používaním antibiotik ruší jejich léčebná moc. 1. Vyd. Praha: Academia.2007,s.584. ISBN 978-80-200-1485-6.

MASÁR, O. MURGAŠ, J.(2005) Zásady farmakoterapie v detskom veku. In: Biomedicína. Roč. 7, č. 1,2005, s. 169-175. ISSN 1212-4117

NOVÁK, I. (2010) Liečba antibiotiky v primárni pediatrické péči. In: Pediatria pre prax. Roč. 11, č. 1, 2010,s. 18-21. ISSN 1339-4231

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., FURKOVÁ, K.(2017) Deti a lieková adherencia. In: Pediatria. Roč. 12, č. 1, 2017, s. 15-18. ISSN 1336-863X.

ŠAŠINKA, M., ŠAGÁT, T., KOVÁCS, L., a kol. (2007) Pediatria. Bratislava: Vydavateľstvo zdravotníckej literatúry HERBA, spol. s. r. o.2007,s.740. ISBN 978-80-89171-49-1.

Korešpondencia:

PhDr. Iveta Ondriová, PhD.
Fakulta zdravotníckch odborov PU v Prešove
Partizánska 1
080 01 Prešov
iondriova@centrum.sk

POHLED RODIČŮ NA OŠETŘOVATELSKOU PÉČI O DÍTĚ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Mgr. Zuzana Hlubková
 Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
 Bc. Martina Vilášková
 Bc. Romana Lisztwanová
 Ústav ošetřovatelství FVP, SU v Opavě
 Neurochirurgická klinika, FN Ostrava
 Dětské oddělení, Nemocnice Třinec, p.o.

Souhrn:

Příspěvek se zaměřuje na ošetřovatelskou péči poskytovanou hospitalizovanému dítěti z pohledu jeho rodičů. Hospitalizace doprovodu u dítěte do 6 let je běžnou praxí na dětském oddělení. Sestra zaměřuje poskytování ošetřovatelské péče nejen na dítě, ale samozřejmě musí být kooperace s doprovodem dítěte.

Cíl: Cílem příspěvku je zhodnotit pohled rodičů hospitalizovaných dětí na poskytování ošetřovatelské péče.

Metodika: Pro sběr dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, technikou dotazníkového šetření. Byl použit dotazník The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1998) zaměřený na 4 oblasti - informovanost a komunikace s rodiči, emocionální podpora, posilování a podpora rodičovské role a poskytování kvalitní a odborné ošetřovatelské péče dítěti. Výzkumný soubor tvořili rodiče hospitalizovaných dětí na dětských odděleních.

Výsledky: Nejlepší hodnocení rodiče vyjadřovali v oblasti poskytování kvalitní a odborné ošetřovatelské péče dítěti. Nejméně spokojeni byli rodiče v oblasti poskytování emocionální podpory.

Klíčová slova:

Rodič; Sestra; Dítě; Hospitalizace; Ošetřovatelská péče

PARENTS' PERCEPTIONS OF NURSING CARE GIVEN TO HOSPITALIZED CHILDREN

Summary:

The paper focuses on nursing care provided to a hospitalized child from the point of view of his/her parents. It is a common practice of the children's department of the hospital to place a carer with a child younger than 6 years old to the hospital. The nurse focuses not only on the provision of nursing care to the child, but it is essential that he/she cooperates with the child's carer, too.

Objective: The aim of the paper is to evaluate the views of parents of hospitalized children on the provision of nursing care to the children.

Methods: Quantitative research, questionnaire survey techniques were used to obtain the data. The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1998) was used, focusing on 4 areas - supportive communication and provision of information related to the child, emotional support, strengthening of and supporting parental roles, and providing quality and professional nursing care to the child. The focus group consisted of parents of hospitalized children.

Results: Among the parents, the best evaluated area was the provision of quality and professional nursing care to the child. The parents were the least satisfied in the area of emotional support.

Keywords:

Parent; Nurse; Child; Hospitalization; Nursing Care

Úvod

Hospitalizace rodiče jako doprovodu dítěte do 6 let věku je běžná praxe na dětských odděleních. Rodiče, kteří nechtějí nebo nemohou být s dítětem hospitalizováni, často využívají formy denního pobytu u dítěte. Sestry pečující o dítě komunikují a spolupracují nejen s dítětem, ale i s jeho rodičem či doprovodem (Vacušková et al., 2009). Pocit jistoty a bezpečí, který rodič uspokojuje je nezanedbatelný. Spolupráce s rodiči může poskytování ošetrovatelské péče dítěti usnadnit nebo také zkomplikovat. Hlavní zásluhou správné spolupráce při léčebném režimu je komunikace mezi sestrou, lékařem, pacientem a rodinným příslušníkem (Matysová, Rabasová, 2018, s. 47). Věnovat se pohledu rodičů na poskytování ošetrovatelské péče během hospitalizace dítěte patří mezi důležité faktory dobré spolupráce mezi rodiči a sestrami (Sanjari et al., 2009). Nejen vědomosti, respektive odborné zručnosti, ale především etický přístup sester k pacientům je známkou jejich skutečné profesionality (Rapčíková, 2018, s. 13). Využití nástroje hodnotícího podporu rodiče ze strany sestry může přinést zpětnou vazbu pro sestry, kterou lze využít jako klíčový faktor pro změny aplikované do ošetrovatelské praxe.

Cíl práce

Cílem práce bylo zhodnotit pohled rodičů hospitalizovaných dětí na poskytování ošetrovatelské péče.

Metodika

Pro sběr dat byla použita metoda kvantitativního výzkumu, technikou dotazníkového šetření.

Byl použit standardizovaný dotazník The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1998) skládající se celkově z 23 otázek zaměřených na 4 oblasti - informovanost a komunikace s rodiči, emocionální podpora, posilování a podpora rodičovské role a poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče dítěti. Odpovědi na 21 uzavřených otázek mohli rodiče označit na Likertově škále s možnostmi: 1 - skoro nikdy, 2 - ne velmi často, 3 - někdy, 4 - většinou, 5 - skoro vždy. Dotazník obsahoval dvě otevřené otázky, ve kterých mohli rodiče uvést vlastní odpověď. Dále rodiče vyplňovali doplňující dotazník zaměřený na sociodemografické a kategorizační otázky. Celkem bylo distribuováno 230 dotazníků. Úplně vyplněných dotazníků, vhodných pro další zpracování, bylo využito celkem 184, návratnost tedy činila 80 %. K vyhodnocení výzkumného šetření byla použita popisná statistika. Jednotlivé položky v dotazníku byly vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Office Excel.

Soubor

Výzkumný soubor tvořili rodiče hospitalizovaní společně s dětmi kojeneckého, batolecího a předškolního věku. Do dotazníkového šetření se zapojilo 171 žen a 13 mužů.

Výsledky a diskuze

Výsledky jsou publikovány podle jednotlivých oblastí: informovanost a komunikace s rodiči, posilování a podpora rodičovské role, emocionální podpora a poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče dítěti. Nejlepší hodnocení rodiče vyjadřovali v oblasti poskytování kvalitní a odborné ošetrovatelské péče dítěti (průměr, dále jen „r“=4, 51 z maximálního počtu 5 bodů). Nejméně spokojeni byli rodiče v oblasti emocionální podpory (r=3,95).

Častěji byly s dítětem hospitalizovány matky (n=171) než otcové (n=13).

Tímto se potvrdila studie Franck, Gay, Rubin (2013), která tvrdí, že s dětmi jsou hospitalizovány častěji matky.

Tab. 1 Hodnocení domén dotazníku

Domény	počet otázek	průměr (r)	min	max
Komunikace a podávání informací	9	4,03±0,83	2	5
Podpora rodičovské role	4	4,16±0,78	2	5
Emocionální podpora rodičů	3	3,95±0,96	1,67	5
Péče poskytována dětem	5	4,51±0,58	2,6	5

Oblast Komunikace a podávání informací

První doména dotazníku The Nurse Parent Support Tool (Miles, 1998) zjišťuje, jaký vliv má komunikace a podávání informací sestrami na spolupráci s rodiči. Týká se informací o zdravotním stavu dítěte, rozhodování o léčbě, seznámení s personálem, porozumění chování dítěte a pochopení zákroků, které dítě podstupuje, dále projevení zájmu o podporu a pohodlí rodičů.

Shields, Young, Mccann (2008) uvádí, že nejdůležitější potřebou rodičů hospitalizovaných dětí je rozpoznání a pochopení chování a reakcí dítěte, přesná informovanost o stavu dítěte a o všem co se s ním bude dít. Rodiče v tomto výzkumu hodnotili uvedené otázky také vysokým průměrným skóre – informace o stavu dítěte ($r=4,45$), porozumění chování a reakcím dítěte ($r=4,11$). Nejvyšším průměrným skóre v této oblasti byla hodnocena právě otázka informovanosti o změnách (zlepšení) zdravotního stavu dítěte ($r=4,45\pm 0,92$). Nejnižší skóre v této oblasti bylo zaznamenáno u otázky, zda sestry projevily zájem o pohodlí rodiče například ohledně spaní, stravy atd. ($r=3,72\pm 1,34$).

V otevřené otázce k oblasti podávání informací rodiče často poukazovali na nedostatečné informace k medikamentózní léčbě dítěte. Rodiče postrádali informace o názvu léku, intervalu podávání. Rodiče se shodovali, že sestry nejsou příliš ochotné informovat je o podávání léku dítěti, nebo opakovaně podávat stejné informace. Sestry se v praxi setkávají s kolidací kompetencí sestry a lékaře, protože rodičům nepostačují informace o názvu léku podávaného dítěti, ale požadují informace o jeho účincích. Podávání informací o účincích léčiv není v kompetenci sester. Ve studii Power, Franck (2008) se obě skupiny, sestry i rodiče, shodly na tom, že rodiče by mohli spolupracovat s ošetřovatelským personálem lépe, kdyby byly ze strany sester uvedeny přesnější instrukce a pokyny.

Oblast Podpora rodičovské role

Druhá doména dotazníku mapuje posilování a podporu rodičovské role. Tato doména byla druhou nejlépe hodnocenou ($r=4,16\pm 0,78$). Rodiče byli v této doméně dotazováni, zda je sestry naučily pečovat o jejich dítě ($r=3,97$), jak ukonejšit dítě během zákroků a po nich ($r=3,74$). Dále se v této doméně mapuje možnost rodiče rozhodnout se o účasti u zdravotních procedur ($r=4,23$) nebo zapojit se do péče o své dítě, kdykoli to bylo možné ($r=4,68$). K obdobným závěrům dospěli autoři Power, Franck (2008) s potvrzením touhy rodičů aktivně se podílet na péči o své dítě během hospitalizace. Ovšem i v této doméně jedna maminka uvedla negativní názor: „ Sestry nechaly veškerou péči na mně, přicházely, pouze pokud aplikovaly injekce, nebo podávaly léky, jinak je nic nezajímalo.“ Rozdílné výsledky zaznamenali autoři Power, Franck (2008), kteří uvedli, že sestry často očekávaly přítomnost rodičů při bolestivých postupech, ale ne vždy se zeptaly, jestli rodiče přítomni být chtějí. Celkové průměrné skóre zabývající se účastí u zdravotních procedur v našem výzkumu bylo ($r=4,23$), odpovídá tomu, že se na účast sestry většinou dotazovaly. Studie autorky

Coyne (2008) uvádí, že ačkoli většina sester si je vědoma toho, jak je pro rodiče únavný a stresující pobyt v nemocnici s dítětem, přesto očekává od rodičů soustavnou péči o dítě.

Oblast Emocionální podpora rodičů

Třetí doména dotazníku zahrnuje reakce na obavy, strach a pocity rodičů a vzbuzování pocitu důležitosti rodiče. Tato doména zahrnovala z pohledu rodičů nejnižší bodové hodnocení ($r=3,95\pm 0,96$). Doména hodnotila pomoc ze strany sester o možnosti hovořit o pocitech, strachu a obavách ($r=3,77$). Dále hodnotila, zda sestry posilovaly u rodičů pocit důležitosti ($r=4,01$), či jak reagovaly na jejich starosti nebo obavy ($r=4,06$). Bylo zjištěno, že hodnocení oblasti emocionální podpory se lišilo podle věku respondentů. Rodiče vyššího věku hodnotili otázky v této doméně lepším skóre. Autorka Coyne (2008) uvádí úzkost jako hlavní překážku ve schopnosti rodičů zpracovávat informace o účasti na péči.

Studie autorů Avis, Reardon (2008) upozorňuje, že o tématu vzájemné spolupráci sester a rodičů příliš nehovoří a rodiče se často cítí přehlíženi a nemají dostatečnou praktickou a emocionální podporu.

Oblast Péče poskytovaná dětem

Nejlépe hodnocenou doménou dotazníku byla oblast péče poskytované dětem ($4,51\pm 0,58$). Doména zjišťuje, jak rodiče hospitalizovaných dětí vnímají péči, která je poskytována jejich dětem. Zda se sestry dobře staraly o jejich děti, byly vnímavé k jejich zvláštním potřebám a včas na ně reagovaly, daly najevo, že je mají rády, nebo byly optimistické ohledně zdraví dítěte.

Rodiče uváděli, že sestry byly skoro vždy nebo většinou optimistické ohledně zdraví jejich dětí. K obdobným výsledkům došli Sanjari et al. (2009), kteří uvádí v této otázce hodnocení nejvyšší možnou známkou ze strany rodičů.

V této doméně se také rodiče vyjadřovali v otevřených otázkách a to ve většině případu pochvalou a oceněním přístupu k dítěti i rodiči.

Závěr

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že hodnocení ošetrovatelské péče z pohledu rodičů je velmi pozitivní, hodnoceno nejvyššími možnými známkami. Drobné nedostatky byly zjištěny v oblasti emocionální podpory rodičů ze strany sester. Rodiče vyjadřovali v otevřených otázkách nejčastěji pochvaly, ale také své názory na zkvalitnění péče a zlepšení vzájemné spolupráce se sestrami.

Použitá literatura:

AVIS, M., REARDON, R. (2008) Understanding the view of parents of children with special needs about the nursing care their child receives when in hospital: a qualitative study. In *Journal of Child Health Care* [online]. 2008, roč. 12, č. 1, s. 7-17. [cit. 2018-07-16]. ISSN 1741-2889. Dostupné na internetu: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367493507085615>.

COYNE, I. (2008) Disruption of parent participation: nurses' strategies to manage parents on children's wards. In *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2008, roč. 17, č. 23, s. 3150-3158. [cit. 2018-07-16]. ISSN 1365-2702. Dostupné na internetu: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2006.01928.x>.

FRANCK, L. S., GAY, C., RUBIN, N. (2013) Accommodating Families During a Child's Hospital Stay: Implications for Family Experience and Perceptions of Outcomes. In *Farma Syst Health* [online].

2013, roč. 31, č. 3, s. 294-306. [cit. 2018-07-01]. ISSN 1037-0033. Dostupné na internetu: https://www.researchgate.net/scientific-contributions/2023598298_Nicole_Rubin.

MATYSOVÁ, A., RABASOVÁ, P. (2018) Compliance rodičů a dětí s astma bronchiale při dodržování režimových opatření. In *Ošetrovatelské perspektivy*, 2018, roč. 1, č. 1, s. 47-61. ISSN 2570-785X.

POWER, N., FRANCK, L. (2008) Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. In *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, roč. 62, č. 6, s. 622-641. [cit. 2018-07-10]. ISSN 1365-2648. Dostupné na internetu: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2008.04643.x>.

RAPČÍKOVÁ, T. (2018) Etika a zdravotnícka etika ako základ profesionality zdravotníckych pracovníkov. In *Ošetrovatelské perspektivy*, 2018, roč. 1, č. 1, s. 13-19. ISSN 2570-785X.

SANJARI, M. et al. (2009) Nursing support for parents of hospitalized children. In *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* [online]. 2009, roč. 32, č. 3, s. 120-130. [cit. 2018-05-20]. Dostupné na internetu: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01460860903030193>.

SHIELDS, L., YOUNG, J. McCANN, D. (2008) The needs of parents of hospitalized children in Australia. In *Journal of Child Health Care* [online]. 2008, roč. 12, č. 1, s. 60-75. [cit. 2018-07-16]. ISSN 1741-2889. Dostupné na internetu: http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1367493507085619?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&.

VACUŠKOVÁ, M. et al. (2009) *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii 1*. Brno:NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-491-7.

Korespondence:

Mgr. Zuzana Hlubková
Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik v Opavě
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo náměstí 885/14
746 01 Opava
zuzana.hlubkova@fvp.slu.cz

PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU DOSPÍVAJÍCÍMI

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.

Mgr. Zuzana Hlubková

Bc. Zuzana Matějková

Ústav ošetřovatelství FVP, SU v Opavě

Souhrn:

*Příspěvek je zaměřen na problematiku užívání alkoholu dospívající populací. **Cíl:** Cílem práce bylo zmapovat aktuální poznatky o problematice užívání alkoholu dospívajícími a zjistit jejich zkušenosti s užíváním alkoholu. **Metodika:** Vlastní šetření probíhalo metodou kvantitativního výzkumu, sběr dat byl uskutečněn pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Vzorek respondentů tvořilo celkem 104 oslovených ve věku 15 - 17 let. **Výsledky:** Z analýzy dat vyplynulo, že dospívající z naší skupiny respondentů požívali alkohol v podobné míře jako jejich vrstevníci zařazení do evropské studie ESPAD. Dále naši respondenti uváděli pozdější věk při první konzumaci alkoholu. Rozdíl byl identifikován i v dostupnosti některých druhů alkoholu, kdy námi oslovení udávali méně často snadnou dostupnost piva (52 %) oproti výsledkům studie ESPAD, kde snadnou dostupnost tohoto nápoje uvádělo 80 % oslovených. **Závěr:** Naš vzorek respondentů vykazoval lepší výsledky než respondenti z evropské studie ESPAD. I tak měla zkušenost s alkoholem naprostá většina oslovených (90 %)*

Klíčová slova:

Sestra; Nezletilý; Alkohol; Závislost; Edukace

PROBLEMS OF ALCOHOL USE IN ADOLESCENTS

Summary:

The paper focuses on the issue of alcohol use among adolescent populations. Objective: The aim of the study was to map current knowledge about alcohol use by teenagers and to describe their experiences with alcohol use. Methodology: The survey was carried out by the method of quantitative research, data were collected using a questionnaire of our own design. The sample consisted of 104 respondents aged 15-17. Results: Data analysis showed that adolescents from our group of respondents used alcohol to a similar extent as their peers included in the European ESPAD study. In addition, our respondents reported later age of first drinking. The difference was also identified in the availability of certain types of alcohol, with less frequent availability of beer (52%) compared to the ESPAD study, where 80% of respondents were able to access this beverage easily. Conclusion: Our respondents showed better results than respondents from the European ESPAD study. Even so, overwhelming majority (90%) has experience with alcohol use

Key words:

Nurse; Underage; Alcohol; Addiction; Education

Úvod

Nadměrná spotřeba alkoholu byla Světovou zdravotnickou organizací zařazená mezi 10 nejvýznamnějších rizikových faktorů ovlivňujících nemocnost ve vyspělých zemích. V průměru se ročně vypije v České republice (ČR) 10 – 16 litrů čistého alkoholu na jednoho obyvatele a to včetně dětí. Nadměrná konzumace se netýká pouze dospělých, ale i mladistvých. Od roku 2002 vzrost počet patnáctiletých se zkušeností s alkoholem o 20 %. Dále bylo zjištěno, že mladiství do 16 let věku vypili za poslední měsíc minimálně třikrát 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti (Hosák et al., 2015, s. 142). I přes tuto skutečnost je pohled na uživatele alkoholu v ČR poměrně

benevolentní. Příkladem této benevolentnosti je skutečnost, že alkohol je dětem často podáván z rukou rodičů nebo jiných dospělých (Hosák et al., 2015, s. 142). Nejde přitom o dospívající z vyloučených lokalit, jak tomu bylo v minulosti, ale o mladistvé napříč celou populací.

V období dospívání dochází k ukončení tělesného i psychického vývoje a alkohol dokáže svými účinky negativně ovlivnit obě tyto oblasti. I při občasném požití se zvyšuje riziko onemocnění jater, neboť ta u mladistvých nejsou schopná odbourávat alkohol ve stejné míře jako u dospělých. Užívání alkoholu mladistvými vede i k redukci objemu hippocampu (Zucker et al., 2009, s. 16). Vysoké je i riziko úrazu a otrav. Nešpor (2001, s. 281) například uvádí, že mladiství, kteří uvedli 2 x častější opilost, vyhledali 2 x častěji lékařské ošetření z důvodu úrazů. Dospívající, kteří zneužívali alkohol, často selhávali i v oblasti sociálních rolí a dostávali se do rizikové společnosti. Užívání alkoholu navíc zvyšuje riziko pozdějšího přechodu na jiné návykové látky, pro které je vstupní branou. Dalšími riziky užívání alkoholu v dětském věku jsou riziko přenosu pohlavních chorob, nechtěné otěhotnění a trestná činnost spojená s násilným chováním.

Vývoj užívání alkoholu nezletilými je opakovaně sledován studií ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách). Tato studie byla provedena opakovaně od roku 1995 a na jejich závěrech lze, mimo jiné, sledovat trend vývoje užívání alkoholu dospívajícími. Poslední validizační studie byla provedená v roce 2016, vzorek respondentů byl sestaven z celkem 5364 studentů 9. tříd základních škol a 1. ročníků středních škol. Výsledky ukázaly, že oproti minulým šetřením došlo z významnému poklesu prevalence konzumace alkoholu nezletilými, ovšem i tak 12,5 % mladistvých uvedlo pití nadměrných dávek alespoň jednou týdně (Chomynová et al., 2016, s. 2).

Cíl práce

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit u vybrané skupiny respondentů aktuální informace o užívání alkoholu a zmapovat jejich informovanost o rizicích souvisejících s jeho užíváním.

Metodika

Vlastní šetření bylo vedeno jako kvantitativní výzkum, pro získání empirických dat byl vytvořen nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Dotazník byl sestaven z celkem 22 otázek, z čehož 18 se týkalo cíle výzkumu a 4 byly zaměřeny na demografická data. Celkem 17 otázek bylo uzavřených a 5 polouzavřených. U dvou otázek byla možnost výběru z více nabízených odpovědí. Srozumitelnost položek byla ověřena v rámci předvýzkumu u 4 respondentů. Na základě jejich podnětů byly provedeny drobné jazykové úpravy. Distribuce dotazníků proběhla po předchozím schválení ředitele organizace přímo do jednotlivých zařízení. Instruktaž zaměstnanců byla realizována písemně.

Soubor

Vzorek respondentů byl tvořen nezletilými ve věku 15 až 17 let, kteří docházeli do středisek volnočasových aktivit v Bruntále, Hlinsku, Chocni, Valašském Meziříčí a Vysokém Mýtu. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů, z čehož 54 (52 %) bylo dívek a 50 (48 %) chlapců.

Výsledky

Mezi respondenty bylo rozdáno celkem 115 anonymních dotazníků, vyplněných bylo zpět vráceno 109 dotazníků. Po jejich zpracování bylo 5 dotazníků vyřazeno z důvodu nesprávného vyplnění. Pro účel šetření bylo zpracováno a za 100 % považováno 104 dotazníků. Data byla vložena a vyhodnocena s použitím programu Microsoft Office Excel 2010.

Následnou analýzou získaných dat bylo zjištěno, že u našeho vzorku oslovených mělo celkem 91 (88 %) mladistvých zkušenost s požitím alkoholu, pouze 13 (12 %) tuto zkušenost nemělo. Celkem 32 mladistvých dále mělo zkušenost s opilostí a to 20 (19 %) jednou za život, 7 (7 %) mladistvých 2 – 5 krát a 5 (5 %) mladistvých zvolilo možnost více než 5 krát. Další oblastí našeho zájmu bylo zjistit věk prvního požití alkoholu. Ze získaných dat lze vyčíst, že nejčastěji respondenti z našeho výzkumného vzorku požili alkohol poprvé mezi 13. až 15. rokem a to celkem ve 45 (43 %) případech. Ve věku 11 až 12 let to bylo 20 mladistvých (19 %) a v 16 letech nebo později celkem 17 mladistvých (16 %). V 9 případech (9 %) požili mladiství alkohol v 10 letech nebo dříve. Dále bylo zjištěno, že celkem 54 respondentů má spojenou konzumaci alkoholu s kocovinou, 39 s nevolností a zvracením, 30 s výskytem zdravotních problémů a 26 s rizikem vzniku závislosti. Respondenti dali v 33 případech užití alkoholu do souvislosti s problémy s policií a 30 oslovených se rvačkou. Část mladistvých spojila užití alkoholu s příjemnými zážitky, kdy 27 respondentů spojilo konzumaci alkoholu s pocitem uvolnění a 24 se zábavou a párty.

V další části dotazníku se respondenti vyjadřovali k výskytu nabízených jevů v souvislosti s alkoholem. Zde analýza dat ukázal, že 33 respondentů vnímá jako možnou nebo pravděpodobnou souvislost mezi užitím alkoholu a kriminální činností a násilím, dále 32 oslovených vnímá riziko otravy alkoholem a hospitalizace s jeho užitím. Zajímavé byly výpovědi ve vztahu užití alkoholu a sexuální zkušenost, kdy 50 oslovených uvedlo po požití alkoholu jako možný nebo pravděpodobný sexuální kontakt, kterého by v budoucnu litovali. Celkem 66 oslovených uvedlo jako možné nebo nepravděpodobné riziko úrazu v opilosti. Dále 46 oslovených připustilo možnost užití dalších drog po konzumaci alkoholu.

Diskuse

Z výsledků našeho šetření vyplynulo, že 88 % našich mladistvých respondentů má zkušenost s užitím alkoholu, což je méně, než bylo zjištěno studií ESPAD, kde mělo tuto zkušenost 95,87 % oslovených. Dále se ukázalo, že 71 % našich respondentů mělo první zkušenost s alkoholem ve věku 15 let a méně. Zde je podobná situace jako byla zjištěná ve Velké Británii, kde mělo první kontakt s alkoholem v této věkové kategorii 8 mladistvých z 10 (Davies, 2012, s. 43). Z hlediska komplikací a rizik uvedla více než polovina oslovených souvislost mezi požitím alkoholu a výskytem kocoviny a třetina s nevolností, zvracením a zdravotními problémy. K podobným závěrům dospěly i Plevová s Hlávkovou (2016, s. 377) nebo Lancaster et al. (2013, s. 53). Tito autoři provedli podobné šetření v Austrálii. V jejich vzorku mladistvých respondentů uvedlo spojitost mezi konzumací alkoholu a nevolností ve 41 % případech a 39 % možnost zdravotních potíží.

Výsledky našeho šetření vyzněly příznivěji než výsledky studie ESPAD. Příčinou může být jednak malý vzorek respondentů, ale i skutečnost, že naši oslovení se účastní programů organizovaných středisky volnočasových aktivit, nejde tedy o náhodně vybrané respondenty pouze na základě věku. I tak jde ale o vysoký počet mladistvých, kteří mají vlastní zkušenost s užitím alkoholu. Jeví se tedy potřebným zintenzivnit edukační aktivity o rizicích spojených s užíváním této návykové látky. Sestry mají ve svých kompetencích vedení ke zdravému životnímu stylu. V rámci výkonu klinické praxe se tedy jeví vhodným zařadit tuto problematiku do edukačního plánu každého mladistvého bez ohledu na charakter jeho zdravotních problémů, které byly důvodem pro vyhledání zdravotnické péče. Dále by edukace měla být selektivně zaměřená i na konkrétní rizikové skupiny, kterými jsou děti rodičů závislých na alkoholu, děti se sklony k impulzivnímu a agresivnímu chování, ale i dětem přecházejícím na vyšší stupeň vzdělávání.

Závěr

Výsledky studií ukazují, že užívání alkoholu mladistvými je celosvětový problém. Tolerantní vztah k jeho uživatelům je pro skupinu dospívajících rizikovým, neboť jeho konzumace může působit nejen problémy v sociální oblasti, ale i nepříznivě ovlivňovat tělesný a duševní vývoj. V posledních letech dochází ke změnám v trávení volného času a ke změnám životního stylu a užívání návykových látek může být pro dospívající zajímavým. Sestry mají dostatek obecných informací o rizicích spojených s užíváním alkoholu a jejich vzdělávací role je významná hlavně v oblasti primární prevence, která by měla začít již od mladšího školního věku. Zároveň by ale měly zaměřit svou pozornost na rizikové skupiny mladistvých, kde by měla být součástí prevence i poradenská činnost doplněná o informace o možnostech léčby, o střediscích krizové intervence a dalších zařízeních podporujících abstinenci v daném regionu.

Použitá literatura:

DAVIES, N. J. (2012) Alcohol misuse in adolescents. *In Nursing standard*, 2012, roč. 26, č. 42, s. 43-48. ISSN 0029-6570

HOSÁK, L., et al. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246- 2998-8.

CHOMYNOVÁ, P. ET AL. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD). *In Zaostřeno*, 2016, roč. 2, č. 5, s. 1–16. ISSN 2336-8241

PLEVOVÁ, I., HLÁVKOVÁ, M. (2016) Konzumace alkoholu u adolescentů. *In Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2016, roč. 7, č. 1. ISSN 2336-3517

LANCASTER, K., RITTER, A., MATTHEW-SIMONS, F. Young people's opinions on alcohol and other drugs issues [online]. Canberra: Australian National Council on Drugs, 66 2013 [cit. 12. 6. 2018]. Dostupné z: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/newsevents/events/RP27-young-peoplesopinions.pdf>.

NEŠPOR K., CSÉMY, L., EXNEROVÁ P. (2001) Dětské oběti alkoholu v České republice. *In Alkoholismus a drogové závislosti*, 2001, roč. 36, s. 281-282. ISSN 0862-0350

ZUCKER RA, DONOVAN JE, MASTEN AS ET AL. (2009) Developmental Processes and Mechanisms. Ages 0–10. *In Alcohol Research & Health*, 2009, roč. 32, č. 1, s. 16-29. ISSN 1535-7414

Korespondence:

Mgr. Jiřina Hosáková, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství FVP
Slezská univerzita v Opavě
Bezručovo nám. 14
746 01 Opava
jirina.hosakova@fvp.slu.cz
Tel.: 553 684 163

KOMPLEXNÍ PÉČE O DÍTĚ PŘED A PO KOCHLEÁRNÍ IMPLANTACÍ

Petra Forejtová

Adriana Laudátová

Klinika ušní, nosní, krční 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Článek se věnuje kochleárním implantacím na ORL klinice 2.LF UK. Obsahuje informace o historii kochleárních implantátů na naší klinice. Dále se věnuje výběru vhodných kandidátů ke kochleární implantaci, jejich vyšetřování před implantací, přípravě před samotnou operací a péči po operaci.

Klíčová slova:

Implantace; kochleární implantát; kandidát kochleární implantace; vyšetření; operace.

Summary:

The article deals with cochlear implants at the ORL clinic of the 2nd Faculty of Medicine. It contains information about the history of cochlear implants in our clinic. It focuses on choosing suitable candidates for cochlear implantation, their pre-implantation, pre-surgery, and post-operative care.

Keywords:

Implantation; cochlear implant; candidate for cochlear implantation; examination; surgery.

Úvod

Postižení hluchotou patří spolu se slepotou mezi nejzávažnější postižení člověka. Nejenže člověka ochuzuje o svět zvuků, navíc jej vyřazuje ze sítě mezilidské komunikace. Právě nemožnost domluvit se představuje nejzávažnější aspekt tohoto smyslového postižení. Od dávných dob jsou doloženy pokusy o léčení hluchoty. Tyto pokusy byly více či méně úspěšné. Již více než dvacet let se na naší klinice provádějí kochleární implantace, jejichž prostřednictvím se snažíme usnadnit neslyšícím jejich život a pomoci jim se s jejich nelehkou situací vyrovnat.

Vlastní text

V roce 1993 byl na naší klinice zahájen program kochleárních implantací a byl voperován první kochleární implantát, tenkrát se jednalo o Nucleus. Počátky implantačního programu nebyly jednoduché. Od roku 1995 hradí kochleární implantáty VZP, která se je rozhodla podpořit po vynikajících výsledcích. V roce 1999 byl dětskému ORL pracovišti v Motole přidělen Ministerstvem zdravotnictví ČR statut Centra kochleárních implantací, který naše klinika má stále. Naše klinika byla první a dlouhou dobu i jediná, kde se prováděly kochleární implantace u dětí. V současné době je v republice více pracovišť, kde se kochleární implantace provádějí, naše klinika je však stále pracovištěm, které ročně provede nejvíce implantací.

Celkově se změnil trend implantací a stejně jako ve světě i u nás se nyní implantují děti nejen jednostranně, ale i oboustranně. Na naší klinice bylo odimplantováno již více než 650 dětí, z toho více než 100 dětí oboustranně.

Dříve zasedala tzv. „kochleární komise“, která pracovala při Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tato komise rozhodovala o vhodnosti a možnosti zařazení jednotlivých kandidátů do implantačního programu. Nyní o zařazení rozhoduje tým specialistů implantačního centra. Rodiče malých pacientů mají právo volby typu implantátu a jeho výrobce.

Ke kochleární implantaci jsou vhodné děti, které jsou ohluchlé po zánětu centrálního nervového systému (zde je nutno postupovat velice rychle) nebo děti, které se narodily s oboustranným těžkým postižením sluchu a nepomohla u nich ani léčba s výkonnými sluchadly.

Kritéria výběru uchazečů:

- 1) Uchazeč o kochleární implantát nemá žádné nebo jen malé zbytky sluchu, na obou stranách, které jsou nevyužitelné sluchadlem pro rozumění řeči.
- 2) Kochleární implantace by měla být provedena, co možná nejdříve po stanovení diagnózy, ovšem nejdříve půl roku po jejím stanovení. Děti se nejčastěji operují od roka a půl do tří let.
- 3) Hodnotí se také schopnosti, vlastnosti a pracovní návyky dítěte, které jsou předpokladem efektivního využívání kochleárního implantátu.
- 4) Schopnost a ochotnost rodiny dlouhodobě spolupracovat.
- 5) Zajištění kvalitní pooperační péče v místě bydliště, které vede a sleduje Centrum kochleárních implantací.
- 6) Dítě nemá žádné zdravotní kontraindikace, které jsou zjišťovány v předoperační fázi.

Dalšími předpoklady jsou celodenní užívání sluchadel, soustavná rehabilitace sluchu a řeči a přirozené odezírání známých slov. (Holmanová, 2002, s. 62)

Období před kochleární implantací má dvě fáze. V první fázi se vyhodnocuje závažnost sluchové vady a její dopad na vývoj řeči. Subjektivní audiometrické vyšetření, kterým je například tónový audiogram je doplněno o objektivní audiologické vyšetření jako je například vyšetření BERA.

V druhé fázi dochází ke krátkodobé hospitalizaci, kdy jsou provedena vyšetření na otorinolaryngologii, neurologii, očním oddělení a provádí se i magnetická rezonance. Často po vyhodnocení těchto vyšetření, vyplývá nutnost, doplnit ještě další specializovaná vyšetření.

Kompletní záznamy o pokrocích dítěte, výsledky a další získané informace se pečlivě ukládají a sledují. Pokud uchazeč splňuje všechny podmínky, je vybrán jako vhodný kandidát kochleární implantace.

V předoperační době rodiče dostávají postupně veškeré potřebné informace, aby se mohli rozhodnout, jaký kochleární implantát si pro svoje dítě budou přát, zároveň získávají i informace o rehabilitaci. Rehabilitace probíhá již před implantací. Tato práce je zúročena v době nastavování kochleárního implantátu.

K operaci se rodiče s dítětem dostaví s předoperačními výsledky. Ty obsahují odběry krve, pediatrické vyšetření, případně další vyšetření podle onemocnění dítěte (neurologie, kardiologie...).

Ještě před operací znovu s rodiči promluví operátor. Příprava dítěte probíhá tak, jako před jinými operacemi. Je nutné oholit operační pole, to znamená, že je nutné vyholit dítěti širší pruh za uchem, ideální je oholit celou hlavičku. Posledním jídlem před operací je večeře, pokud dítě ještě pije v noci mléko, anesteziolog určí podle operačního programu, kdy naposled ho může dostat, stejně tak i s tekutinami. Dítě dostane premedikaci asi půl hodiny před odjezdem na sál. Na připraveném čistém lůžku odvezeme dítě k operačnímu zákroku.

Po operaci je umístěno na JIP naší kliniky. V raném pooperačním období bývají děti často velmi neklidné, v takovém případě je nutné ho medikamentózně zklidnit. V dalším pooperačním období podáváme analgetika, antibiotika, kortikoidy, antiemetika a další léky podle vývoje jeho stavu. Děti se monitorují a mají trvalý dohled. Je nutné kontrolovat i obvaz, zda neprosakuje, či není příliš utažený. Převoz se dělá dle potřeby, nejpozději každý druhý den.

Asi po třech dnech dítě překládáme na standardní oddělení naší kliniky, kde je většinou do sedmého pooperačního dne. Po týdnu odstraníme stehy, a pokud je vše v pořádku, může odejít domů. Celá hospitalizace samozřejmě probíhá v doprovodu jednoho z rodičů (případně jiného opatrovníka).

Šest týdnů po implantaci se provádí první nastavení řečového procesoru. Toto nastavení probíhá na foniatrckém oddělení naší kliniky za účasti logopeda a inženýra, který procesor naprogramuje. Důležité je, aby všichni zúčastnění včetně rodičů i dítěte dobře spolupracovali.

Tím ovšem práce nekončí. Dítě musí denně cvičit a rehabilitovat, jinak mu kochleární implantát nepřinese to, co je od něho očekáváno. Důležité je, aby si rodiče před implantací uvědomili, jak dlouhá a náročná cesta je čeká k tomu, aby jejich dítě dokázalo kochleární implantát plně využít.

Závěr:

Pokud se podaří vše projít co nejlépe, v dalším životě kochleární implantát umožní jeho nositeli vést kvalitnější a pestřejší život. Snaha celého našeho centra je, co nejvíce rodičům i dětem v jejich dlouhé cestě za sluchem pomoci.

Použitá literatura“

HOLMANOVÁ, Jitka. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8

Korespondence:

Petra Forejtová
Klinika ušní, nosní, krční 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5
petra.forejtova@fnmotol.cz

ZNALOSTI DĚTSKÝCH A VŠEOBECNÝCH SESTER V KOMUNIKACI S MENTÁLNĚ HANDICAPOVANÝMI PACIENTY

Bc. Michaela Helinská

PhDr. Šárka Tomová, PhD., Ph.D.

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn

Příspěvek se zabývá problematikou znalostí sester v oblasti komunikace se specifickou skupinou pacientů, pacientů s mentální retardací. Důležitou součástí integrace do společnosti je vhodná komunikace a správné porozumění. Udržovaná a správná komunikace pomáhá rozvíjet mezilidské vztahy a dokáže sblížit. Zjištění znalostí a zkušeností sester při komunikaci s pacienty s mentálním handicapem bylo uskutečněno prostřednictvím nestandardizovaného dotazníkového šetření, které probíhalo na vybraných pracovištích lůžkové péče ve Fakultní nemocnici v Motole. Pro zjišťování souvislostí ve stanovených hypotézách bylo užito statistické metody Pearsonova chí kvadrátu, dosažená statistická významnost byla porovnávána s konvenční hodnotou hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky potvrzují, že s pacienty s mentální retardací se častěji setkávají sestry na odděleních pro děti. V neposlední řadě bylo prokázáno, že znalostí dětských a všeobecných sester o komunikaci s mentálně retardovanými nesouvisí s jejich dosaženým vzděláním.

Klíčová slova

Komunikace; Mentální retardace; Pacient; Sestra

Úvod

Lidská komunikace je velmi složitý a mnohovrstevný proces, který závisí na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání i na osobních zkušenostech jedince. Komunikace tedy patří k základní výbavě jedince, ale jak se liší lidé, liší se i způsob naší komunikace (Linhartová, 2007). Skutečná komunikace mezi lidmi není tedy jen pouhou výměnou informací. Podle některých autorů svědčí náš způsob komunikace s lidmi i o tom, jak s nimi vycházíme (Slowík, 2010).

Vlastní text

U některých pacientů dochází k tzv. narušené komunikační schopnosti. Ta označuje poruchy řeči a komunikace a blíže specifikuje různé vady, u kterých se můžeme setkat s narušením jedné nebo více složek řeči. Nejčastěji používanou definici narušené komunikační schopnosti uvádí Klenková (2006, s. 54): „Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i impresivní složku.“

Neschopnost vyjádřit své potřeby či přání je pro osoby s mentálním postižením velmi frustrující. Dochází k tomu, že se tyto osoby uzamykají do sebe a tento stav může vést k problematickému chování či až k sebepoškozování. Naštěstí existuje mnoho způsobů komunikace, kterými lze deficity v oblasti komunikace řešit. Nejčastěji využívané jsou metody alternativní a augmentativní komunikace (Bazalová, 2014).

Jako nejpřesnější výklad pojmu mentální retardace je používána definice dle MKN-10, která uvádí: *"Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci..."* (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

Mentální postižení nezahrnuje pouze intelekt jedince, jak se řada lidí mylně domnívá, ale postihuje kompletně celou osobnost. I když se mentální retardace projevuje především v oblasti myšlení, mívá většinou mnoho doprovodných jevů, kterými jsou například změna reaktivity, zvýšená unavitelnost, porucha koncentrace a pozornosti, nižší kapacita paměti a celkový pokles výkonnosti (Pipeková, 2010).

U lidí s mentální retardací je vždy ovlivněna také schopnost komunikace, i když je to u každého jedince velmi odlišné a obtíže v komunikaci jsou v různém rozsahu. Některé problémy v dorozumívání jsou způsobeny samotným mentálním handicapem, kdy se setkáváme nejčastěji s omezenou slovní zásobou, sníženou schopností porozumění složitějším sdělením či s různými odlišnostmi v tvarech slov či stavbě vět. Často také můžeme u mentálně retardovaných shledat kombinaci mentálního postižení a jiných vad či poruch, které mají vliv na komunikační schopnosti jedince. Jedná se například o poruchy autistického spektra a časté jsou také vady sluchu či řeči (Slowík, 2010).

Cíl

Cílem průzkumného šetření bylo zjistit úroveň znalostí sester o komunikaci, mentální retardaci a o zásadách komunikace s pacienty s mentálním handicapem a jejich závislost na dosaženém vzdělání. Za tímto účelem byly stanoveny vybrané pracovní hypotézy, kde jsme předpokládali, že sestry, které pracují na lůžkových odděleních pro děti, se s pacienty s mentální retardací setkávají častěji než sestry na odděleních pro dospělé. V další pracovní hypotéze jsme vyjádřili předpoklad, že sestry pracující na odděleních pro dospělé považují v komunikaci s mentálně retardovanou osobou za nejvíce problematickou jinou oblast než sestry pracující na odděleních pro děti.

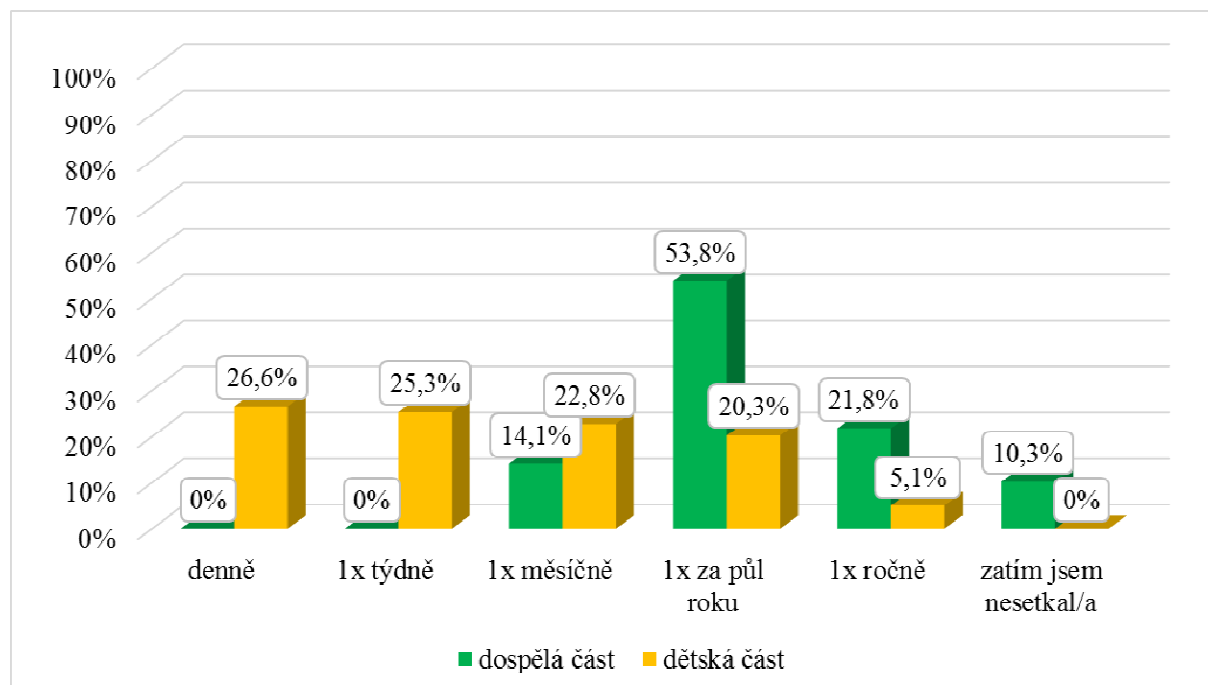
Metodika a charakteristika průzkumného vzorku

Data byla získána prostřednictvím anonymního nestandardizovaného dotazníkového šetření. Dotazník obsahoval celkem 26 otázek, které byly zformulovány uzavřenou, polootevřenou či otevřenou formou. Vlastní šetření proběhlo na lůžkových odděleních pro děti a dospělé ve Fakultní nemocnici v Motole v období od listopadu roku 2017 do konce února roku 2018. V rámci průzkumného šetření bylo rozdáno celkem 284 dotazníků, návratnost činila (55%). Zpracovaná data byla vložena do programu Statistika CZ 12, následně byla provedena statistická analýza dat za použití metody Pearsonova chí kvadrátu. Dosažená statistická významnost byla vždy porovnána s konvenční hodnotou hladiny významnosti $\alpha = 0,05$.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 157 sester pracujících na lůžkových odděleních Fakultní nemocnice v Motole ve věku od 21 let do 66 let, medián věku dotazovaných je 34 let. V části pro děti pracuje 79 sester (50,3%), 60 sester (38,2%) pracuje na standardním oddělení a 19 sester (12,1%) na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče. Na odděleních pro dospělé pacienty pracuje 78 sester (49,7%), konkrétně 44 respondentů (28%) na standardním oddělení a 34 sester (21,7%) na oddělení intenzivní nebo resuscitační péče.

Vybrané výsledky šetření

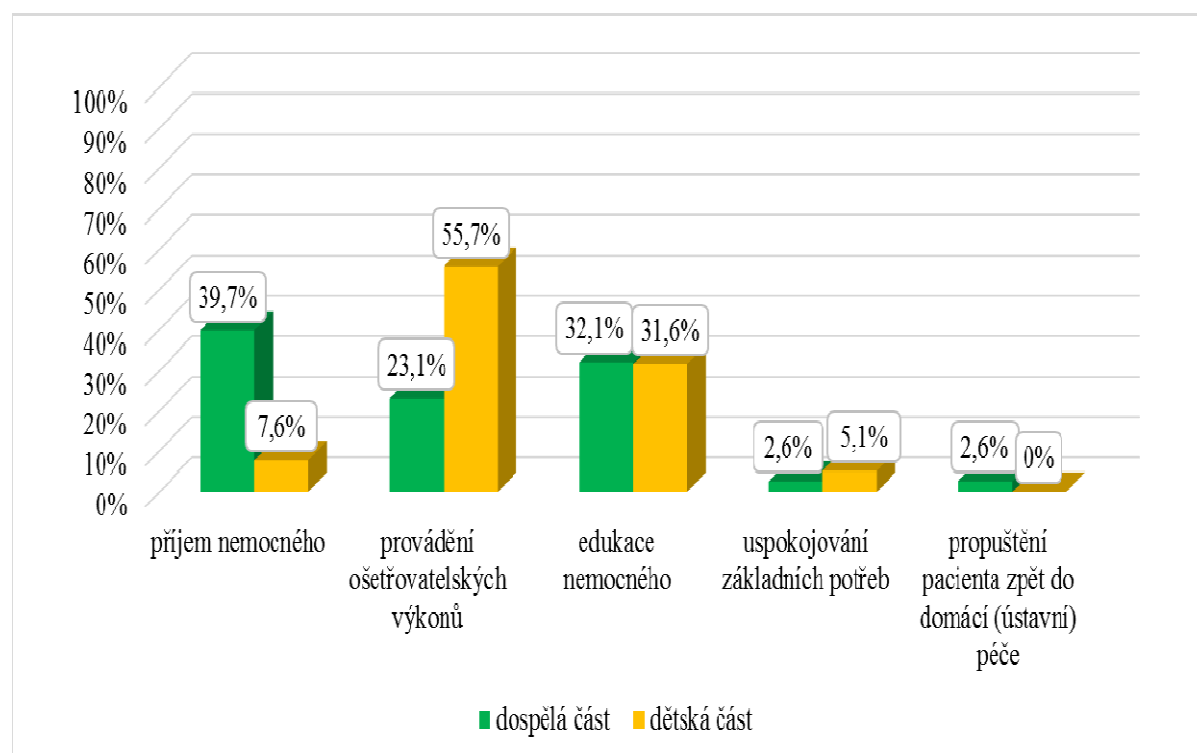
V této části uvádíme vybrané výsledky průzkumného šetření v grafickém znázornění. Odpovědi na otázku, jak často se sestry na svém pracovišti setkávají s pacienty s mentální retardací, znázorňuje obrázek 1.



Obrázek 1 Frekvence kontaktu s mentálně retardovanými pacienty

V otázce, která oblast ošetrovatelských činností je, nebo by případně byla pro sestru při hospitalizaci pacienta s mentální retardací nejproblematictější, vyjadřuje obrázek 2.

Obrázek 2 Problematická oblast ošetrovatelské péče



V jedné ze statistických hypotéz jsme zjišťovali souvislost mezi znalostmi sester v oblasti komunikace s mentálně retardovanými a dosaženou úrovní vzdělání sester. Pro zjištění souvislosti a statistické testování hypotézy jsme použili Pearsonův chí kvadrát, jehož hodnota se v tomto případě rovná $\chi^2 = 7,784$ s 9 stupni volnosti a hodnota statistické významnosti je $p = 0,556$. Tato hodnota je vyšší než 0,05, tudíž alternativní hypotézu lze zamítnout a tvrdit, že neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a množstvím znalostí o komunikaci a mentální retardaci. Výsledky vyjadřují tabulky 1a a 1b.

Tabulka 1a Množství správných odpovědí v závislosti na vzdělání

vzdělání		1 správná odpověď	2 správné odpovědi	3 správné odpovědi	4 správné odpovědi	Celkem
středoškolské	frekvence	6	56	20	2	84
	%	7,1%	66,7%	23,8%	2,4%	100%
vyšší odborné	frekvence	1	22	8	0	31
	%	3,2%	71%	25,8%	0%	100%
vysokoškolské bakalářské	frekvence	2	27	6	0	35
	%	5,7%	77,1%	17,1%	0%	100%
vysokoškolské magisterské	frekvence	0	3	4	0	7
	%	0%	42,9%	57,1%	0%	100%

Tabulka 1b Množství správných odpovědí v závislosti na vzdělání

Pearsonův chí kvadrát	7,784
Stupně volnosti	9
p (statistická významnost)	0,556

Diskuze

Jedna z pracovních hypotéz se zabývala otázkou frekvence setkávání sester s pacienty mentálně handicapovanými. Je zajímavé, že respondenti z dětských oddělení se všichni již za dobu své praxe s pacientem s mentálním postižením setkali, zatímco na dospělé části se 7 sester s tímto pacientem zatím nesetkalo. Tento fakt můžeme přisuzovat tomu, že na odděleních pro dospělé pracují mladší sestry a dost často s kratší dobou praxe než na dětské části. Z následující otázky je patrné, že sestry na dětských odděleních se s pacienty s mentální retardací setkávají mnohem častěji než sestry na dospělé části. Denně či týdně se na dospělé části s těmito pacienty nesetkává žádný z respondentů, na rozdíl od sester z dětské části nemocnice. Tento fakt je možný z toho důvodu, že Fakultní nemocnice v Motole je komplexním pracovištěm pro dětské pacienty, kteří sem jezdí z celé České republiky i ze zahraničí a můžeme se zde setkat s velkým množstvím vzácných diagnóz. Děti, které trpí nějakým mentálním postižením, mají často i různá další přidružená onemocnění, bývají často hospitalizovány a některé mohou být i v tak vážném stavu, že na následky svých onemocnění časem zemrou a dospělého věku se nedožijí. To může být jedním z důvodů, proč se s nimi tak často nesetkávají sestry na odděleních pro dospělé. Poměrně významné rozdíly jsme zaznamenali u další otázky, ve které jsme se ptali, která část ošetrovatelské péče je při hospitalizaci mentálně retardovaného pacienta pro respondenty nejvíce problematická. Největším problémem sester na dospělé části je již samotný příjem tohoto pacienta. Tato odpověď je poměrně pochopitelná, jelikož již sběr ošetrovatelské anamnézy a jiných informací může být velmi komplikovaný, když u sebe pacient nemá doprovod, který by zdravotníkům vše řekl či doplnil. Díky tomu se tak nemusíme dozvědět vše, co je při ošetřování nemocného potřeba a může nechtěně dojít k nějakému pochybení či zanedbání péče. Nejproblematictější částí ošetrovatelské péče u mentálně retardovaného pacienta je pro sestry na

dětských odděleních provádění ošetrovatelských výkonů, což bývá komplikovanější i u dětí bez mentálního deficitu. Zajímavé také je, že propuštění pacienta do domácí péče činí opět problém jen sestřím na odděleních pro dospělé. Tato odpověď je rovněž pochopitelná, jelikož sestry mohou mít obavy, jak s následnou péčí bude pokračovat sám pacient, co si zapamatoval a jak bude vše po ukončení hospitalizace zvládat. I zde se tady potvrzuje nutnost doprovázející osoby, stejně jak je tomu na dětských odděleních.

Závěr

Komunikace a vzájemné dorozumívání s druhými lidmi patří mezi naše základní životní potřeby. Je to dovednost, kterou si osvojujeme už od dětství, a díky tomu se nám zdá být samozřejmá. Teprve různá nedorozumění a nepochopení nás učí onu samozřejmost v průběhu života korigovat a rozvíjet. Díky ní můžeme být úspěšní, dokážeme se prosadit ve společnosti, porozumět jiným lidem a také jim zvládneme snáze a účelněji pomáhat. Pomocí komunikace získáváme a předáváme informace, popisujeme, vysvětlujeme, dokážeme vyjádřit své pocity a nálady, můžeme ovlivňovat druhé či se necháváme ovlivnit. Pokud je naším partnerem v komunikaci handicapovaný pacient, pak je jen naší předností, jak toto dorozumívání zvládneme. Obvyklá komunikace v těchto situacích vystupuje na vyšší úroveň a prokazuje naši citlivost, vnímavost. Člověk a komunikace k sobě přirozeně a neodmyslitelně patří.

Použitá literatura

- BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014, 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
- KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010, 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN - 10* [online]. 2009 [cit. 2018-06-22]. Dostupné z: [file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/mkn-tabelarni-cast%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/mkn-tabelarni-cast%20(1).pdf)

Korespondence:

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., PhD.
Ústav ošetrovatelství 2.LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
sarka.tomova@lfmotol.cuni.cz

MOTIVÁCIA K VOĽBE ŠTÚDIA AKO PREDIKTOR KVALITY VÝKONU POMÁHAJÚCEJ PROFESIE

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.

Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave

Súhrn

Profesia sestry je pomáhajúcou profesiou, ktorá si ku kvalitnému výkonu vyžaduje aby pomáhajúci profesionál disponoval dostatočnými teoretickými vedomosťami, zručnosťami, istými osobnostnými predpokladmi a aby bol k tejto práci motivovaný. Cieľom predloženého príspevku je priblížiť výsledky výskumu zameraného na zistenie motivačnej štruktúry u vysokoškolských študentov, ktorí študujú v študijnom odbore Ošetrovateľstvo. Získané výsledky nášho výskumu poukazujú nato, že jednotlivé motivačné faktory sú charakteristické pre konkrétne skupiny študentov pričom v najväčšej miere boli študenti pri výbere tohto odboru štúdia ovplyvnení prosociálnymi motivačnými faktormi a v najmenšej miere konformnými motivačnými faktormi.

Kľúčové slová

Motivácia; Motivačné faktory; Ošetrovateľstvo; Kvalita výkonu; Pomáhajúca profesia.

MOTIVATION FOR THE SELECTION OF THE STUDY PROGRAM AS PREDICTOR FOR THE QUALITY OF THE PERFORMANCE OF A HELPFUL PROFESSION

Summary

The profession of a nurse is a helping profession that requires sufficient theoretical knowledge, skills, and certain personal prerequisites to motivate a person to do the high quality job. The aim of this article is to bring closer the results of research aimed at identifying the motivational structure of university students who study in the field of Nursing. The results of our research show that individual motivation factors are characteristic for particular groups of students, with students being largely influenced by pro-social motivation factors in choosing this study program and, to a minimum, by conformal motivational factors.

Key words:

Motivation; Motivational factors; Nursing; Quality of performance, Helping profession

Úvod

Výber študijného odboru je dôležitým článkom v živote každého človeka a zohráva pri tom rolu viacerých faktorov, ktoré môžeme označiť za motivačné. Zaujímavé je skúmať motiváciu k voľbe odboru profesie, ktorá nie je finančne vysoko ohodnotená a vyžaduje si množstvo potrebných vedomostí, zručností a zodpovednosti voči iným ľuďom. Poznanie motivácie u študentov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo je užitočné pre uvedomenie si základného zámeru a nastavenia budúcich sestier voči svojej profesii a taktiež voči kvalite jej výkonu. Oblasť motivácie študentov k výberu štúdia z oblasti pomáhajúcich profesií je často skúmaná na medzinárodnej úrovni. Dané zistenie môže objasniť silné a slabé stránky študentov, ale i to, že ich motivácia ovplyvňuje spôsob, akým sa budú vzťahovať k svojmu budúcemu povolaniu a do istej miery to môže ovplyvňovať i kvalitu výkonu tejto profesie.

Oblasti pomáhajúcich profesií akým ošetrovateľstvo je sa vyznačujú úzkym kontaktom s ľuďmi, ktorí sú chorí, môžu byť rôzneho veku, pochádzajúci z rôznych sociálnych skupín obyvateľstva. Pre kvalitný výkon svojej profesie potrebuje sestra okrem potrebných odborných teoretických vedomostí a nadobudnutých zručností mať určité osobnostné predpoklady, ktoré predurčujú

pomáhajúceho profesionála vykonávať svoju profesiu zodpovedne a kvalitne s určitou dávkou prosociálnosti a empatie.

Cieľ práce

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistenie motivačnej štruktúry vysokoškolákov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo k výberu tohto odboru štúdia. Ako čiastkové ciele sme si stanovili zistiť motivačnú štruktúru u týchto študentov vo vzťahu k vybraných socio-demografickým ukazovateľom, konkrétne to bolo pohlavie, forma a stupeň štúdia.

Metodika

Výskum sme realizovali dotazníkovou metódou (dva dotazníky). Prvý dotazník bol zameraný na získanie základných socio-demografických charakteristík respondentov. Cieľom druhého dotazníka, vytvoreného Leczovou a kol. (2014), bolo zistiť motivačnú štruktúru pri výbere študijného odboru Ošetrovateľstvo. Dotazník pozostával zo 17 položiek (otázok), kde každá položka (otázka) predstavovala jeden motivačný faktor. Respondenti vyjadrovali mieru významnosti jednotlivých faktorov pri výbere zvoleného odboru štúdia a odpovedali na otázku: „Do akej miery vás uvedené skutočnosti ovplyvnili pri výbere študijného odboru?“ Na hodnotenie dôležitosti jednotlivých položiek respondenti volili odpovede výberom z päť hodnotovej škály, kde (1) znamenala vôbec nie, (2) skôr nie, (3) nie som si istý, (4) skôr áno a (5) veľmi. Z tejto škály je zjavné, že vyššie skóre indikuje väčšiu významnosť motívu. Leczová a kol. (2014) zistili, že existujú tri kategórie motivačných faktorov, ktoré obsahujú príbuzné položky (faktory). Tieto kategórie motivačných faktorov nazvali podľa ich prevládajúcej motivačnej tendencie – „prosociálne“ motivačné faktory, „kariérne motivačné faktory“ a „konformné motivačné faktory“. Prosociálne motivačné faktory vypovedajú o túžbe pracovať s ľuďmi a pomáhať im, o chápaní profesie ako poslania, ale tiež o presvedčení, že odbor štúdia je zmysluplný. Pre druhú kategóriu položiek je charakteristické zdôraznenie kariérnych či profesijných ambícií v zmysle príležitosti získať vysokoškolské vzdelanie, zlepšenie možností nájsť si pracovné uplatnenie v budúcnosti, alebo udržanie si aktuálnej pracovnej pozície, ako aj možnosť postupu či získanie vyššieho príjmu po ukončení vysokoškolského vzdelania. Faktor konformity pozostáva z položiek, ktoré naznačujú, že pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor sa jedinec opiera o dôvody nesúvisiace bezprostredne so samotnou profesiou či uplatnením sa. Sú to faktory, ktoré naznačujú tendenciu človeka byť konformným v zmysle prispôsobenia sa súčasnej spoločenskej požiadavke získať vysokoškolský titul, pričom pre splnenie tejto požiadavky si volia možno povedať „jednoduchšiu cestu“ (Leczová a kol., 2014). V rámci citovaného výskumu boli overené aj základné psychometrické kvality škály, kde zistili dostatočnú vnútornú konzistenciu takto vytvorených kategórií motivačných faktorov.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo spolu 229 vysokoškolských študentov v študijnom odbore Ošetrovateľstvo, ktorí študujú na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, detašovaných pracoviskách v Michalovciach, Košiciach, Rožňave, Prešove a Bratislave. Vo výskumnom súbore boli zastúpení študenti v bakalárskom a magisterskom stupni štúdia, v dennej aj externej forme štúdia. Významne vyššie zastúpenie žien vo výskumnom súbore je vzhľadom na sledovaný odbor štúdia pochopiteľný a odzrkadľuje to do určitej miery aj reálny pomer mužov a žien v tejto pomáhajúcej profesii. Študenti boli vo veku od 19 do 63 rokov, s priemerným vekom 30,3 rokov (SD = 9,4). Podrobná štruktúra výskumného súboru je uvedená v tab. č. 1.

Tab. 1 Socio-demografické charakteristiky výskumného výberu

		Počet	%
Spolu		229	100
Forma štúdia	Denná	177	77,3
	Externá	52	22,7
Stupeň štúdia	Bc.	190	83
	Mgr.	39	17
Pohlavie	Muži	24	10,5
	Ženy	205	89,5
Vek	Priemer (SD)	30,3 (9,4)	Rozpätie
			19 – 63

Výsledky

Za účelom štatistického spracovania získaných údajov sme použili štatistický software SPSS. Pri štatistickom opise dát sme uplatnili základnú štatistickú deskripciu. Pre získanie lepšieho prehľadu o skúmanej problematike sme najskôr analyzovali motivačnú štruktúru v celom výskumnom súbore (N = 229).

V tabuľke č. 2 je uvedené poradie jednotlivých motivačných faktorov od najvýznamnejších až po najmenej významné v celom sledovanom súbore. Z týchto výsledkov vyplýva, že u študentov Ošetrovateľstva zohrali pri výbere študijného odboru najvýznamnejšiu úlohu prosociálne motivačné faktory. Do tejto kategórie zaraďujeme motivačné faktory, ktoré respondenti uviedli ako najvýznamnejšie, pričom ich motivovala najmä túžba pomáhať iným ľuďom a pracovať s ľuďmi, ako aj pocit, že pomáhať druhým je ich poslanie. Ako tri najmenej významné motivačné faktory študenti označili fakt, že sa nedostali na inú vysokú školu, ďalej že študijný odbor si zvolili z dôvodu, že to bolo želanie ich rodičov ako i z predpokladu nižších študijných nárokov v danom študijnom odbore. Pri výbere daného študijného odboru boli študenti najmenej ovplyvnení kategóriou motivačných faktorov, ktorú označujeme ako konformita. Táto kategória naznačuje, že pri rozhodovaní sa pre konkrétny študijný odbor sa jedinci nerozhodujú podľa jej uplatnenia alebo jej podstaty ale prispôsobujú sa súčasnej spoločenskej požiadavke.

Tab. 2 Poradie motivačných faktorov od najvýznamnejších po najmenej významné v celom výskumnom výbere (N = 229)

Položky	Kategórie motiv. faktorov	M	SD
Chcem pomáhať iným ľuďom.	prosociálne	4,65	0,53
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	prosociálne	4,56	0,63
Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	prosociálne	4,52	0,68
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	prosociálne	4,49	0,67
Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	prosociálne	4,33	0,70
Príležitosť získať VŠ vzdelanie.	kariérne	4,04	1,09
Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	kariérne	3,92	1,10
Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	kariérne	3,66	1,28

Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	prosociálne	3,59	1,15
Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	kariérne	3,51	1,28
Niečo budem znamenať.	kariérne	3,18	1,18
Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovného miesta.	kariérne	2,71	1,47
V odbore, ktorý študujem, je relatívne jednoduché dostať sa na VŠ.	konformita	2,62	1,19
Vzdialenosť VŠ od bydliska.	konformita	2,40	1,43
Nižšie študijné nároky v odbore, ktorý študujem.	konformita	2,10	1,06
Želali si to moji rodičia.	konformita	1,92	1,31
Nedostal/a som sa na inú VŠ.	konformita	1,31	0,80

V tab. č. 3 sú znázornené rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktoroch u študentov podľa formy štúdia, pričom sú znázornené len tie motivačné faktory ako i kategórie motivačných faktorov, v ktorých boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely. Štatisticky významný rozdiel bol v rámci kategórie motivačných faktorov zaznamenaný rozdiel len v jednej kategórii a to konkrétne v kategórii prosociálnych motivačných faktorov, ktorými boli štatisticky významne častejšie ovplyvnení študenti dennej formy ($U = 39495,0$; $p < 0,05$) v porovnaní s externými študentmi.

V tab. č. 4 sú znázornené rozdiely v motivačnej štruktúre u študentov podľa stupňa štúdia, kde sú znázornené len tie motivačné faktory ako i kategórie motivačných faktorov, v ktorých boli zaznamenané štatisticky významné rozdiely. Ako môžeme vidieť z tab. č. 4 štatisticky významný rozdiel bol zaznamenaný v dvoch kategóriách, a to v prosociálnych ($U = 37503,5$; $p < 0,01$) a kariérnych motivačných faktoroch ($U = 35944,5$; $p < 0,01$), ktorými boli štatisticky významnejšie ovplyvnení študenti bakalárskeho stupňa štúdia. Ďalej je z tejto tabuľky zrejme, že štatisticky významná významnosť bola zaznamenaná v deviatich motivačných faktoroch.

Tab. č. 3 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi študentmi podľa formy štúdia

	Denná forma (N = 177)		Externá forma (N = 52)		U
	M	SD	M	SD	
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,5	0,7	4,4	0,7	40661,5*
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	4,4	0,9	4,2	0,9	39828,0*
Príležitosť získania VŠ vzdelanie.	4,2	1,1	4,4	1,0	39797,5*
Mám pocit, že pomáhať druhým je moje poslanie.	4,4	0,9	4,2	0,8	37497,0***
Väčšia možnosť nájdenia si práce po ukončení VŠ štúdia.	3,9	1,1	3,7	1,1	40189,0*
Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,6	1,2	3,4	1,3	39880,0*

	Budem niečo zmerať.	3,2	1,2	2,8	1,2	38742,5**
	Bolo to želanie mojich rodičov.	2,0	1,3	1,7	1,2	39088,5**
	Chcem pomáhať iným ľuďom.	4,6	0,8	4,4	0,9	37235,0***
	prosociálne motivačné faktory	25,2	3,9	24,7	3,7	39495,0*

Tab. č. 4 Rozdiely v kategóriách motivačných faktorov a motivačných faktoroch medzi študentmi podľa stupňa štúdia

	Bc. (N = 190)		Mgr. (N = 39)		U
	M	SD	M	SD	
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,5	0,7	4,4	0,8	38037,5**
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	4,3	0,8	3,9	1,2	35828,5***
Cítim, že pomáhať druhým je moje poslanie.	4,3	0,8	4,1	0,9	37808,5**
Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	3,8	1,2	3,6	1,3	38052,5*
Možnosť postupu v mojom súčasnom zamestnaní.	3,3	1,5	2,9	1,6	35723,0***
Možnosť vyššieho príjmu po ukončení VŠ.	3,6	1,2	3,3	1,3	37600,0**
Nevyhnutnosť doplniť si vzdelanie v odbore pre udržanie si pracovnej pozície.	2,6	1,4	2,3	1,5	37795,0**
Chcem pomáhať druhým.	4,5	0,8	4,4	0,9	38804,0*
prosociálne motivačné faktory	25,3	3,5	24,2	4,3	37503,5**
kariérne motivačné faktory	20,4	4,7	18,9	5,1	35944,5**

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

V tabuľke 5 sú uvedené rozdiely v motivačnej štruktúre medzi študentmi podľa pohlavia. Ako vidíme, štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané v dvoch kategóriách motivačných faktorov, a to konkrétne v kategórii prosociálnych a kariérnych motivačných faktorov. Ženy boli štatisticky významne častejšie motivované pri voľbe daného študijného odboru prosociálnymi motivačnými faktormi v rámci kategórie ($U = 20533,5$; $p < 0,001$) a kategóriou kariérnych motivačných faktorov ($U = 26988,5$; $p < 0,05$).

Tabuľka 5 Rozdiely v motivačných faktoroch a kategóriách motivačných faktorov medzi mužmi a ženami

	Muži (N = 24)		Ženy (N = 205)		U
	M	SD	M	SD	
Rád/rada pracujem s ľuďmi.	4,2	0,9	4,5	0,8	24168,0***
Vidím zmysel v odbore, ktorý študujem.	3,9	1,0	4,3	0,9	23349,0***
Zaujímajú ma osudy iných ľudí.	3,9	0,9	4,4	0,7	20748,5***
Cítim, že pomáhať iným je moje poslanie.	3,9	1,0	4,4	0,8	22700,0***
Väčšia možnosť nájsť si prácu po ukončení štúdia.	3,5	1,3	3,9	1,2	24661,0***
Služba človeku v zmysle kresťanskej morálky.	3,3	1,1	3,6	1,2	26607,5**
Budem niečo znamenať.	2,8	1,2	3,1	1,3	26299,0**
Chcem pomáhať druhým ľuďom.	4,1	0,8	4,6	0,7	21854,5***
prosociálne motivačné faktory	22,9	4,4	25,3	3,6	20533,5***
kariérne motivačné faktory	18,9	4,8	20,1	4,8	26988,5*

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

Diskusia

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť aká je motivačná štruktúra vysokoškolských študentov k výberu študijného odboru Ošetrovateľstvo. Zamerali sme sa na zistenie toho, ktoré motivačné faktory boli pri výbere študijného odboru Ošetrovateľstvo najvýznamnejšie a ktoré najmenej významné. V najväčšej miere boli študenti pre tento odbor ovplyvnení prosociálnymi motivačnými faktormi a v najmenej miere boli ovplyvnení konformnými motivačnými faktormi. Naše výsledky korešpondujú s tvrdením Fridrichovej (2012), ktorá uvádza, že pomáhajúcich profesionálov (sociálni pracovníci, učitelia, lekári) je charakteristické, že sú podmienení vlastnosťami, podporujúcimi prosociálnosť.

Naše zistenie korešponduje s výsledkami nášho predchádzajúceho výskumu (Leczová a kol., 2014), do ktorého sa zapojilo 193 študentov študijného odboru Sociálna práca a Ošetrovateľstvo na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Autori zistili, že pri voľbe študijného odboru z oblasti pomáhajúcich profesií boli študenti ovplyvnení v najväčšej miere prosociálnymi motivačnými faktormi, konkrétne týmito motivačnými faktormi: radosť z práce s ľuďmi, vnímanie zmyslu daného odboru štúdia a pocit, že takáto práca je mojím poslaním. Študenti boli v najmenej miere ovplyvnení konformnými motivačnými faktormi, konkrétne týmito: nedostal som sa na inú vysokú školu, želali si to moji rodičia a pre daný odbor štúdia je zrejme, že v rámci štúdia sú kladené nižšie študijné nároky. Naše výsledky sa zhodujú s výsledkami Leczovej a kol. (2014), ktorí zistili, že študenti študujúci študijný odbor Ošetrovateľstvo a Sociálna práca boli najmenej ovplyvnení konformnými motivačnými faktormi. Naše zistenia sa ďalej zhodujú s výsledkami Gregorovej a Krystoňa (2005), ktorí na vzorke 200 uchádzačov o štúdium Sociálnej práce sledovali ich motiváciu k voľbe odboru štúdia a zistili, že ako najvýznamnejšie motívy, ktoré respondenti uvádzali boli: túžba pracovať s ľuďmi a pomáhať im, v takejto práci vidia zmysel a vnímajú ju ako poslanie. Najmenej významným motivačným faktorom bol fakt, že by

daná vysoká škola bola školou druhej voľby, dostali podmienku zo strany zamestnávateľa v zmysle doplnenia si vzdelanie pre udržanie si pracovnej pozície, alebo že by sa pre štúdium rozhodli z dôvodu želania ich rodičov. Zamboriová a Simočková (2005) vykonali výskum, v ktorom sledovali motiváciu k profesii sestera a zistili, že 66 % respondentov považuje za najsilnejší motivačný faktor pre profesiu sestry „byť prospešná iným ľuďom“. Autorky ďalej uvádzajú, že tento výsledok je jedným zo základných atribútov pre povolanie sestry. Ďalej autorky zistili, že pre 22 % respondentov je veľmi dôležitou motiváciou k povolaniu sestry samotná sebarealizácia.

Tieto zistenia sa zhodujú s výsledkami autoriek Hadašovej a Kollárovej (2015), ktoré realizovali výskum, zameraný na oblasť motivácie sestry k jej povolaniu a zistili, že sestry sa pre dané povolanie rozhodli z prosociálnych dôvodov, najmä preto, že chceli pomáhať. Bolo zistené, že štatisticky významne častejšie uvádzali, že by sa pre dané povolanie rozhodli aj opätovne, čo bolo zaznamenané u sestier starších ako 30 rokov. Naše výsledky sa zhodujú aj s výsledkami výskumu autorov Argayovej a kol. (2015), ktorí zistili, že väčšina sestier sa pre svoju profesiu rozhodli z prosociálnych motívov, čo potvrdilo až 75,5 % respondentov.

Záver

Výber odboru štúdia je ovplyvnený viacerými faktormi, ktoré môžu súvisieť s osobnosťou človeka alebo pochádzať z vonkajšieho prostredia, spoločnosti. Povolanie sestry je náročnou profesiou, ktorá si vyžaduje potrebné vedomosti, zručnosti a osobnostné predpoklady. Poznanie motivácie budúcich sestier je dôležité z toho hľadiska, že nám napovedá, aké je ich nastavenie voči svojej budúcej profesii a odzrkadľuje kvalitu výkonu. Vzhľadom na to, že sestra je v bezprostrednom kontakte s ľuďmi rôznych sociálnych skupín je žiaduce aby už samotný výber tejto profesie pramenil z prosociálnych motívov.

Použitá literatúra:

ARGAYOVÁ, I. a kol. (2015). Motivačné faktory v povolani sestera v ošetrovateľskej praxi. In *Medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*, zv. 11, 2015. s. 7 – 10. cit. [12.7.2018]. Dostupné na: <http://www.unipo.sk/public/media/22405/004MOLISA%2011.pdf>

FRIDRICHOVÁ, P. (2012). Komplexná prosociálnosť v etickej výchove. Pedagogická fakulta Mateja Bela v Banskej Bystrici. 2012. 59 s. ISBN 978-80-557-0353-4.

GREGOROVÁ, A., KRYSŤOŇ, M. (2005). *Motivácia k štúdiu sociálnej práce na Pedagogickej fakulte Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici*. In: TOKÁROVÁ, A., KREDÁTUS, J., FRK, V. (Eds.) „Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce“ : Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005. ISBN 80-8068-425-1.

HADAŠOVÁ, L. – KOLLÁROVÁ, B. (2015). *Úloha ošetrovateľského manažéra v aspekte motivácie sestier*. [cit. 11.06.2018] Dostupné na: http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/dokument_128_31.pdf

LECZOVÁ, D. – BARKASI, D. – BARKASI, R. – HRINDOVÁ, T. – ŠAMUDOVSÁ, G. (2014). *Analýza motivačných faktorov pri výbere študijných odborov z oblastí pomáhajúcich profesií*. In: KILÍKOVÁ, M. a kol. Supplement vybraných kapitol vo vedných odboroch sociálna práca a ošetrovateľstvo. II. Pířbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2014. ISBN 978-80-905973-1-0, s. 256-292.

ZAMBORIOVÁ, M. - SIMOČKOVÁ, V. (2005). *Motivácia pre povolanie sestry*. In: Čáp, J., Žiaková, K., Nemčeková, M., Holmanová, E. (Eds.) *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Martin : UK Bratislava, Jesseniova LF Martin, Ústav ošetrovateľstva SR, LF Univerzity Palackého Olomouc, Ústav teorie a praxe ošetrovateľství ČR, OZ pre rozvoj zdravotníckeho vzdelávania v Martine, 2005. ISBN 80-88866-32-4, s. 526-534.


Korešpondencia:

RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Partizánska 23, Michalovce 071 01, Slovenská republika
email: daniela.barkasi@gmail.com

doc. ThDr. Peter Vansač, PhD. mim. prof.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave,
Ústav Bl. M. D. Trčku v Michalovciach Partizánska 23, Michalovce 071 01, Slovenská republika
email: vansac.p@gmail.com



SIMULAČNÉ METÓDY VO VZDELÁVANÍ V NELEKÁRSKYCH ŠTUDIJNÝCH ODBOROCH

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.

PhDr. Valéria Mašterová

PhDr. Zuzana Novotná, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZO, PU v Prešove

Súhrn

Vzdelávacie prostredie zohráva dôležitú úlohu pri určovaní študijných výsledkov a vzdelávania študentov. Vzdelávacie prostredie je definované ako "všetko, čo sa deje v triede alebo na fakulte, či na univerzite." Učebné prostredie sa vzťahuje na rôzne fyzické polohy, kontexty a kultúry, v ktorých sa študenti učia. Cieľ. Identifikovať problémové oblasti vzdelávacieho prostredia u študentov zdravotníckych profesií. Súbor. Súbor tvorilo 60 študentov 3 ročníka v odbore Laboratórne vyšetровacie metódy (N=40, 66,66 %) a v odbore ošetrovateľstvo (N=20, 33,33%). Priemerný vek bol 21 rokov. Metóda. Ako nástroj bol zvolený Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM), ktorý predstavuje testovací nástroj, špeciálne určený na hodnotenie vzdelávacieho prostredia inštitúcií v zdravotníckych profesiách a nie je kultúrne špecifický. Výsledky. Celkové skóre hodnotiace výučbové prostredie študentami bolo 128,94 (SD 43,48) bodov, čo predstavuje hodnotenie viac pozitívne ako negatívne. Záver. Pilotná štúdia ukázala, že študenti vnímajú vzdelávacie prostredie viac pozitívne ako negatívne.

Kľúčové slová: Študent. DREEM. Vzdelávacie prostredie.

SIMULTANEOUS METHODS IN EDUCATION IN NON- MEDICAL STUDY STUDIES

Summary

Learning environment has a significant role in determining students' academic achievement and learning. Learning environment has been defined as everything that is happening in the classroom or faculty, or university. Learning environment refers to the diverse physical locations, contexts, and cultures in which students learn. Goal. Identify problematic areas of the learning environment for students in health professions. The file. The group consisted of 60 students of 3 years in the field of Laboratory Investigation Methods (N = 40 %66.66) and Nursing (N = 20 %33.33). The average age was 21 years old. Method. How the tool was selected the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) was chosen, which is a test tool specifically designed to evaluate the educational environment of institutions in the healthcare professions and is not cultural specific. Results: The

total score for the assessment learning environment by students was 128.94 (SD 43.48) points, which is more positive than negative. Conclusion. The pilot study has shown that students perceive the learning environment more positively than negative.

Key words: Student. DREEM. Educational environment.

Úvod

V roku 1997 Roff et al. na Univerzite v Dundee vyvinula a potvrdila Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM), čo je nástroj používaný v tejto štúdií. Odvtedy bol potvrdený v programoch vzdelávania v oblasti zdravotníckej vedy na medzinárodnej úrovni ako metóda hodnotenia kvality vzdelávacieho prostredia v širokej škále vzdelávacích inštitúcií v krajinách ako Španielsko, Nigéria, Nepál, India, Grécko alebo Malajzia a používa sa v narastajúcom počte výskumných štúdií na celom svete (Miles, 2012, Sundkat, 2015). Jeho využitie pomáha pri

plánovaní a zlepšení tým, že zisťuje silné a slabé stránky vzdelávacieho prostredia. Nástroj DREEM (Dundee Ready Educational Environment Measure) sa bežne používa na hodnotenie vzdelávacieho prostredia lekárskech a iných nelekárskych vzdelávacích inštitúcií v rôznych akademických prostrediach a výsledky sa používajú na ich porovnanie. DREEM totiž poskytuje jasné informácie o prioritách pre reformu učebných osnov. Tieto výsledky môžu byť použité ako základ pre dlhodobé hodnotenie vnímania študentov vysokých škôl (Stouse, Nickerson, 2016, Delparto, 2011).

Súčasná moderná spoločnosť kladie na študentov nelekárskych odborov vysoké nároky na prácu s modernými technologickými zdrojmi. Prenikanie a rozvoj technológií je viditeľné vo všetkých oblastiach života človeka, nielen v zdravotníctve alebo v školstve. Tradičné systémy vzdelávania ustupujú do úzadia a súčasné vysoké školstvo sa snaží využívať vo vzdelávaní metódy novšie a pre študenta atraktívnejšie, napr. problémovo orientované, otvorené (distančné) vzdelávanie alebo autentické vzdelávanie, pri ktorom ide o vzdelávanie v prostredí, ktoré je podobné „reálnemu prostrediu“ so zadaním komplexných reálnych úloh a problémov. Pri tomto type výučby študent využíva simulačné metódy. Metódy simulačného vzdelávania, ktoré sa používajú v rámci odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov novej generácie, pomocou simulačných metód, im neskôr pomáhajú implementovať prístupy v rámci skutočnej klinickej ošetrovateľskej praxe. Simuláciu môžeme definovať ako vzdelávaciu metódu, ktorá vytvára klinickú skúsenosť prostredníctvom interaktívnej aktivity v bezpečnom prostredí priaznivom na učenie bez strachu z osobného zlyhania, či poškodenia zdravia pacientov.

1.1 Súbor, realizácia a metóda

Súbor tvorilo 60 študentov 3. ročníka v odbore Laboratórne vyšetrovacie metódy (LVM) (N=40, 66,66 %) a v odbore Ošetrovateľstvo (OSE) (N=20, 33,33%) z Fakulty zdravotníckych odborov na Prešovskej Univerzite v Prešove. Vzorku tvorilo 48 (80%) žien a 12 (20%) mužov. Priemerný vek bol 21 rokov.

Prvý zber údajov prebiehal v mesiacoch september až október 2017 u študentov tretieho ročníka v študijnom odbore Laboratórne vyšetrovacie metódy a Ošetrovateľstvo na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej Univerzity v Prešove, t.j. pred začatím výuky v simulačnom laboratóriu. Druhý zber údajov prebiehal u tých istých študentov v mesiaci apríl až máj 2018, po absolvovanej výučbe v novom simulačnom laboratóriu.

Na zber údajov bol použitý prevzatý dotazník DREEM (Dundee Ready Educational Environment Measure), ktorý hodnotí výučbové prostredie a klímu na školách so zdravotníckym zameraním. DREEM dotazník pozostáva z 50 položiek, ktoré sú hodnotené na 5-bodovej Likertovej stupnici s hodnotením od 0 - 4. (4 výrazný súhlas, 3 súhlas, 2 neviem, 1 nesúhlas a 0 výrazný nesúhlas). V dotazníku je 9 z 50 položiek (čísla 4, 8, 9, 17, 25, 35, 39, 48 a 50) negatívnych. Záporné vyhlásenia sú zaznamenané opačne, takže vysoké skóre na týchto položkách naznačuje nesúhlas. Dotazník generuje celkové (maximálne) skóre, ktoré je 200 pri hodnotení excelentného výučbového prostredia. Okrem celkového hodnotenia vzdelávacieho prostredia dotazníkom DREEM hodnotili aj 5 domén vzdelávacieho prostredia a to:

- "Vnímanie učenia študentom" (12 otázok a total skóre 48),
- "Vnímanie učiteľov študentom" (11 otázok total skóre 44)
- "Študentove akademické vlastné vnímanie" (8 otázok total skóre 32),
- "Študentove vnímanie atmosféry" (12 otázok a total skóre 48),
- "Študentove vlastné sociálne vnímanie" (7 otázok total skóre 28).

Položky v jednotlivých doménach s priemerným skóre 3,5 alebo viac sú reálne pozitívne. Každá položka s priemerom 2 alebo menej by sa mala podrobnejšie preskúmať, pretože naznačuje

problémové oblasti. Položky s priemerom medzi 2 a 3 sú aspekty prostredia a klímy vo vzdelávacej inštitúcii, ktoré by sa mohli zvýšiť (Roff, 2005).

Vyplnenie dotazníka bolo anonymné a všetci študenti boli oboznámení s cieľmi štúdie a významom vysokej účasti.

Štatistické spracovanie výskumných dát bol použitý software SPSS 17.0 a funkcie programu Microsoft Office Excel 2003. Pre negatívny výstup Skewness testu boli využívané neparametrické štatistické postupy.

Deskriptívnu štatistiku sme použili na poskytnutie informácií o mierach centrality (priemer/ priemerné hodnoty – M, smerodajná odchýlka – SD. K analýze vzájomných vzťahov medzi premennými sme použili neparametrický, Spearmanov korelačný koeficient. Pri hodnotení štatistickej významnosti bola použitá hladina významnosti $p < 0,05$.

1.2 Výsledky a diskusia

V tabuľke 1 uvádzame priemerné skóre pre jednotlivé domény DREEM - u pre hodnotenie výučbového prostredia študentami dvoch študijných odborov (Laboratórne vyšetrovacie metódy a Ošetrovateľstvo) pre a po zavedení simulačného laboratória do výučby v nelekárskych odboroch na Fakulte zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove.

Tabuľka 1 Priemerné skóre (SD) pre jednotlivé domény DREEM dotazníka

Doména	M (Pred)	SD (Pred)	M (Po)	SD (Po)
Vnímanie učenia študentom (max. skóre 48)	26,33	13,84	29,26	9,38
Vnímanie učiteľov študentom (max skóre 44)	28,89	9,10	27,77	9,91
Študentove akademické vlastné vnímanie (max skóre 32)	17,78	3,08	21,43	6,87
Študentove vnímanie atmosféry (max skóre 48)	32,36	4,49	33,31	10,07
Študentove vlastné sociálne vnímanie (max skóre 28)	15,52	3,01	17,17	7,25
Total skóre DREEM (max. skóre 200)	120,88	33,52	128,94	43,48

Hodnotenie

Zdroj: vlastný

(0-50 Veľmi zlé, 51-100 Veľmi problematické, 101-150 Viac pozitívne ako negatívne, 151-200 Excelentné).

Pred – údaje zistené pred začatím výučby / **Po** – údaje zistené po ukončení výučby

V tabuľke 2 uvádzame hodnotenie domény „**Vnímanie učenia študentom**“ študenti pred výučbou v simulačnom laboratóriu. Najhoršie hodnotenou položkou bola položku 24 (Doba vyučovania je dobre využitá) so skóre 1,37 (SD1,07). Položka 48 (Výučba je príliš orientovaná na učiteľa), patrila k negatívnym položkám a nízke skóre 1,73 (SD 1,39) znamená, že študenti s týmto tvrdením súhlasia. Po zrealizovanej výučbe všetky položky dosiahli priemerné hodnotenie nad 2 a celkové skóre pri hodnotení domény vzrástlo z 26,33 (SD 13,84) na 29,26 (SD9,38) – pozitívnejšie vnímanie. Položka 47. Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním dosiahla priemerné hodnotenie 3 (SD 0,67) a bola najlepšie hodnotená položka tejto domény po zrealizovanej výučbe v simulačnom laboratóriu. Štatistická významnosť v zlepšení hodnotenia položiek tejto domény vplyvom využitia simulačných metód bola dokázaná v položkách 13. Výučba je zameraná na študentov (0.015*), 16. Výučba pomáha rozvíjať moje schopnosti (0,013*), 24. Doba vyučovania je dobre využitá (0.006*), 47. Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním (0.005*) a 48. Výučba je príliš orientovaná na vyučujúceho (0.022*). Štatistická významnosť bola dokázaná aj pri celkovom hodnotení tejto domény (0.001*). V štúdiu realizovanej Barcelom v roku 2016 študenti ošetrovateľstva

a laboratórných metód hodnotili túto doménu celkovým skóre (27,67±5.11/48) (Barcelo, 2016).

Tabuľka 2 Hodnotenie domény „Vnímanie učenia študentom“

Číslo	Položka	M (Pred)	SD (Pred)	M (Po)	SD (Po)	p
1.	Som povzbudzovaný/á, aby som bol aktívny	2.27	1.15	2,29	0,99	0.714
7.	Učenie ma často stimuluje	2.01	1.35	2,18	0,97	0.758
13.	Výučba je zameraná na študentov	2.02	1,03	2,46	0,91	0.015*
16.	Výučba pomáha rozvíjať moje schopnosti	2,36	1,27	2,82	0,58	0.013*
20	Výučba je dobre zameraná	2.24	1.19	2,22	0,30	0.881
22.	Mám pocit, že som dobre pripravený na svoju profesiu	2,39	1,02	2,55	0,79	0.454
24.	Doba vyučovania je dobre využitá	1,37	1,07	2,27	1,37	0.006*
25.	Výučba presahuje faktické učenie	2,71	0,73	2,25	0,74	0.017*
38.	Študijné ciele sú mi jasné	2,47	1,15	2,89	0,85	0.028*
44.	Výučba ma povzbudzuje, aby som bol aktívnym študentom/študentkou	2.30	1.39	2,28	0,83	0.868
47.	Dlhodobé vzdelávanie je zdôraznené nad krátkodobým vzdelávaním	2.46	1.10	3,00	2.46	0.005*
48.	Výučba je príliš orientovaná na vyučujúceho	1,73	1,39	2,15	1,73	0.022*
Spolu		26,33	13,84	29,26	9,38	0.001*

Poznámka štatisticky významný (* $p < 0,05$)

Zdroj: vlastný

Hodnotenie: 0 - 12 Veľmi zlé, 13 – 24 Výučba je vnímaná negatívne, 25 – 36 Pozitívnejšie vnímanie, 37 – 48 Výučba má zmysel

Pred výučbou v simulačnom laboratóriu študenti v doméne „Vnímanie učiteľov študentom“ najhoršie hodnotili položku 32 – poskytovanie konštruktívnej kritiky so skóre 1,09 (SD 0,19). Ostatné položky dosiahli medzi hodnotenie medzi 2.00 a 3.00. Po realizácii výučby všetky položky v tejto doméne dosiahli priemerné skóre vyššie ak 2. Celkové priemerné skóre sa však mierne znížilo (pred 28,89 (SD 9,10) / po 27,77 (SD 9,91). ale aj napriek poklesu ostalo v celkovom hodnotení v rozmedzí hodnôt hodnotiacich doménu ako „učitelia sa posúvajú v správnom smere“ (tabuľka 3). Štatistická významnosť bola dokázaná vo všetkých položkách okrem položiek 9. Učitelia sú autoritatívni a 40. Učitelia sú dobre pripravení na svoje vyučovanie. Barcelo vo svojej štúdii pri hodnotení tejto domény uvádza celkové skóre (26,70±4.84/44) (Barcelo, 2016).

Tabuľka 3 Hodnotenie domény „Vnímanie učiteľov študentom“

Číslo	Položka	M (Pred)	SD (Pred)	M (Po)	SD (Po)	p
2.	Učitelia sú dobre vzdelaní	3.05	0.81	2,65	0,81	0.003*
6.	Učitelia sú trpezliví pri konzultácii	2,66	0,94	2,49	1,16	0.042*
8.	Učitelia študentov zosmiešňujú	2,42	1,02	2,94	0,95	0.012*
9.	Učitelia sú autoritatívni	2,81	0,78	2,73	0,76	0.490
18.	Učitelia majú dobré komunikačné schopnosti so študentami	3.38	0.61	2,49	1,01	0.005*
29.	Učitelia sú dobrí pri poskytovaní spätnej väzby študentom	2,90	0,93	2,07	0,91	0.011*

32.	Učitelia poskytujú konštruktívnu kritiku na kurze/hodine	1.09	0.19	2,23	0,68	0.004*
37.	Učitelia uvádzajú jasné príklady	3.05	0.81	2,61	0,77	0.010*
39.	Počas vyučovacích hodín sa učitelia zvyknú rozhnevať	2,98	0,69	2,44	1,02	0.011*
40.	Učitelia sú dobre pripravení na svoje vyučovanie	2,36	0,99	2,44	0,85	0.182
50.	Študenti dráždia učiteľov	2.19	1.33	2,68	0,99	0.031*
Spolu		28,89	9,10	27,77	9,91	0.015*

Poznámka štatisticky významný (* $p < 0,05$)

Zdroj: vlastný

Hodnotenie: 0 - 11 veľmi nekvalifikovaní, 12 – 22 potrebujú rekvalifikáciu, 23 – 33 posúvajú sa v správnom smere, 34 – 44 ideálny vyučujúci

V tabuľke 4 je uvedené hodnotenie domény „**Študentove akademické vlastné vnímanie**“ pred zmenou. Položky 27 (Som schopný zapamätať si všetko, čo potrebujem) a 41 (Moja zručnosť na riešenie problémov sa tu dobre rozvíja) boli hodnotené pod skóre 2. Po výučbe aj v tejto doméne dosiahli všetky položky hodnotenie priemernou hodnotou na 2. Položky 31. Naučil/a som sa veľa o empatii v mojom povolání a 45. Veľa z toho, čo som sa naučil/a sa zdá byť dôležité pre kariéru v oblasti zdravotnej starostlivosti dosiahli priemernú hodnotu nad 3. Celkové hodnotenie tejto domény v priemernom skóre vzrástlo z 18,07 (SD 6,21) na 21,43 (SD 6,87), ale aj napriek nárastu ostalo v hodnotení „viac pozitívny pocit“. Okrem položiek 10. Som presvedčený/a, že tento rok semestrom prejdem a 31. Naučil/a som sa veľa o empatii v mojom povolání bola dokázaná štatistická významnosť v hodnotení položiek tejto domény medzi výučbou pred a po výučbe v simulačnom laboratóriu aj pri hodnotení celkového skóre tejto domény (0.005*).

Tabuľka 4 Hodnotenie domény „**Študentove akademické vlastné vnímanie!**“

Číslo	Položka	M (Pred)	SD (Pred)	M (Po)	SD (Po)	p
5.	Učebné techniky (stratégie), ktoré mi vyhovovali predtým, mi vyhovujú aj teraz.	3.01	0.82	2,51	0,91	0.003*
10.	Som presvedčený/a, že tento rok semestrom prejdem	2,69	0,82	2,87	0,84	0.627
21.	Učenie pomáha rozvíjať moju sebadôveru	2.09	1.03	2,55	0,84	0.015*
26.	Práca z minulého roka bola dobrou prípravou na tohtoročnú prácu	2,61	0,92	2,25	0,92	0.024*
27.	Som schopný/á zapamätať si všetko, čo potrebujem	1.16	0.13	2,42	0,97	0.003*
31.	Naučil/a som sa veľa o empatii v mojom povolání	3.11	0.60	3,17	0,67	0.343
41.	Moje zručnosti zvládania problémov sú v tomto semestri dobre rozvíjané	1.25	0.83	2,65	0,85	0.005*
45.	Veľa z toho, čo som sa naučil/a sa zdá byť dôležité pre kariéru v oblasti zdravotnej starostlivosti	2.15	1.06	3,01	0,87	0.010*
Spolu		18,07	6,21	21,43	6,87	0.005*

Poznámka štatisticky významný (* $p < 0,05$)

Zdroj: vlastný

Hodnotenie: 0 – 8 pocit úplného neúspechu,, 9 – 16 mnoho negatívnych aspektov, 17 – 24 viac pozitívny pocit, 25– 32 sebedovomý

Záver

Simulačné metódy poskytujú štandardizáciu klinickej situácie, umožňujú študentom aplikovať vedomosti, schopnosti a praktické zručnosti, rozvíjajú kritické myslenie, klinické rozhodovanie, poskytujú okamžite spätnú väzbu, zlepšujú komunikáciu a spoluprácu v multidisciplinárnom tíme a v neposlednom rade zvyšujú ich sebadôveru a spokojnosť s vyučovaním. Použitie ľudských simulátorov v edukačnom procese sa javí ako efektívna stratégia vzdelávania. Celkovo študenti laboratórnych vyšetrovacích metód a študenti ošetrovateľstva nemali výrazne odlišné vnímanie ich akademického vzdelávacieho prostredia. Priemerné celkové skóre DREEM študentov bolo "pozitívnejšie ako negatívne" pred aj po výučbe v simulačnom laboratóriu. Celkové hodnotené skóre sa však zvýšilo z 120,88/200 na 128.94/200, čo považujeme ako pozitívny prínos vytúžia simulačných metód v príprave študentov v nelekárskych odboroch. Táto štúdia odhalila, že je potrebné ďalej zlepšovať akademické vzdelávacie prostredie študentov a venovať sa v snahe zlepšenia položkám, ktoré študenti označili ako problematické. Tieto informácie by mohli slúžiť ako základ pre zlepšenie akademického vzdelávacieho prostredia študentov. Simulačné metódy poskytujú štandardizáciu klinickej situácie, umožňujú študentom aplikovať vedomosti, schopnosti a praktické zručnosti, rozvíjajú kritické myslenie, klinické rozhodovanie, poskytujú okamžite spätnú väzbu, zlepšujú komunikáciu a spoluprácu v multidisciplinárnom tíme a v neposlednom rade zvyšujú ich sebadôveru a spokojnosť s vyučovaním. Použitie ľudských simulátorov v edukačnom procese sa javí ako efektívna stratégia vzdelávania.

Použitá literatúra:

BARCELO, J.M. *Medical laboratory science and nursing students' perception of academic learning environment in a Philippine university using Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)*. Journal of Educational Evaluation for Health Professions. 2016; 13:33 [PMC free article] [PubMed]

DELPRATO, et all. Transforming nursing education: a review of stressors and strategies that support students' professional socialization. Adv Med Educ Pract. 2011;2:109–116. <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S18359>. [PMC free article] [PubMed]

MILES, S. at all. *The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use*. Med Teach. 2012;34:e620–e634. <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2012.668625>. [PubMed]

SUNDKAT, MA. *Health sciences students' perception of the educational environment of KLE University, India as measured with the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)* J Educ Eval Health Prof. 2015;12:37. <http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2015.12.37>. [PMC free article] [PubMed]

STOUSE. SM, NICKERSON. CJ. *Professional culture brokers: Nursing faculty perceptions of nursing culture and their role in student formation*. Nurse Educ Pract. 2016;18:10–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nep.2016.01.001>. [PubMed]

ROFF.S. *The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)- a generic instrument for measuring students' perception so funder graduate health professions curricula*. Med Teach 2005;27:322-5.

Korešpondencia:

PhDr. Ľubomíra Lizáková, PhD.

Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Partizánska 1

08001 Prešov

lubomira.lizakova@unipo.sk



ROLE SESTRY MENTORKY JAKO PŘEDPOKLAD DOBRÉ PRAXE

PhDr. Hana Nikodemová

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

Souhrn:

Předložený text obsahuje prezentaci výsledků výzkumného šetření úrovně výuky mentorů při vedení Klinické ošetrovatelské praxe, provedeného u 256 studentů 1. a 2. ročníku prezenční formy magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na 2. LF UK v Praze, v červnu 2017. Záměrem šetření bylo zjistit, jak absolvování certifikovaného kurzu, přispělo k rozvinutí kompetencí mentorů a zároveň také, bylo zjistit, jak byly tyto předpoklady zhodnoceny, v jaké míře spokojenosti, byly přijaty studenty. Dále byly zjišťovány další aspekty, okolnosti, které jsou pro studenty důležité při posuzování spokojenosti při absolvování Klinické ošetrovatelské praxe. A právě výsledky vlastního šetření jsou záměrem tohoto sdělení.

Klíčová slova:

Mentor; Student; Certifikovaný kurz; Kompetence; Praktická výuka ošetrovatelství; Ošetrovatelství.

Úvod:

V současné době stále vnímáme problematiku praktické přípravy v klinické praxi jako klíčovou, již tradičně ji věnujeme mimořádnou pozornost. Mentorstvím se na 2. LF UK zabýváme dlouhodobě. V souvislosti se stále se zvyšujícími požadavky na zkvalitňování pregraduální přípravy sester rovněž tak u studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na 2. LF UK, vzhledem k dlouhodobému cíli udržet a nadále zvyšovat kvalitu výuky i vědy, tak, aby 2. lékařská fakulta byla moderní vzdělávací a vědeckovýzkumnou institucí evropského formátu, je i trvale problematika mentoringu klinické ošetrovatelské praxe významná. Podstatou našich šetření bylo, nejen zjistit, jak absolvování certifikovaného kurzu přispívá k rozvinutí kompetencí mentorů, ale i zároveň také zjistit, jak byly tyto předpoklady zhodnoceny, v jaké míře spokojenosti, byly přijaty studenty na 2. LF UK v magisterském studijním programu Všeobecné lékařství. Pro účely našeho sdělení a přehlednost předloženého textu, budou uvedeny zejména výsledky, v jaké míře spokojenosti byly přijaty tyto kompetence studenty v magisterském studijním programu Všeobecné lékařství, na 2. LF UK, při absolvování ošetrovatelské praxe, vedené mentory klinické praxe ve FN Motol.

Vlastní text

Organizace šetření a metodika:

Vlastní šetření proběhlo v červnu 2017. Oslovených bylo celkem 362 respondentů (studentů) tj. 100 % z 1. a 2. ročníku, prezenční formy v magisterském studijním programu Všeobecné lékařství na 2. LF UK, z čehož spolupracovalo 256 respondentů tj. 70,72%, přičemž s námi nespupracovalo nebo odpovědělo neuceleně v dotazníkovém šetření 106 respondentů tj. 29,28% respondentů.

Studentům byl zadán jednoduchý, srozumitelný anonymní dotazník, vlastní konstrukce, jehož zjišťovací položky byly uzavřené a polouzavřené, případně byly doplňovány vlastním vyjádřením studenta. Dotazník celkem obsahoval 23 položek, studenti se vyjadřovali na škále od 1 do 5 (kde hodnota 1 znamenala výborně a hodnota 5 nedostatečně; jako známkování ve škole). Studenti byli osloveni elektronicky.

Následně byla data statisticky testována v programu STATISTICA CZ 12, byly stanoveny p hodnoty Yatesova korigovaného chí-kvadrátu a vypočítány koeficienty Goodman – Kruskalova gama pro párovou analýzu dat.

Charakteristika souboru:

Soubor respondentů tvořili studenti, 1. a 2. ročníku prezenční formy magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na 2. LF UK v Praze. Dotazník byl distribuován celkem 362 studentům. Dotazník vyplnilo a odevzdalo celkem 256 studentů, návratnost tedy činila 70,72%. Zastoupení mužů v souboru studentů činilo 47,27%, zastoupení žen 52,73%.

Tab. 1: Pohlaví studentů

Kategorie	Četnost (n)	Relativní četnost (v %)
muži	121	47,27
ženy	135	52,73
Celkem:	256	100

Tab. 2 : Věková struktura studentů

Kategorie	Četnost (n)	Relativní četnost (v %)
19 let	94	36,72
20 let	7	2,73
21 let	27	10,55
22 let	61	23,80
23 let	36	14,06
24 let	11	4,30
25 let	9	3,52
26 let	7	2,73
27 let	3	1,17
28 let	1	0,39
Celkem:	256	100

V tabulce č. 2 jsou uvedeny četnosti v jednotlivém věku studentů. Studenti byli zastoupeni ve věku od 19 do 28 let. Průměrný věk studentů byl 21,26 let. Nejpočetnější zastoupení studentů bylo ve věku 22 let (23,8%).

Tab. 3: Oddělení klinické ošetrovatelské praxe

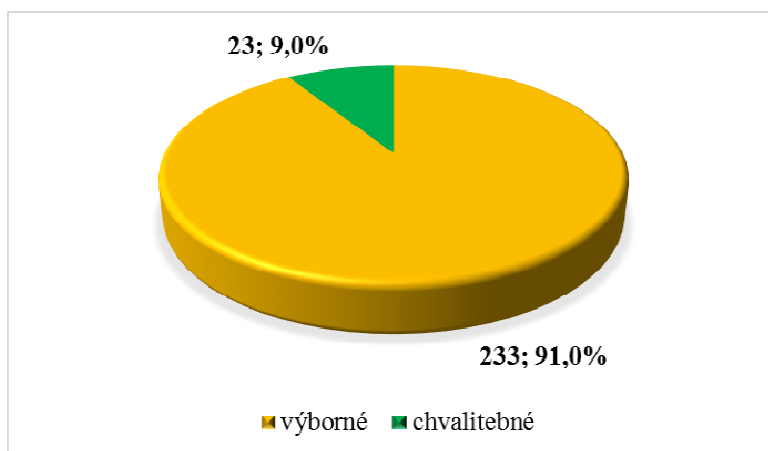
Kategorie	Četnost (n)	Relativní četnost (v %)
Chirurgické	192	75
Interní	64	25
Celkem:	256	100

Z výše uvedené tabulky č. 3 je patrné na jakých pracovištích FN Motol probíhala praxe studentů.

Vybrané výsledky vlastního šetření:

Výsledky vlastního šetření jsou vizualizovány v následujících výšečových diagramech.

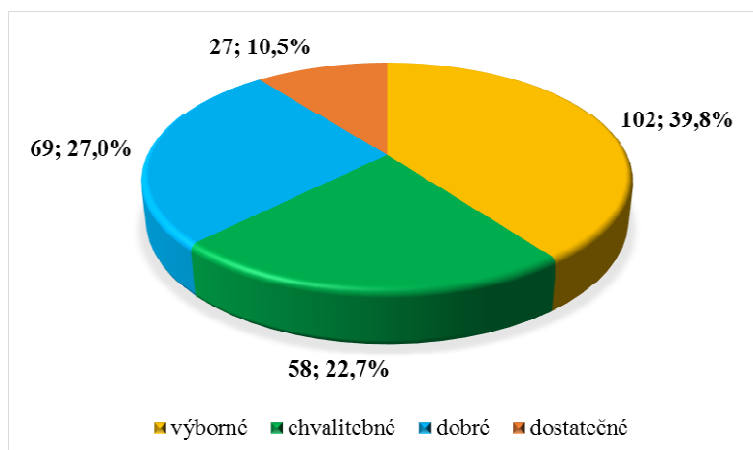
Obr 1: Hodnocení profesně zdravotnických dovedností mentora



Z obrázku č. 1 vyplývá, že všichni studenti deklarovali úroveň výuky mentora jako výbornou.

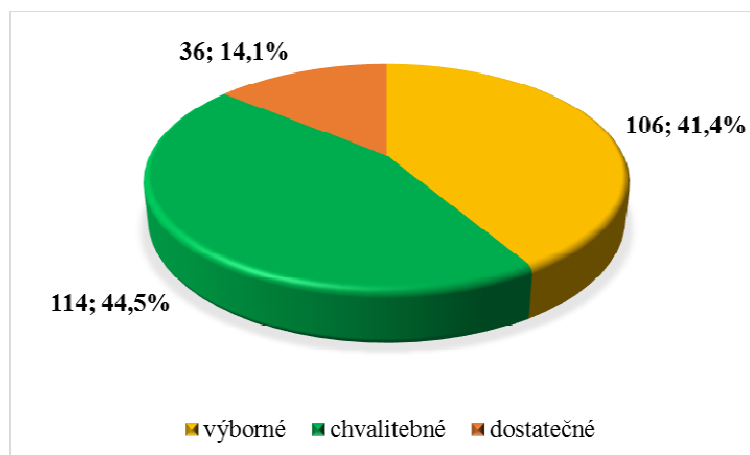
Studenti se vyjadřovali k otázce: "Jak hodnotíte úroveň výuky mentora / ky při vedení Vaší klinické ošetrovatelské praxe?" Nejdříve hodnotili teoretické znalosti, kde všichni studenti uvedli hodnocení "výborné" (n = 256; 100%). V druhé části této otázky hodnotili profesní zdravotnické dovednosti, kde 91% studentů uvedlo hodnocení "výborné" a zbytek (9%) studentů uvedl hodnocení "chvalitebné". Průměrná známka za profesně zdravotnické dovednosti mentora byla 1,09.

Obr. 2: Hodnocení důrazu mentora/rky na propojení teoretických znalostí, praktických dovedností a postojů v průběhu praxe



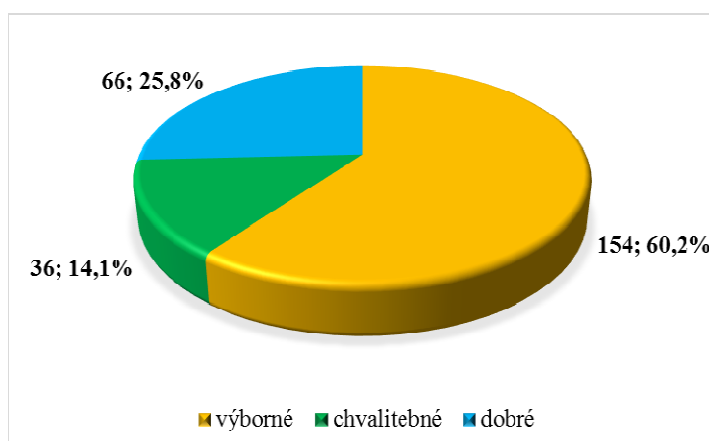
Z obrázku č. 2 je patrné, že nejvíce je zastoupeno hodnocení "výborné" (39,8%), dále hodnocení "dobré" (27%), hodnocení "chvalitebné" (22,7%) a nakonec hodnocení "dostatečné" (10,5%). Průměrná známka týkající se důrazu mentora / rky na propojení teoretických znalostí, praktických dovedností a postojů v průběhu praxe byla 2,08.

Obr. 3: Hodnocení spolupráce s mentorem v průběhu klinické ošetrovatelské praxe



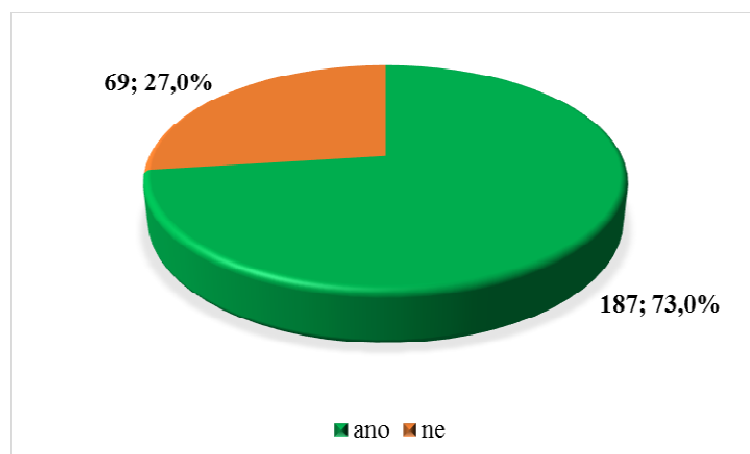
Z obrázku č. 3 je patrné, že u studentů, kteří hodnotili spolupráci s mentorem, převažuje hodnocení „chvalitebné“ (44,5%), pak následuje odpověď "výborné" (41,4%) a nakonec odpověď "dostatečné" (14,1%). Průměrná známka ve spolupráci s mentorem během praxe byla 1,9.

Obr. č. 4: Hodnocení schopnosti mentorů vytvořit odpovídající klima na praxi, pozitivní vztah?



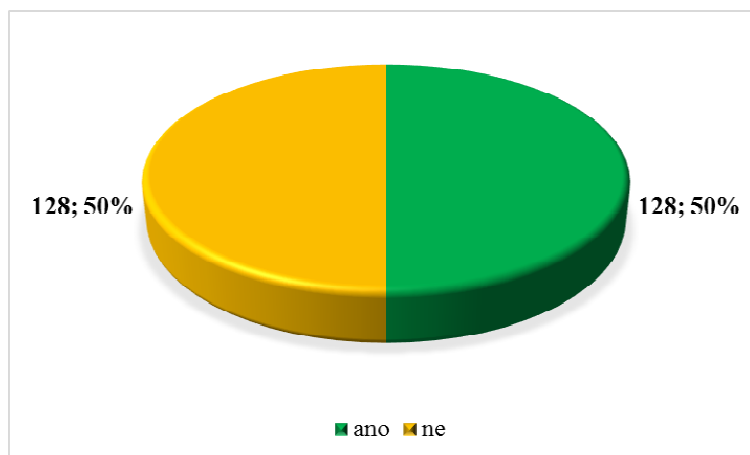
Z obrázku č. 4 vyplývá, jak studenti hodnotí schopnost mentorů vytvořit odpovídající klima na praxi. Studenti se v převážné většině (60,2%) v této důležité poloze vyjádřili hodnocením "výborné", ve 14,1% jako "chvalitebné" a ve 25,8% jako "dobré". Průměrná známka hodnocení studenty byla 1,7.

Obr. 5: Názor studentů na to, zda mentor/rka využíval/a efektivně zpětnou vazbu



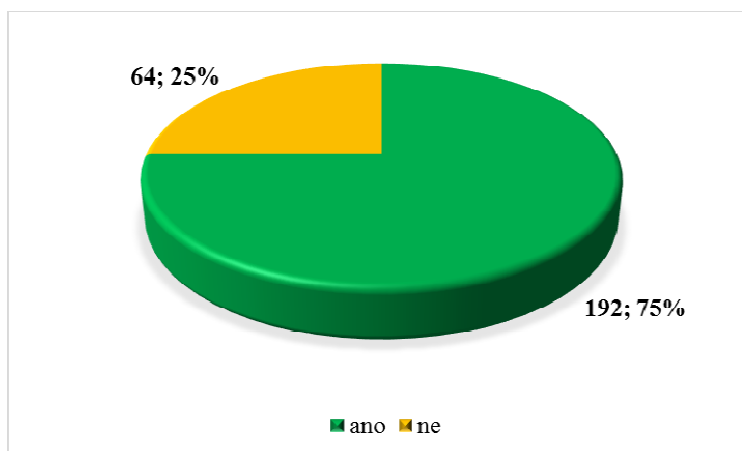
Z obrázku č. 5 vyplývá, dle 73 % studentů, že mentor / rka využíval / a efektivně zpětnou vazbu ke zlepšení pochopení prováděného výkonu a zbývajících 27% studentů si to nemyslí. Pouze v jednom případě jsme zaznamenali i volnou odpověď, kde student se vyjádřil, že mentor / rka byl / byla pedagogicky zdatná.

Obr. č. 6: Splnila Klinická ošetrovatelská praxe Vaše očekávání?



Z obrázku č. 6 vyplývá, že polovina studentů (50%) uvedla odpověď "ano", přičemž studenti se vyjadřovali, že neměli žádná očekávání a byli mile překvapeni, že měli opět možnost předvedení výkonu a měli možnost si tuto činnost osvojit, případně, že všechno bylo v pořádku. Druhá polovina studentů (50%) uvedla odpověď "ne" a nepodala žádné vysvětlující doplnění.

Obr. č. 7: Názor na přínos ošetrovatelské praxe



Z obrázku č. 7 je patrné, že na tuto klíčovou položku odpovědělo kladně 75% studentů a záporně 25% studentů. Studenti, co odpověděli kladně, uváděli, že jsou rádi, že mohli praxi absolvovat, že si procvičili teoreticky i prakticky ošetrovatelské intervence a že to byla jejich první zkušenost s nemocným a také oceňovali, že bylo možné si ověřovat a procvičovat praktické výkony. Studenti, co odpověděli záporně, neuvdli žádné doplňující vysvětlení své odpovědi.

Diskuse, Závěr:

Podle našich zjištění hodnotila většina studentů teoretické a profesní zdravotnické dovednosti mentora / rky klinické ošetrovatelské praxe *velmi pozitivně*.

Studenti se také vyjadřovali k položce: "*Domnívám se, že komunikační dovednosti mentora / ky napomáhají k efektivnímu zvládnání eventuálních problémů?*"

Velmi potěšujícím zjištěním je vyjádření *celkového počtu studentů*, (100%, n = 256), že odpověděli "ano" na skutečnost, že komunikační dovednosti mentora / ky napomáhají k jejich efektivnímu zvládnutí eventuálních problémů a nejčastěji uváděli, že jejich komunikace byla srozumitelná a efektivní, rovněž i že jim to pomohlo v navázání komunikace s pacientem.

Poslední otázka v dotazníku pro studenty zněla: "*Napište prosím Vaše názory, postřehy, zkušenosti, konstruktivní návrhy, vedoucí ke zlepšení výuky Klinické ošetrovatelské praxe*". Celkem 25% studentů neodpovědělo. Ostatní studenti uváděli odpovědi, které se dají shrnout následovně: dle vyjádření 26,6% studentů je praxe přínosná, 12,5% studentů uvedlo, že se během praxe naučili nové dovednosti, celkem pro nás nově objevujícím se méně příjemným zjištěním je, že téměř 8% studentům vadí přístup spolužáků, kterým se nechce nic dělat a 28,1% studentů by *uvítalo více praxe*.

Příznivým zjištěním je i *pozitivní* vyjádření u většiny studentů k hodnocení spolupráce s ostatními zdravotnickými pracovníky v průběhu klinické ošetrovatelské praxe, potěšující zjištění je i u položky, týkající se hodnocení schopnosti mentorů vytvořit odpovídající klima na praxi, 60, 2 % *respondentů* je hodnoceno jako „výborné“, rovněž velmi pozitivní zjištění jsme zaznamenali u hodnocení schopnosti mentora motivovat studenta a nepochybně příznivým zjištěním je u 75 % studentů fakt, že považují ošetrovatelskou praxi za přínosnou.

Lze konstatovat, že prostřednictvím dotazníkového šetření byla provedena evaluace výuky, spolupráce a úrovně komunikace mentorů se studenty. V rámci vlastního šetření u respondentů, na 2. LF UK byla zjištěna vysoká míra připravenosti mentorů k realizaci praktické výuky studentů.

Nicméně budou i nadále zajišťována pravidelná tradiční setkávání s mentory, zaměřená na posilování pozic v oblasti mentorství.

„Učitel i žák mají mít týž cíl: prospěch, který má jeden přinášet, druhý získávat.“ Lucius Annaeus Senec

Použitá literatura:

ALEXANDER, M. F. - RUNCIMAN, P. J. 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, 57 s. ISBN 80-7013-392-9.

ANTOHE, I. - RIKLIKIENE, O. - TICHELAAR, E. – SAARIKOSKI, M. 2016. Clinical education and training of student nurses in four moderately new European Union countries: Assessment of students' satisfaction with the learning environment. In *Nurse Education in Practice*. 2016; 17:139–144.

BUCKLEY, R. – CAPLE, J. 2009. *The theory and practice of training*. 6th ed. London: Kogan Page, 2009, 353 p. ISBN 978-0-7494-5419-7.

CERTIFIKOVANÝ KURZ PRO PŘÍPRAVU MENTORŮ KLINICKÉ PRAXE A ŠKOLITELŮ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ. 2009. Vzdělávací program. Praha : Fakultní nemocnice v Motole, 2009. 32 s.

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3., upravené a dopl. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X.

JIRKOVSKÝ, Daniel, ed. Sborník pomocných učebních textů a výukových prezentací Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání: (recenzovaný sborník) [CD-ROM]. vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2011. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-87347-04-1.

Korespondence:

PhDr. Hana Nikodemová
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
hana.nikodemova@lfmotol.cuni.cz

PhDr. Andrea Bratová, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84
150 06 Praha 5 – Motol
andrea.bratova@lfmotol.cuni.cz

VYUŽITIE E-LEARNINGU V PROFESIJNEJ PRÍPRAVE SESTIER

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, TnUAD v Trenčíne

Súhrn:

Ošetrovateľská prax podlieha rýchlemu rozvoju. Aj do ošetrovateľstva prenikajú nové technológie, materiály, postupy a pomôcky. Ošetrovateľské postupy a techniky sú kontinuálne vedecky overované a modifikované podľa modernizácie prístrojov, pomôcok, materiálov a potrieb pacientov. Vzdelávanie sestier musí „držať krok“ s rozvojom zdravotníctva a nepretržite implementovať nové poznatky vyplývajúce z praxe založenej na dôkazoch do výučby. Vďaka moderným technológiám sa do vzdelávania implementujú nové vyučovacie metódy a používanie moderných didaktických pomôcok a učebníc.

Výučba ošetrovateľských postupov a techník umožňuje skĺbiť moderné technológie s nácvikom ošetrovateľských zručností. Nejde len o získanie zručnosti ako takej a jej manuálne precvičovanie, ale aj o pochopenie významu výkonov, a to v súvislostiach s ich indikáciou alebo kontraindikáciou, posúdením a prípravou pacienta, predvídaním potenciálnych komplikácií a ich predchádzaním správne vymedzenými a logickými krokmi. Ideálne je, ak študent nadobúda ošetrovateľské zručnosti v kontexte ošetrovateľského procesu. Je dôležité, aby si vedel konkrétny výkon spojiť s jednotlivými krokmi ošetrovateľského procesu - s posúdením pacienta, aktuálnymi a potenciálnymi ošetrovateľskými diagnózami, s očakávanými výsledkami a záznamom do dokumentácie. Každý výkon má svoju logickú postupnosť krokov. Ak študent pochopí, že jednotlivé kroky musia na seba nadväzovať v určitom poradí a metodika výkonu nie je náhodná, ale vedecky overená a zdôvodniteľná, je predpoklad, že takto naučený výkon bude realizovať aj v praxi. Potreba plánovania a kritického myslenia pri realizácii ošetrovateľských výkonov umožňuje implementáciu e-learningu aj do výučby práve tohto predmetu. Výhodou e-learningového vzdelávania je dostupnosť výučbového materiálu, jednoduché vyhľadávanie pomocou kľúčových slov a slovníka, výučba v súvislostiach, tréning kritického myslenia na základe logických úloh a okamžitej spätnej väzby.

Kľúčové slová: E-learning. Ošetrovateľstvo. Vzdelávanie.

USE OF E-LEARNING IN PROFESSIONAL PREPARATION OF NURSES

Summary:

Nursing practice tends to rapid development. New technologies, materials, procedures, and tools are also introduced into nursing. Nursing procedures and techniques are continuously scientifically verified and modified according to the modernisation of patients' devices, tools, materials and needs. Nursing education should keep pace with the development of health care and continually implement new knowledge from practice based on evidence based practice. Thanks to modern technologies, new teaching methods, modern didactic aids and textbooks are being implemented in education.

Teaching the course Nursing Procedures and Techniques allows students to unite advanced technologies with the practice of nursing skills. However, it is not purely about the acquisition of skills, is also about the understanding the importance of performance in terms of indication or contraindication of performance, by patient assessment and preparation, of anticipating possible complications and their prevention by properly defined reasonable steps. It is optimal for the students to be taught nursing skills in the context of nursing process. It is important for them to be able to associate the specific performance with the patient's assessment, current and potential nursing diagnoses, and take down the expected outcomes in patient reports. Each performance

has logical sequence of steps. If students understand that steps must follow in a certain order, and the methodology of each performance is not accidental but scientifically valid and justifiable, we assume that they understand the performance they learned and they will apply it in their nursing practice. The need for planning and critical thinking in the realisation of nursing performance enables the implementation of e-learning also in the teaching of this subject. The advantage of e-learning education is the availability of learning material, simple search by means of keywords and dictionary, learning in contexts, training critical thinking based on logical tasks and immediate feedback.

Keywords: E-learning. Nursing. Education.

Tento príspevok bol vytvorený realizáciou projektu KEGA "E-learningová interaktívna učebnica ošetrovateľských intervencií" projekt č. 009TnUAD-4/2017.

Použitá literatúra:

ANA (2010) *Nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, Maryland: ANA American Nurses Association.

FRK, B. (2010) E-learning a online vzdelávanie dospelých. In *Pedagogika.sk*, 2010, roč. 1, č. 2, s. 107-122.

İLKEY, A.Ö. - ZEYNEP, C.O. (2014) Impacts of E-learning in Nursing Education: In the Light of Recent Studies. In: *International Journal of Nursing and Health Sciences*, 2014, Vol:8, No:5, pp 1285 – 1287.

KOPECKÝ, K. (2006) *E-learning (nejen) pro pedagogy*. Olomouc : HANEX. ISBN 80-85783-50-9.

KVĚTOŇ, K. (2003) *Základy e-Learningu*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7042-986-0.

LÍŠKOVÁ, M. (2016) E-learningové a tradičné vzdelávanie v ošetrovatelstve. In: *Zdravotnícke listy*, ISSN 1339-3022, 2016, roč.4, č.1, s. 13 – 18.

McGONIGLE, D - MASTRIAN, K. (2009) *Nursing informatics and the foundation of knowledge*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

McKENZIE K. – MURRAY A. (2010) How e-learning can enhance learning opportunities in nurse education. In *Nursing Times*; 106: 5.

NICHOLSON, E., A. (2012) "E-Learning in Nursing: The Effectiveness of Interactivity" *Antonian Scholars Honors Program*. [online]. Paper 8. [cit.2018-02-15]Dostupné z: http://sophia.stkate.edu/shas_honors/8

O'NEIL, C. A. - FISHER, CH., A. - NEWBOLD, S. K. (2009) *Developing online learning environments in nursing education*. New York, New York: Springer Publishing Company.

ROHLÍKOVÁ, L. - VEJVODOVÁ, J. (2012) *Vyučovací metody na vysoké škole*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9.

Korešpondencia:

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne

Študentská 2

911 50 Trenčín

Email: katarina.gerlichova@tnuni.sk

PROJEKTOVÉ VYUČOVÁNÍ VE VÝUCE VŠEOBECNÝCH SESTER

Mgr. Petra Sedlářová
 Mgr. Šárka Kazdová
 Ústav ošetřovatelství 3. LF UK
 ZŠ a ZUŠ Líbeznice

Souhrn

Projektové vyučování je metoda, která dokáže velmi dobře propojit teorii s praxí, studenta vede k samostatné práci a učí ho řešit problémy komplexně. Literatura často řeší zařazení projektů do výuky na základních a středních školách. S výhodou je však můžeme aplikovat i na škole vysoké.

Příspěvek na příkladu ukáže, jak lze využít projektového vyučování ve výuce všeobecných sester. Jedná se o projekt, který vznikl ve spolupráci se ZŠ a ZUŠ v Líbeznici. Studenti během projektového výstupu procvičují prvky komunikace, zdravotní výchovy a herní terapie. Hlavním cílem projektu je snížit strach ze setkání s nemocným dítětem a strach z komunikace s ním. Projekt se tedy stává jakousi přípravou na praxi na dětském oddělení.

Klíčová slova

Projekt, projektové vyučování, herní terapie, zdravotní výchova, edukace.

1 Projekt, projektové vyučování

„Projekty a samostatné práce představují v učitelově arzenálu zbraně palebné síly. Mohou dostřelit vskutku daleko – pokud jsou správně zaměřeny. Málokterá metoda umožňuje učitelům rozvíjet tak širokou škálu dovedností – a málokterá mu dává větší příležitost promarnit množství času špatně řízenými činnostmi.“ (Petty, 1993)

Pod pojmem projekt rozumíme komplexní, reálný a smysluplný úkol, s nímž se student identifikuje a přebírá za něj odpovědnost, a jehož cílem je konkrétní výstup. Studenti při řešení úkolu získávají zkušenosti samostatnou teoretickou a praktickou činností, při níž je třeba využít znalostí a dovedností z různých oborů. (Lojdrová, 2012)

1.2 Zařazování na vysoké školy, běžné výstupy

Pro výuku na vysoké škole jsou typické projekty výzkumného charakteru, které jsou zadávány jako seminární, ročníkové, nebo závěrečné práce. (Rohlíková, 2012)

Běžným výstupem je písemně zpracovaná práce, prezentace nebo poster. Někdy jsou zpracovávány různé edukační materiály, nejčastěji ve formě letáků. Mohou to být ale i edukační plakáty, edukační videa apod.

2. Projekt – Základní nácvik prvků komunikace s dětmi, zdravotní výchovy a herní terapie

Projekt je určen pro studenty 3. ročníku oboru Všeobecná sestra. Během projektové výuky jsou integrovány předměty Ošetřovatelské postupy se zaměřením na pediatrii, Ošetřovatelství v pediatrii, Odborná praxe v semestru se zaměřením na pediatrii a řada dalších oborů, jako je pedagogika, komunikace, psychologie.

2.1 Proč vznikl projekt Základní nácvik prvků komunikace s dětmi, zdravotní výchovy a herní terapie?

Během prvních praxí na dětském oddělení jsme si všimli, že studenti mají velký problém v komunikaci s dětmi. Bojí se vejít na pokoj, pozdravit, začít si s nimi povídat. Když jsme se nad

problémem zamýšleli a diskutovali ho se studenty, zjistili jsme, že pro mnohé z nich je to první bližší kontakt s dítětem.

Jako řešení problému se nám jevilo zajistit, aby se studenti setkali nejprve se zdravým dítětem a teprve poté šli do nemocnice. Bohužel časová dotace předmětu neumožňuje praxe na pracovištích typu jesle, mateřské školy, družiny..., kde by byli studenti v kontaktu se zdravými dětmi a naučili by se s nimi komunikovat. Zkusili jsme tedy do výuky zařadit projekt, který spojoval několik předmětů a byl řešen během výuky ve škole, na praxi i při domácí přípravě.

2.2 Cíle projektu

Cílem projektu je, aby student:

- Ztratil ostych v komunikaci s dětmi
- Procvičil si základní prvky komunikace s dětmi
- Procvičil si prvky herní terapie a zdravotní výchovy
- Procvičil si týmovou práci

2.3 Průběh projektu

Jak již z řečeného vyplývá, projekt musí být zařazen tak, aby předcházel výuce v nemocnici. V praxi to znamená, že studenti mají na přípravu velmi malou časovou dotaci (přibližně týden). Důležitou součástí práce je proto i **předprojektová příprava**. Studenti si již před zadáním úkolu mají nastudovat kapitoly týkající se komunikace s dítětem, zaměstnávání dítěte v nemocnici, problematiku psychické přípravy dítěte k výkonu, herní terapie a edukace.

Následuje tříhodinový **přípravný blok**, kterého se zúčastní vždy jedna výuková skupina (10 – 15 studentů). Nejprve se zopakují základní pravidla komunikace s dítětem, edukace a herní terapie. Pak je zadán hlavní úkol – vytvořit edukační program pro žáky 2. třídy základní školy s cílem:

- Snížit strach z lékařského vyšetření a malých výkonů (odběr krve, extrakce stehů)
- Děti si udělají základní představu o uložení orgánů v dutině hrudní a měření pulzu
- Naučit děti správné technice mytí rukou
- Na modelu s dětmi vyzkoušet základní péči o kojence

Po zadání hlavního úkolu jsou určena témata pro práci s dětmi tak, aby vedla ke splnění základních cílů. Jakým způsobem studenti úkoly plní a program organizují, závisí na nich. Studenti si během přípravného bloku sami rozdělí úkoly po skupinkách. Výsledkem tohoto bloku je jasný plán, jak bude program vypadat, kdo co udělá, zajistí, jaké budou potřeba pomůcky...

Následuje **domácí příprava**, kdy studenti pracují na domluvených úkolech. Každý student musí přijít připraven, protože při realizaci programu má každý svoji roli a svůj úkol. Vypadne-li jedna část, může se zhroutit celý projekt.

Projekt vrcholí **realizací edukačního programu** na základní škole. Studenti se schází v 7:00, aby si do osmi hodin stihli připravit výukový prostor. Program po prvotních dobrých zkušenostech probíhá v tělocvičně základní školy. Studenti si připraví jednotlivá stanoviště – je nutné, aby využili vlastní kreativity a schopnosti improvizace. Místo stolů nám slouží švédské bedny, přebalování miminek se realizuje na žíněnkách, místo temné komory nám slouží šatna bez oken. Vzhledem k tomu, že je studentům ponechána volnost při přípravě, jednotlivé výstupy se pro různé skupiny dětí liší, ale struktura zůstává stejná. Výstup trvá přibližně 60 - 70 minut pro jednu třídu a je realizován 2x každou studijní skupinou.

Během programu jsou děti rozděleny do skupin přibližně po šesti a pracují na pěti stanovištích. Dochází k relativně rychlému střídání činností, aby udržely pozornost. Jsou oblečené v bílých tričkách, na některých stanovištích pak dostávají rukavice, ústenky a čepice. Během programu mezi jednotlivými stanovišti přechází. Aby nedocházelo k organizačním zmatkům, někteří studenti

mají na starosti právě organizaci přesunu dětí. K přesunu dochází v kruhu na smluvené znamení (např. písnička, píšťalka...).

Základní struktura výstupu odpovídá základní struktuře standardní výukové jednotky.

Začínáme společným úvodem, kdy se studenti představí, seznámí děti s náplní programu a organizací. Velmi důležité je právě smluvení si signálu k přesunu.

Poté děti začínají pracovat na stanovištích. Jednotlivá stanoviště jsou zaměřena na zdravotní výchovu a herní terapii. Děti si zkouší tyto výkony:

- Nácvič správného mytí rukou (zdravotní výchova)
- Přebalování miminka (zdravotní výchova)
- Měření srdečního tepu - apikální, periferní, klidový, po zátěži, umístění srdce v hrudníku (herní terapie, zdravotní výchova)
- Odběr krve (herní terapie)
- Extrakce stehů (herní terapie)

Následuje krátké opakování a reflexe formou hry.

2.4 Jak je program vnímán zúčastněnými

Jak vnímají program studenti (P. Sedlářová)

Program je studenty vnímán velmi pozitivně. Studenti často popisují, jak přichází se strachem, který během dne postupně odbourávají. Při pozorování studentů vyučujícím je znát zřetelný rozdíl mezi výstupem před první a před druhou třídou. Při výuce v první třídě panuje nervozita, někdy i trochu zmatek. Atmosféra se postupně uvolňuje. Během výuky ve druhé třídě se studenti přestávají bát, na základě zkušenosti program dle potřeby upraví a výukový blok probíhá velmi pohodově.

Studenti oceňují hlavně možnost kontaktu s dítětem ještě před nástupem do nemocnice. Vzhledem k tomu, že se jedná o netradiční typ výuky, těší se a užívají si to. S velkým nadšením připravují „zápočtové listy“ nebo „indexy“, shání razítka, samolepky, malují výukové obrázky, šijí stehy....

Velmi přínosná je pro studenty i zpětná vazba od dětí a pocit, že to mělo smysl. Získávají jí jednak formou hry v rámci reflexe na konci výstupu a jednak formou obrázků, o které děti požádají. Když studenti obrázky dostanou, s nadšením si je prohlížejí, zjišťují, co se dětem líbilo nejvíce a často si některý nechají na památku.

Jak vnímají program děti ze základní školy (Š. Kazdová)

Projekt vytvořený a zajištěný studenty a studentkami oboru Všeobecná sestra se žákům druhého ročníku velmi líbil a náramně si ho užili.

Naprosto úžasný byl již první moment, kdy děti obdržely gumové rukavice a roušku na ústa. Tehdy hra dostala nádech opravdovosti.

Žáci velmi pozorně poslouchali výklad studentů na daném stanovišti, nebáli se klást otázky k tématu a velmi iniciativně se zapojovali do her.

Na všech stanovištích byl vidět zájem a chuť spolupracovat, ale největší úspěch zaznamenala 3 místa: nácvič správného mytí rukou, extrakce stehů a na prvním místě odběr krve. Kdo by si nechtěl vyzkoušet odebrat krev, když není jeho vlastní a ani druhého to nebolí?

Úspěch projektu dokazuje i fakt, že si děti ještě několik týdnů hrály o přestávkách i v družině na lékaře, sestřičky a pacienty.

Pohled učitele základní školy (Š. Kazdová)

Z pozice kantora vnímám tento program velmi pozitivně.

Je velmi vhodně zařazen do 2. ročníku ZŠ, kde je v souladu s tématy: Člověk - skládání modelu vnitřních orgánů a měření srdečního tepu, Nemoc - odběr krve, Úraz - extrakce stehů, Hygiena a čistota - nácvik správného mytí rukou a péče o miminko.

Velmi oceňuji precizní přípravu studentů a jejich vedoucího pedagoga.

Celý program byl mimořádně kvalitní a efektivní.

Studenti dodrželi pravidlo 10 minut, kdy je žák tohoto věku schopný plně vnímat a soustředit se na jednu činnost, pak následovala výměna stanoviště a nová aktivita.

Nemohu nezmínit vstřícnost studentek k žákům, jejich ochotu a profesionalitu s jakou se dětem věnovaly a odpovídaly na různé všetečné otázky.

Projekt byl velkým obohacením výuky, neboť sám učitel není schopen pro 30 žáků připravit takto atraktivní hodinu.

Zajímavá a obohacující byla i pozice kantora coby pozorovatele svých žáků při výuce, takových momentů během školního roku příliš není.

Bylo by vynikající, kdyby se tento projekt mohl zařadit mezi pravidelné aktivity při výuce prvouky ve 2. ročníku ZŠ. Děti si hravou formou zopakují učivo, dozví se nové informace a určitě se, alespoň někteří, zbaví strachu z lékařů, sestřiček a zdravotnických úkonů.

Pohled učitele vysoké školy (P. Sedlářová)

Jako učitel, který vyučuje praxi v nemocnici, vnímám program jednoznačně pozitivně. Mohu srovnávat první den na praxi před zahájením a po zahájení programu. Jako zásadní rozdíl vnímám to, že se výrazně snížil strach z prvního kontaktu s dítětem. Dříve jsem běžně řešila, že se student bál vstoupit na pokoj a vyžadoval, abych tam šla s ním. Nejednou jsem řešila problematiku jak pozdravit, zda dítěti tykat nebo vykat....

Od zahájení tohoto projektu mě nikdo ze studentů nepožádal, abych šla na pokoj prvně s ním. Na praxi již není potřeba řešit problematiku základní komunikace s dítětem (zdravení, tykání apod.). Pravděpodobně proto, že studenti o problematice nejen slyší a diskutují jí během semináře, ale hlavně si to vyzkouší.

Za vedlejší, avšak neméně důležitý přínos považuji, že vidím, jak jsou studenti v jednotlivých studijních skupinách schopni spolupracovat a mohou identifikovat jednotlivé typy osobností.

Velmi pozitivně vnímám i to, že se podařilo propojit přínos pro studenty ošetřovatelství a žáky základní školy.

2.5 Limity

Za základní limity práce na zmíněném projektu lze označit:

- Organizační náročnost – je nutné zkoordinovat výuku na vysoké škole (resp. 3 studijních skupin) s výukou na základní škole (resp. 6 tříd). V době realizace projektu musí být volná tělocvična, což naruší výuku TV na základní škole. Dále je potřeba velké množství pomůcek (modely, nástroje, obvazový materiál, pomůcky osobní ochrany...) – nesmíme nic zapomenout, musíme je dopravit do základní školy a zpět, zajistit jejich funkčnost....

- Finanční náročnost – během projektové výuky odučí přibližně 50 studentů 180 žáků. Při zařazování prvků herní terapie je dobré, aby děti měli možnost vzít si rukavice, ústenky, čepice; každý žák si zkusí do zkumavky nabrat krev... Díky vstřícnosti základní školy se na projektu bude od letošního roku finančně podílet i ona (dětmi zakoupí ústenky, čepice, rukavice).
- Nízká časová dotace a „málo času“ před zahájením praxe – příprava i výstup musí proběhnout během prvních 2 týdnů semestru, aby se neztratil smysl celého projektu. Studenti 3. výukový týden odchází na praxi do nemocnice.

2.6 Vize

Na základě zkušeností z projektového vyučování a propojování různých typů výuky chceme v rámci nového kurikula zařadit více projektů. Významné by mělo být jejich zařazení hlavně v předmětu Výchova ke zdraví (praktika, praxe).

Závěr

Projektové vyučování lze s řadou výhod zařadit i do výuky na vysoké škole. Pro zdárný průběh výuky je nutné, aby byl projekt vyučujícím velmi dobře promyšlen a připraven. Zadání úkolu musí být jasné a jednoznačné. Velmi důležitá je motivace a přebrání odpovědnosti studenty za konečný výstup.

Na 3. lékařské fakultě se snažíme do výuky zařadit různé typy projektů. Projekty, kdy studenti v rámci projektového výstupu učí někoho jiného (ať jsou to děti, nebo studenti jiného oboru), patří mezi nejzdařilejší. V příspěvku zmíněný projekt plní svůj účel a je pozitivně vnímán všemi zúčastněnými.

Použitá literatura

PETTY, G. *Moderní vyučování*. Praha, Portál 1996. ISBN 80-7178-978-X.

LOJDOVÁ, K. *Projektové vyučování*. Skripta ke kurzu 13. 12. 2012. Dostupné na: <https://kalkaloidova.weebly.com/studijniacute-materiaacuteely.html>, 12.7.2018.

ROHLÍKOVÁ, L.; VEJVODOVÁ, J. *Vyučovací metody na vysoké škole*. Praha, Grada 2012. ISBN 978-80-247-4152-9.

KOLEKTIV AUTORŮ (Tým Channel Crossing) *Projektové vyučování*. Metodická příručka. Dostupné na: http://www.kurzyprocitele.cz/downloads/metodiky/Methodika_4_ProjektoveVyucovani.pdf, 12.7.2018.

Korespondence:

Mgr. Petra Sedlářová
Ústav ošetřovatelství 3. LF UK
Ruská 87
100 00 Praha 10
petra.sedlarova@lf3.cuni.cz

SPOLOČENSKO-POLITICKÉ POMERY V ROKOCH 1918 - 1939 A ICH VPLYV NA STAV VZDELÁVANIA V OBLASTI OŠETROVATEĽSTVA NA SLOVENSKU

prof. PhDr. Marta Dobrotková, CSc.
Katedra histórie FF, TU v Trnave

Súhrn: V období pred vznikom prvej Československej republiky prechádzalo zdravotníctvo na našom území zložitým vývojom. Príčin bolo viacerých, predovšetkým nedostatočná starostlivosť o verejné zdravie počas Rakúsko-uhorskej monarchie, nedostatok lekárov a nerozvinutá zdravotná starostlivosť vo vzdialenejších končinách a oblastiach Slovenska a nedostatok stredného zdravotného personálu. Vznikom samostatného Československa sa vytvorili nové podmienky pre riešenie problémov vo všetkých spoločenských sférach, tak aj v zdravotníctve. Už 11. novembra 1918 bolo zákonne vytvorené Ministerstvo verejného zdravia a telovýchovy, ktorého prvým ministrom sa stal Slovak dr. Vávro Šrobár. Základnými úlohami ministerstva bolo zlepšiť celkový zdravotný stav obyvateľstva, znížiť vysokú dojčenskú úmrtnosť, likvidovať vysoký počet infekčných ochorení a alkoholizmus, ale aj zabezpečiť dostatok skúsených lekárov a sestričiek - ošetrovateliek. V neposlednom rade bolo úlohou ministerstva aj postarať sa o školenie pre stredný zdravotný personál, čo sa však okrem rehoľného vzdelávania na štátnej úrovni podarilo až v roku 1933 otvorením dvojročnej odbornej školy v Ústave M. R. Štefánika v Turčianskom Sv. Martine pre vzdelávanie a praktickú výučbu sestričiek a ošetrovateliek.

Kľúčové slová: dejiny, vzdelávanie, zdravotnícke školstvo, sestry.

SOCIO-POLITICAL SITUATION BETWEEN THE YEARS 1918 AND 1939 AND ITS IMPACT ON EDUCATION IN THE AREA OF NURSING IN SLOVAKIA

Summary: In the period of time before the establishment of the first Czechoslovak Republic there had been many problems with healthcare in the territory of what is now Slovakia. The reasons had been numerous, mainly inadequate public healthcare during the Austro-Hungarian empire, lack of physicians and insufficient healthcare in more remote areas of Slovakia as well as lack of mid-level healthcare staff. The establishment of an independent Czechoslovakia brought new conditions for solving issues in all social spheres including healthcare. As early as the 11th of November 1918 the Ministry of Public Health and Physical Education was created by law and a Slovak, Dr. Vávro Šrobár, became its first leader. The ministry had several basic tasks including improving the overall health of the citizens, reducing the high mortality rate of infants, eliminating the high number of infectious diseases and alcoholism as well as securing an adequate number of experienced physicians and nurses. Last but not least the ministry's mission was to facilitate appropriate education for mid-level healthcare staff. However, on a state level this mission hadn't been accomplished until 1933 when the two-year vocational school in the Institute of M. R. Štefánik in Turčiansky Sv. Martin was established, which provided education and practical training of nurses and home-nurses. Before this year this type of education had been provided only by religious organizations.

Key words: History, Education, Health School System, Nurses

Úvod

Vznik Československej republiky priniesol aj novátorský náhľad na riešenie otázok v zdravotníctve. Veľmi skoro po vyhlásení republiky 11. novembra 1918 sa prijatím zákona č. 2/1918 Zbierky zákonov a nariadení vytvorilo Ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy. Primárnymi úlohami v zdravotníctve boli likvidácia vysokého počtu infekčných ochorení, zníženie dojčenskej úmrtnosti a celkovú nápravu zdravotného stavu obyvateľstva. Ani jednu z úloh nebolo možné

splniť bez komplexného zlepšenia zdravotno-sociálnej starostlivosti, zabezpečenia uspokojujúceho počtu zdravotného personálu, ale najmä získania značnej finančnej podpory (Falisová, A., 2004, s. 365 – 366). Zákonný článok č. 11/1918 Zb. z. a n. však na druhej strane dosvedčil aj platnosť dovtedajších zákonov a právnych predpisov bývalej monarchie, čo znamenalo prevzatie právneho systému usmerňujúci objekt zdravotníctva. Pre oblasť zdravotníctva tak platil v českých krajinách rakúsky zákon z roku 1870 a na Slovensku uhorský zákon z roku 1876 a tieto sa podľa potreby iba novelizovali. Ustanovením osobitného ministerstva sa zdravotníctvo odčlenilo od niekdajšieho ministerstva vnútra. Prvým ministrom zdravotníctva sa stal Vavro Šrobár. Ako lekár a vládny činiteľ prispel aj k rozvoju zdravotníctva na Slovensku organizovaním Československého červeného kríža, bojom proti tuberkulóze a starostlivosti o zdravie detí – zriadením detského liečebného ústavu v Dolnom Smokovci. Vo funkcii profesora na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave začal budovať ústav sociálneho lekárstva a venoval sa hlavne otázkam pracovného a sociálneho lekárstva. Šrobár bol zároveň poverený vedením Ministerstva s plnou mocou pre správu Slovenska. Ministerstvo verejného zdravotníctva v období prvej československej republiky nepatrilo z pohľadu záujmu politických strán k najdôležitejším vládnym úradom. Dôkazom bolo, že ministerstvo viedli aj dvaja kňazi, jedným z nich bol napríklad aj reprezentant Hlinkovej slovenskej ľudovej strany ThDr. Jozef Tiso, tým druhým lidovec Msgr. Jan Šrámek.

Vlastný text

Organizácia ministerstva zdravotníctva prechádzala niekoľkými zmenami. Zo začiatku malo ministerstvo len dva odbory, v tridsiatych rokoch sa ich počet zvýšil na šesť. Poradným orgánom ministra bola Štátna zdravotná rada. Jej členmi boli významní odborníci z celej republiky menovaní ministrom zdravotníctva. Úlohou Štátnej rady bolo predkladať námety na zlepšenie zdravotníckych pomerov a posudzovať štatistický materiál. Mimo štátnej zdravotnej rady pôsobilo pri ministerstve niekoľko iných poradných orgánov, ktorých náplňou práce bolo riešenie mimoriadnych úloh. Na území Slovenska pracoval Referát pre zdravotníctvo pri Ministerstve s plnou mocou pre správu Slovenska, ktorý bol však v marci 1921 zrušený a jeho činnosť prevzala Expozitúra Ministerstva verejného zdravia a telovýchovy. (Falisová, 2004, s. 366).

Po vzniku novej republiky bolo potrebné v prvom rade premôcť dovtedy existujúce zdravotno-policačné chápanie bývalej Rakúsko-uhorskej monarchie. Uvedené ponímanie sa spoliehalo na systematické zákonodarstvo v oblasti zdravotníctva, avšak v praktických krokoch neprekročilo rovnu represívneho nariaďovania dodržiavania zákonov a rozhodnutí a predpisov. Ministerstvo zdravotníctva, skôr ako začalo venovať pozornosť vzdelávaniu ošetrojúceho personálu, riešilo mnohé iné problémy týkajúce sa hlavne nevyhovujúcich zdravotných pomerov obyvateľstva, dojčenskej úmrtnosti, nárastu nákazlivých a infekčných ochorení a v neposlednom rade aj tzv. sociálnych chorôb, medzi ktoré sa radia tuberkulóza, alkoholizmus a pohlavné choroby. V druhej polovici dvadsiatych rokov začali narastať civilizačné onemocnenia, t. j. ochorenia kardiovaskulárneho systému a zväčšil sa výskyt zhubných nádorov.

Otázky zabezpečenia zdravotníckeho personálu bolo nutné riešiť tak na úrovni vzdelávania lekárov, ako aj pomocného personálu. Vzdelávanie lekárov na Slovensku sa vyriešilo temer okamžite po vzniku republiky. Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave začala svoju činnosť v akademickom roku 1919/1920, skompletizovanie výučby sa udialo v akademickom roku 1923/24. Nižší zdravotnícky personál zahŕňal najmä pôrodné babice, ktoré museli mať na vykonávanie svojej činnosti isté vzdelanie. Aj preto bol v roku 1928 prijatý zákon č. 200/1929 Zb. z. a n. o pomocnej praxi pôrodnickej a o vzdelávaní a výcviku pôrodných asistentiek. Našou úlohou je však sledovať poskytovanie možnosti vzdelania pre ošetrovateľský personál pôsobiaci v zdravotno-sociálnych zariadeniach.

Začiatky ošetrovateľského školstva na našom území zanechali hlbokú stopu v národných dejinách. Ošetrovanie a starostlivosť o nemocných v nemocniciach vykonávali v minulosti najmä príslušníci rádových a rehoľných spoločenstiev. Vyučovanie bolo založené na získavaní praktických

skúseností od starších. Na Slovensku vznikali už v 16. a 17. storočí ránkhojičské školy, ktoré sa už môžu pokladať v určitom zmysle aj za ošetrovateľské školy, pretože boli zamerané na ošetrovateľskú starostlivosť. Vzdelávanie ošetrovateľského personálu však nebolo ešte v 18. storočí inštitucionalizované. V súvislosti s prípravou zdravotníckych pracovníkov, najmä lekárov, ale aj chirurgov – ránkhojičov alebo pôrodných babíc chýbala v Uhorsku špeciálna lekárska fakulta, ktorá by umožňovala domácim záujemcom o výkon uvedených povolání štúdium. (Bokesová-Uherová, 1973. *Zdravotníctvo na Slovensku*, s. 165).

Nové ošetrovatelky získavali vzdelanie v nemocniciach od skúsenejších lekárov. Až v osvieteneckom období sa výraznejšie prejavilo uplatnenie pokrokových prvkov zdravotnej starostlivosti. Zlepšenie úrovne zdravotnej starostlivosti a väčší záujem o starostlivosť o zdravie a o zdravotníctvo vôbec nastalo tereziánskymi a jozefínskymi reformami už v 18. storočí. Riešenie zdravotníckej otázky v celej ríši sa snažil v komplexnej forme rozlúsknuť kráľovský mandát Márie Terézie *Generale normativum in re sanitatis - Všeobecné nariadenie o úprave zdravotníckych pomerov*. Na základe mandátu, ktorý mal dve časti, sa v jeho prvej stati upravovala náplň práce jednotlivých kategórií zdravotníckych pracovníkov a určovali sa povinnosti úradných lekárov v porovnaní s chirurgmi - ránkhojičmi, lekárnikmi a tiež náplň práce pôrodných asistentiek. Chirurgovia ránkhojiči nemali liečiť vnútorné ochorenia a lekári zase nemali zasahovať do prípadov, ktoré spadali do právomoci ránkhojičov. Chirurgom bolo nariadené vykonať odbornú skúšku na lekárskej fakulte niektorej univerzity, bez nej nemohli vykonávať svoje povolanie. Pre pôrodné asistentky bolo stanovené, že môžu pôsobiť iba v prípade vyškolenia u úradného lekára a mali byť k dispozícii v každej tretej obci. (Bokesová-Uherová, 1973. *Zdravotníctvo na Slovensku*, s. 143 – 145).

V Uhorsku neexistovala lekárska fakulta. Preto sa v priebehu roku 1770 sa pristúpilo k realizácii reforiem od roku 1635 existujúcej jezuitskej Trnavskej univerzity podľa vzoru rakúskych univerzít. Univerzita bola poštátnená a lekárska fakulta začala svoju činnosť 7. novembra roku 1770 (Kopecký, 2002. *Lekárska fakulta Trnavskej univerzity*, s. 37). Pre slovenské ošetrovateľstvo má historicky veľký význam založenie lekárskej fakulty, pretože okrem lekárov a ránkhojičov sa na nej vzdelávali aj pôrodné asistentky. Prvýkrát sa v našej histórii požadovalo inštitucionalizované vzdelanie nielen od lekárov, ale aj od pôrodných asistentiek. Avšak ošetrovatelky inštitucionalizované vzdelávanie v tejto dobe ešte nemali. Pôvodne sa učili sa v nemocniciach od lekárov, pôrodných babíc, či od staršieho personálu.

Rozpad Rakúsko-Uhorska ovplyvnil ošetrovateľstvo a ošetrovateľské vzdelávanie. Spolu so vznikom Československej republiky sa začali meniť ciele v zdravotnej starostlivosti a začal sa modifikovať aj prístup k vzdelaniu na Slovensku. Sociálna práca a slovenské ošetrovateľstvo na Slovensku začalo preberať prvé skúsenosti z ošetrovateľskej praxe a vzdelávania z ošetrovateľskej školy v Prahe. Ošetrovateľské školy v Prahe – česká a nemecká, boli založené v r. 1916 ešte za rakúsko-uhorskej monarchie. Predovšetkým česká škola bola v rokoch 1920 –1923 pomocou amerických zdravotných sestier nastavená na medzinárodný štandard. Stala sa rozhodujúcou pre celkový vývoj zdravotnej starostlivosti v Československu. (Lemon. 1.1997. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*, s. 43).

Ošetrovateľských pracovníkov bol však stály nedostatok. To sa týkalo predovšetkým odborne pripraveného ošetrovateľského personálu, ktorý by bol schopný asistovať lekárovi pri vyšetreniach a pri aplikácii liekov. Pomerami ošetrovateľského personálu sa komplexne zaoberalo až vládne nariadenie z roku 1927. Vyrieklo verdikt, že ošetrovateľský personál sa má pripraviť v odborných školách zriadených ministerstvom zdravotníctva. (Falisová, *Medzivojnové Slovensko*, s. 397) V jeho výchove mali dlhodobú tradíciu len rehoľné školy. Absolventky týchto škôl pôsobili vo väčších nemocniciach, v štátnych ústavoch tuberkulózy, liečebných ústavoch, pôrodniciach, odborných liečebných ústavoch a poradniach. Až do roku 1933 nemal civilný personál u nás možnosť získať odborné vzdelanie. Prípravou ošetrovateľského personálu sa skončení prvej svetovej vojny a vytvorení nového štátu zaoberal aj Československý červený kríž (ČSČK). Organizoval krátkodobé

kurzy nielen pre dobrovoľné ošetrovatelky, ale aj pre samaritánov. Na pôde ČSČK sa združili členovia dobrovoľných hasičských zborov spolu s lekármi, vychovávateľmi a vytvorili samaritánsku službu.

Na území Slovenska až do roku 1929 neexistovala žiadna vzdelávacia inštitúcia pre teoretickú a praktickú prípravu ošetrovateliek. Štúdium na českých ošetrovateľských školách bolo pre mnohé záujemkyne zo Slovenska náročné a problematické nielen z finančných, ale aj rodinných dôvodov. Počet absolventiek nemohol uspokojiť potreby klinickej praxe. Preto ošetrovateľskú starostlivosť na Slovensku poskytovali prevažne neškolené praktické ošetrovatelky a rádové sestry. Školenie získavali priamo v nemocniciach a v ambulanciách od lekárov a skúsenejších kolegyň. Rozvoj lekárskeho vzdelávania, zmeny v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a prehĺbujúci sa nedostatok sestier nastolili požiadavku založenia ošetrovateľských škôl aj na Slovensku. (Morovicsová, 2017, Zdravotnícke školstvo na Slovensku, s.327).

Proces zakladania ošetrovateľských a zdravotno-sociálnych škôl na Slovensku v porovnaní s českými krajinami značne zaostával. Prvá ošetrovateľská škola bola založená v Bratislave až 15. marca 1929 a schválená ministrom verejného zdravotníctva, ktorým bol v tom období dr. Jozef Tiso. Patrila pod správu kongregácie Milosrdných sestier Svätého kríža. Ošetrovateľská škola sestier Sv. kríža bola slávnostne otvorená 2. novembra 1931. Zo začiatku organizovala len ošetrovateľské kurzy. Plne rozvinula svoju činnosť až od novembra 1931. (Ilievová – Juríková, 2016. Pôsobenie Milosrdných sestier, s. 92 - 93). Treba pripomenúť, že z prvých dvadsiaticich absolvovaných diplomovaných ošetrovateliek bolo šesť civilných (Lemon. 1.1997, s. 43). Rehoľnú školu viedla Sr. Fides Dermeková. Medzi pedagógov školy patrili aj profesori Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Absolventky školy prirodzene uprednostňovali pri obsadzovaní miest v štátnych, krajiných, mestských, verejných a súkromných nemocniciach. Na rovnakej báze vznikla v roku 1932 Ošetrovateľská škola milosrdných sestier sv. Vincenta v Košiciach. Pedagogickou riaditeľkou a predstavenou tejto školy bola absolventka pražskej ošetrovateľskej školy – sestra Mária Jirúšková a prvým riaditeľom bol doc. MUDr. Ján Knažovický. Praktická časť výučby obidvoch škôl sa realizovala v štátnych nemocniciach. (Morovicsová, 2017. Zdravotnícke školstvo, s. 327).

Vznik prvej civilnej ošetrovateľskej školy datujeme až do r. 1933. Jej existenciu zaznamenávame v Ústave Milana Rastislava Štefánika v Martine, čo malo historický význam pre slovenské ošetrovateľstvo. Vznik ústavu sa uskutočnil za finančnej podpory amerických Slovákov a Alice Masarykovej, dcéry prvého prezidenta ČSR. (Votrubová, 1931. Živena, s.150 -156). Konštituovanie zdravotníckeho školstva na Slovensku výrazne podporili dobročinné organizácie a spolky, hlavne aktivity žien združených v Živene na čele s Elenou Maróthy-Šoltésovou a predsedníčky Československého Červeného kríža Dr. Alice Masarykovej. (Vantuchová – Tkadlečková. 1969. Živena, s. 97). Otázkou zakladania odborných škôl, ktoré by vychovávali sociálno-zdravotné pracovníčky, nastolila Živena na valnom zhromaždení v auguste 1920. Ústredný výbor Živeny na svojom zasadnutí prerokoval potrebu existencie sociálnej školy. Živena prostredníctvom českého školského radcu Františka Mareša predniesla návrh, aby bol tento ústav vybudovaný v Turčianskom Sv. Martine a niesol meno Milana Rastislava Štefánika. Pôvodne sa mala zmiernená sociálna škola vybudovať v Bratislave. Ako dôvod A. Masaryková uviedla, že ústav má vychovávať pracovníčky schopné sociálne pracovať medzi slovenským ľudom na dedine a Bratislava bola ďaleko od vidieka. V Turčianskom Sv. Martine by sa žiačky mohli stýkať s ľudom priamo a mohli spoznať aj jeho životnú úroveň a potreby. Budova Ústavu M. R. Štefánika, v ktorej sa nachádzali oba typy škôl, začali stavať roku 1922 v Martine podľa návrhov architektov D. Jurkoviča a J. Pacla. Slávnostne ju otvorili v roku 1926. Na výstavbu školy prispeli aj americkí Slováci prostredníctvom Slovenskej ligy v Amerike zo Štefánikovho fondu. (Archív Strednej zdravotníckej školy v Martine, r. 1925). V ústave umiestnili Župný ústav pre vzdelávanie učiteliek ženských odborných škôl a Župnú dvojročnú školu pre sociálnozdravotnú starostlivosť. Ich absolventky mali pracovať v nemocniciach, poisťovníach, detských zdravotných staniach i v Červenom kríži. Zrušením žúp

a vytvorením krajiniského zriadenia sa aj všetky predtým župné školy stali krajiniskými. MUDr. Arnošt Dudek bol vymenovaný za odborného riaditeľa a absolventka pražskej Vyššej školy sociálnej starostlivosti, kam odišla študovať na podnet F. Mareša v r. 1922 – 1924, Oľga Šimková, rod. Ruppeltdtová za pedagogickú riaditeľku. V Štefánikovom ústave pracovala od r. 1925 ako učiteľka a správkyňa internátu. (Ďuriška, 1995. Funkcionárky Živeny, s. 64.)

Záver:

V období predmníchovskej prvej ČSR prešlo verejné zdravotníctvo a celková starostlivosť o zdravie zložitým vývojom. Vytvorili sa síce nové podmienky pre riešenie problémov, ktorých bolo nesmierne veľa hlavne v oblasti zdravotno-sociálnej starostlivosti, ako aj zabezpečenia výchovy zdravotníckeho personálu. Problémom boli aj finančné prostriedky, pretože rezort ministerstva zdravotníctva nepatril medzi tie, o ktoré by malo spektrum politických strán záujem a aj preto ich nebolo dostatok. Z hľadiska kategorizácie pracovného personálu pracovali v medzivojnovom období v liečebných zariadeniach na Slovensku viacero druhov ošetrovateliek: diplomované ošetrovatelky, rádové sestry, praktické ošetrovatelky a neškolené praktické ošetrovatelky. (Falisová, 2006. Ženy v zdravotníctve so zameraním na ošetrovatelstvo, s. 71). Absolventky ošetrovateľských a zdravotno-sociálnych škôl, z ktorých sme sa zmienili o rehoľných ošetrovateľských školách v Bratislave a v Košiciach a okrem nich sme venovali pozornosť najmä civilným školám dvojakého typu pôsobiacich pri Ústave Milana Rastislava Štefánika v Turčianskom Sv. Martine. V období rokov 1918 - 1939 sa absolventky uvedených škôl vynikajúco uplatnili v rôznych sférach liečebno-zdravotných a sociálnych zariadení. Verejnosť postupne začala akceptovať odbornosť aj civilných ošetrovateliek a ich prácu vnímala veľmi pozitívne.

Použitá literatúra:

Archív Strednej zdravotníckej školy Milana Rastislava Štefánika v Martine. List I. Gessaya F. Marešovi z 22. júla 1925.

BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M.1973. *Zdravotníctvo na Slovensku v období feudalizmu*. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 1973. 185s.

ĎURIŠKA, Z. 1995. Funkcionárky Živeny. In Zborník z osláv 125. výročia Živeny, spolku slovenských žien v Martine. Zost. V. Sedláková. Martin 1995. 222s. ISBN 80-967287-0-9.

FALISOVÁ, A. 2004. Medzivojnové Slovensko z pohľadu zdravotného a sociálneho. In Slovensko v Československu 1918 – 1939. Eds. M. Zemko – V. Bystrický. Bratislava: Veda, 2004. s. 365 – 416.

FALISOVÁ, A. 2006. Ženy v zdravotníctve so zameraním na ošetrovatelstvo (1918-1938). In *Človeka a spoločnosť*. Internetový časopis pre pôvodné teoretické a výskumné štúdie z oblasti spoločenských vied. 2006, roč. 6, č. 4, s. 68 – 73.

ILIEVOVÁ, Ľ. – JURÍKOVÁ, E. 2016. Pôsobenie Milosrdných sestier Svätého kríža v chirurgickej operačnej sále Trnavskej nemocnice v kontexte dejín ošetrovatelstva. In [Studia Capuccinorum Boziniensia II.](#) - Kraków : Towarzystwo Słowaków w Polsce, 2016, s. 88-99. ISBN 978-83-7490-860-3.

KOPECKÝ, Štefan. 2002. Lekárska fakulta Trnavskej univerzity 1769 – 1777. In *Studia historica Tyrnaviensia I*, 2002. Ed. Jozef Šimončíč. Trnava: Fakulta humanistiky Trnavskej univerzity, s. 37. ISBN 80-89074-14-6.

LEMON. 1. 1997. *Učebný materiál pre ošetrovatelstvo*. Bratislava: Slovenská komora pre stredných zdravotných pracovníkov, 1997, s. 43. ISBN 8096781804.

MOROVICSOVÁ, E., Zdravotnícke školstvo na Slovensku v medzivojnovom období, In *Studia Historica Nitriensia*, 2017, roč. 21, č. 2, s.327.

VANTUCHOVÁ-TKADLEČKOVÁ. 1969. *Živena*, spolok slovenských žien. Bratislava: Osveta, 1969. 207 s.

VOTRUBOVÁ, Š. 1931. *Živena. Jej osudy a práca*. Turčiansky Sv. Martin: Živena, 1931, s. 150 – 156.

Korešpondencia:

prof. PhDr. Marta Dobrotková, CSc.

Katedra histórie Filozofickej fakulty

Trnavská univerzita v Trnave

Hornopotočná 23

0918 43 Trnava

marta.dobrotkova@truni.sk

*Príspevok vznikol ako čiastkový výstup riešenia projektu VEGA s názvom: ***Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia***

PASTORAL DIMENSION OF THE CHARISM OF THE SISTERS OF MERCY OF THE HOLY CROSS (CALLED INGENBOHL)

ThLic. Krzysztof Trębski Ml, PhD.
Teologická fakulta, TU v Trnave

Summary:

This paper presents the pastoral dimension of the charism of Sisters of Mercy of the Holy Cross rooted in their spirituality. This charism finds its expression in their ministry and inspires their community life totally devoted to serving “the crucified of all times” and bearing witness to Christ’s love among the people. It is marked by spiritual values based on their spirituality, mission and community life: trust in Divine Providence, union of hearts that recognizes Christ’s presence in and among the suffering human beings, compassion that shares the suffering of others, courage that risks everything for the Kingdom of God to make Christ known and loved, competence in the ministry, promotion of justice and “the preferential option for the poor”. The pastoral dimension of their ministry is the consequence and eloquent expression of their charism.

Key words:

Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross; pastoral dimension; charism; ministry

Introduction

The Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross (SCSC) was founded in 1856 by Capuchin Father Theodosius Florentini (1808–1865) (Krauthahn, 2017) and Sister Mary Theresa Scherer (1825-1888)¹ Being great visionaries, they considered the most urgent needs of their time to be the education and care of the poor and sick. Their lives have been an incentive and example of “faithful imitation of Christ” for the following generations of sisters.

1. The historical background of the foundation

In the mid 18th and early 19th century Europe had undergone drastic socio-political turbulence - the period of industrialization. In this context the foundation of the Congregation took place. The oppressive and unjust social structures on one hand and the deteriorating conditions of the poor on the other challenged the founder Fr. Theodosius to emerge as a social reformer responding to the needs of the people (Bünter, 2008).

With a clear vision in his mind, Fr. Theodosius started the Congregation of the Sisters of the Holy Cross in 1852. They became known as “The Teaching Sisters of Menzingen” and their first superior general was elected Mother Bernarda Heimgartner (1822-1863). They were active in the field of

¹ Catherine Scherer was born at Meggen, Canton Luzern, Switzerland, on 31 October 1825. Her parents were simple farmers. From her early childhood Divine Providence was preparing her for her future mission through a series of joyful and painful events. Urged by Christ’s love to serve the young, the sick and the poor, she joined the Congregation of the Holy Cross at the age of 19. The young community had just been founded by Fr. Theodosius Florentini OFM Cap. and she was one of the first 5 members. In June 1845 she received the novices’ dress from the hands of the Founder himself and on 27 October of the same year she took her first vows as Sr. M. Theresa. After that she began her activity as a teacher. In 1852 the Founder called her to Chur where he entrusted her with the administration of his first hospital and with the direction of the novitiate of the Sisters of Mercy. In 1857 she was elected Mother General at Ingenbohl, the motherhouse of the Sisters of Mercy of the Holy Cross. She was beatified on 29 October 1995 by Pope John Paul II. Cf. RUTISHAUSEROVÁ, M.: *Mária Terézia Schererová*. Bratislava: Vydavateľské družstvo LÚČ, 2000; MONTONATI, A. (1995) *Marie Terezie Schererová. Spoluzakladateľka milosrdných sester sv. Kříže*. Vimperk: Nakladatelství Viener, 1995.

education. At this juncture, Anna Maria Catherina Scherer (later called by her religious name Mary Theresa) joined the Holy Cross Sisters and gained some experience as a teacher.

All the same, at the invitation by Fr. Theodosius she sacrificed her teaching “career”, left the community of teaching sisters and got ready to shoulder the responsibilities of administrator of the growing hospital at Chur established in 1850. In fact, the other aspect of the founder’s dream was to engage the Holy Cross Sisters not only in educational apostolate but also in medical and charity apostolate to respond to the needs of the sick and the neglected.

In the course of time the “Teaching Sisters” and the “Nursing Sisters” started functioning independently under the guidance of Mother Bernarda at Menzingen and Mother Teresa at Chur respectively. The latter shifted their motherhouse to Ingenbohl.

In 1856 a community of “Nursing Sisters” separated from the institute of Menzingen and gave life to the Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross of Ingenbohl. Although the beginnings of this congregation were marked by medical apostolate it soon diversified its apostolate to meet manifold needs of people.

In 1857 Mother Maria Theresa was elected the First General Superior of the Sisters of Mercy. With the unconditional support of the cofounder, Fr. Theodosius, she was ever ready to alleviate the suffering of the poor and the marginalized.

2. The identity of the Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross

The identity of this religious congregation is associated with the spiritual values of its founders and the spirituality of Saint Francis of Assisi².

The Statutes approved on 16 June 1986, namely chapter 1, explain the spirituality of the Congregation: “Determined commitment of our founders to mitigate every form of human misery remains a special task of our congregation. Our life is an attempt to imitate at least a part of the foolishness of love that brought death to Christ on the Cross. The spirit of the Gospel unites us in love. Our way of life is marked by the mystery of the Cross and the Resurrection. As members of the Church, we participate in her redemptive mission by bearing witness to love through prayer, work and suffering in unity with Christ.” (cf. Institut milosrdných sester Svatého kříže, 1987, Articles 1-7).

According to article 54 of the Constitutions, the sisters put their skills, experience and time at the service of the common task. They appreciate the variety of talents given to each of them by God. Living in a pluralistic society, they use networking and strive for collaboration with people, groups and organizations of similar kind (cf. Institut milosrdných sester Svatého kříže, 1987, p. 54).

In their consecrated life they live the spirituality of the Cross and Resurrection by following these paths (cf. Institut milosrdných sester Svatého kříže, 2002):

- life according to the Gospel - God’s Word, the Eucharist, prayer, trust in God, vows;
- mercy (to meet the needs of the times);
- community - to live as a community and in a community, mutual respect, sisterhood;
- a simple way of life combined with joy, openness for others and hospitality;
- willingness to change combined with the adaptation to the circumstances of the ministry.

² Saint Francis of Assisi, born Giovanni di Pietro di Bernardone, informally named Francesco (1181/1182 – 3 October 1226) He gained deep experience on his path to God, which influenced his whole life. The first God’s intervention in the life of Saint Francis came when he embraced a leper. Before his conversion, the sight of the lepers made him feel nauseous; but then God himself led him into their company, and Francis took pity on them. Being once familiar with them, what had sickened him before became a source of spiritual and physical comfort for him. What seemed bitter to him so far “was changed into the sweetness of soul and body”. He felt sympathy and compassion for those who lived on the edge of society and no longer wanted to be a merchant but a poor among the poor. He became a brother of the poor. Cf. Testament of Saint Francis of Assisi. In: <https://digilander.libero.it/raxdi/inglese/testf.htm>

3. The charism of the Congregation of the Sisters of Mercy of the Holy Cross

Charism, from the Greek root “char”, is the result of grace (charis). Charism is a gift of the Holy Spirit granted to the faithful of every rank and condition to accomplish a particular mission for the benefit of God’s people.

For a religious order or congregation, the charism is the very reason of its existence and activity. Every religious family must constantly live and implement its own charism.

The charism of religious life strengthens the Church not only because of its dynamics but also as a result of its positive influence on the stability of the institutional structure. This positive impact is exerted, among other things, through the introduction of a stable concretization of the founder’s charism embodied in rules and statutes.

Every charism requires certain form or institutional framework where it can be effectively implemented. These institutional forms are not restrictive elements. On the contrary, they provide space for the realization of charisms. Therefore, although religious life is an institution, it is not such in the sense that everything is regulated down to the last detail. There is always space for discernment and adaptation of the charism to the needs of the times and of the Church.

The charism of the Congregation of the Sisters of Mercy consists in compassionate love for everyone, especially the underprivileged. The source of this charism is the compassionate Love of God who emptied himself in Christ Jesus even to the point of dying on the Cross (cf. Phil 2:7-8).

Jesus crucified is the principal example for the sisters. In his Cross they see unparalleled Love that surpasses all human understanding. Strengthened by this saving Love, the sisters are participating in the mission of the Church and try to prepare the way for the coming of the Kingdom of God where all people will be brothers and sisters.

Attentive to the promptings of the Spirit and to the needs of the times, they want, as the members of the Church, to continue Christ’s salvific action and transmit his will: to instruct the poor, to care for the sick, to teach them to know God, to live as children of the Father.

4. The ministry of Sisters of Mercy of the Holy Cross

The ministry of Sisters of Mercy has always been connected with particular historical and social conditions of the time. Today their mission is dedicated to socio-charitable works in health-care, schools and other areas of education as well as to the transmission of Christian faith.

At present the Sisters of Mercy are engaged in the following ministries:

- Healthcare: Besides hospitals and dispensaries medical work is extended through nursing schools, health insurance schemes for villagers, mobile health services, school health programs, participation in Government projects, HIV/AIDS care units, palliative care, etc.
- Education: Sisters are engaged in educational work at all levels, from pre-primary to college education, in teacher training, job oriented vocational courses, women’s development projects, etc.
- Pastoral care: Sisters collaborate with the local parish teams in the ministry of faith formation.
- Social work: Holy Cross sisters serve orphans, the aged, the destitute, HIV affected children, street girls, physically and mentally challenged, trafficked girls and women, prisoners and others regardless of caste, creed or religion. In collaboration with the Government and people of good will the sisters do all they can to bring about so much needed awakening able to set in motion the processes leading to new society based on peace, love and justice.

Recently, especially in poor countries, the sisters have been opposing the new phenomenon of human trafficking. Of much importance is also their work that combats unemployment, lack of education, economic backwardness, blind desire for urban life, loss of traditional sources of livelihood and abandonment.

The other new ministry is the prison ministry. Recalling Jesus' words that he came for sinners and not for the virtuous ones, the nuns ventured into the prison ministry to support the prisoners and try:

- to approach them lovingly so that they may return to society and start a new life;
- to win their confidence with the intention to rebuild their lives and explore their hidden goodness;
- to help them realize that they can become useful for their families and society;
- to rehabilitate them morally, socially, psychologically, spiritually and economically.

Conclusion

The charism of Sisters of Mercy of the Holy Cross still meets the needs of the times and is as urgently challenging as ever: to regenerate society through the Cross and Resurrection of Christ, to "bring about the Kingdom of God" through a constant response to the divine will. Every pastoral activity of the Congregation finds its source in its charism and is subject to discernment in the light of the needs of the Church and the particular society where the sisters live and work.

References

- BÜNTER, A. (2008) *Pater Theodosius Florentini. Průkopník křesťanské charity*. 1. vyd. Opava: Grafis 2000 s.r.o., 2008, 43 p.
- INSTITUT MILOSRDNÝCH SESTER SVATÉHO KRÍŽE. (1987) *Pravidla života Milosrdných sester svatého Kříže. Stanovy, generální pokyny*. Ingenbohl, 1987, 77 p.
- INSTITUT MILOSRDNÝCH SESTER SVATÉHO KRÍŽE. (2002) *S novým ohnem jako Milosrdné sestry svatého Kříže. Dokument generální kapituly 2002*, Ingenbohl, 2002, 30 p.
- KRAUTHAHN, C. (2017) *Pater Theodosius, sein Leben, sein Wirken und seine letzten Lebensstunden*. (Reprinted from 1865 edition), Relnk Books, 2017.
- MONTONATI, A. (1995) *Marie Terezie Schererová. Spoluzakladatelka milosrdných sester sv. Kříže*. Vimperk: Nakladatelství Viener, 1995, 48 p. ISBN 80-9014476-8-2
- RUTISHAUSEROVÁ, M. (2000) *Mária Terézia Schererová*. Bratislava: Vydavateľské družstvo LÚČ, 2000, 208 p. ISBN 8071143235

Electronic resources

Testament of Saint Francis of Assisi, Internet (12.07.2018) In:
<https://digilander.libero.it/raxdi/inglese/testf.htm>

Contact address

ThLic. Krzysztof Trębski MI, PhD.
 Teologická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave
 Kostolná 1
 814 99 Bratislava
kris.treb@gmail.com

LATINČINA V SYSTÉME OŠETROVATEĽSKÉHO VZDELÁVANIA NA SLOVENSKU

doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.

Katedra klasických jazykov FF, TU v Trnave

Zhrnutie:

Vyučovanie latinčiny v súčasnosti je súčasťou ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku. Cieľom je zvládnuť základy odbornej latinskej terminológie na takej úrovni, aby študent pasívne ovládal latinské pojmy a orientoval sa v základnej medicínskej latinskej terminológii. Príspevok sa zaoberá súčasným postavením latinčiny v systéme ošetrovateľského vzdelávania a jej zaradením v odporúčanom študijnom pláne. Na príklade štyroch slovenských vysokých škôl autorka dochádza k záveru, že latinčina ako propedeutický predmet sa vyučuje v prvom semestri v bakalárskom stupni štúdia v rovnakom rozsahu prakticky podľa zhodných sylabov a študijnej literatúry.

Kľúčové slová:

Ošetrovateľstvo; Ošetrovateľské vzdelávanie; Latinský jazyk; Odborná terminológia

LATIN LANGUAGE IN THE NURSING EDUCATION SYSTEM IN SLOVAKIA

Summary:

Teaching Latin is currently part of nursing education in Slovakia. The aim is to master the basics of professional Latin terminology at such a level that the student passively dominates Latin terms and orientates himself in basic medical Latin terminology. The paper deals with the current status of Latin in the nursing education system and its inclusion in the recommended study plan. As an example of four Slovak universities, the author writes that Latin as a propedeutical subject is taught in the first semester in a bachelor degree in the same degree practically according to consistent syllabuses and study literature.

Key words: *Nursing; Nursing education; Latin language; Professional terminology*

Úvod

Aj keď latinčina sa už dnes nepoužíva ako jazyk aktívnej komunikácie a považuje sa za jazyk mŕtvy, jej znalci a zástancovia preferujú názov polomŕtvy jazyk. Je to tak preto, že dosiaľ tvorí základ terminológie vo veľkom množstve odborov, medzi ktorými stojí na prvom mieste medicína a ostatné zdravotnícke odbory, ďalej prírodovedné disciplíny, ale aj právo, história, archívniectvo, dejiny umenia, filozofia, etika, hudba, estetika etc.

Hoci ešte v 7. storočí pred Kristom nič nenasvedčovalo, že z jedného z jazykov, ktorými sa hovorilo na Apeninskom polostrove, sa neskôr vyvinie dorozumievací jazyk celej vzdelanej Európy a menšej časti Afriky a Ázie, postupom rokov si latinčina takýto status zaslúžene vydobyla. Za svoje rozšírenie vďačila v časoch Rímskej ríše hospodárskej a politickej aktivite Rimanov, ako i ich expanzívnej politike, ktorá viedla k podrobovaniu si mnohých nerímskych kmeňov. Vďaka rozmachu kresťanského náboženstva sa latinčina stala jazykom katolíckej cirkvi, dodnes je oficiálnym jazykom Vatikánu a funguje ako referenčný jazyk pre rímske kanonické právo (Juríková, 2014, s. 21).

V 17. – 18. storočí sa latinčina označovala ako *lingua franca*, t.j. jazyk, ktorý spájala celú vtedajšiu inteligenciu a každý vzdelanec sa ním bol schopný dorozumieť, hoci nešlo o jeho rodný jazyk. Svoje terminologické schémy na jej základoch v tom čase vytvorili Newton, Linné, Galvani, Humboldt aj nemecký filozof Kant, a práve latinčina im umožnila rozšíriť ich skrz celú Európu.

Latinčina mala totiž v 16. – 18. storočí pevné miesto v systéme vzdelávania, a to prakticky od piatich rokov života žiaka.

Dnes sa však prevažná časť slovenskej populácie pozastavuje nad zmyslom štúdia latinčiny v pretechnizovanej dobe (Brodňanská, 2011, s. 53), jednotný názor nepanuje ani medzi pedagógmi: časť si myslí, že latinčina dnes zostáva len jazykom vedy, iní sú presvedčení, že jej patrí nezastupiteľné miesto v humanitných študijných odboroch. Negatívny vplyv na celú terajšiu situáciu malo predovšetkým postavenie latinčiny v socialistickom systéme vzdelávania, keď do šesťdesiatych rokov minulého storočia patrila medzi povinné, neskôr povinne voliteľné predmety na školách gymnaziálneho typu, no po politickom pritvrdení po roku 1968 sa z osnov gymnázií úplne vytratila s nálepkou tzv. farárskeho jazyka. Žiadúcu zmenu nepriniesla ani zmena politického režimu v roku 1989, keď sa v počiatočnej eufórii síce začala vyučovať na mnohých školách, ale po jej vyprchaní sa v priebehu deväťdesiatych rokov aj z väčšiny z nich vytratila.

Na vysokých školách sa z humanitných odborov okrem odborových klasických filológov tomuto jazyku v najväčšom rozsahu venujú študenti histórie a archívneho, ďalej klasickej archeológie, filozofie, knihovedy, muzikológie, dejín umenia, etiky, estetiky a románskych jazykov. V prevažnej miere ide o získanie gramatických základov v dvojsemestrálnych povinných kurzoch, na ktoré sa ďalej nadväzuje formou povinne voliteľných predmetov, na ktorých študenti väčšinou pracujú s autentickými historickými textami.

Vlastný text

V súčasnosti sa latinský jazyk vyučuje na Slovensku na strednom stupni vzdelávania povinne len na stredných zdravotníckych školách. Vyplýva to z toho, že v medicíne a nelekárskych zdravotníckych odboroch je znalosť odbornej latinskej a čiastočne gréckej terminológie podmienkou *sine qua non* a všetky pokusy o nahradenie iným jazykom (napr. angličtinou) boli dosiaľ neúspešné. Môžeme sa domnievať, že toto výsostné postavenie latinčiny v zdravotníckych odboroch súvisí jednak s dejinami medicíny, ktorej korene siahajú do čias starovekého Grécka a neskôr Ríma, ale aj s pevnou štruktúrou a nemennosťou latinskej morfológie i lexiky prakticky od 2. storočia. Nezanedbateľným faktom je aj neviazanosť latinčiny na konkrétne etnikum či politický útvar, a tým jej nadnárodný charakter.

Z hľadiska dejín ošetrovateľského vzdelávania musíme priznať, že latinčina nebola vždy súčasťou výučby pri príprave budúcich ošetrovateľov. Najstaršou ošetrovateľskou školou na území dnešného Slovenska bola dvojročná Ošetrovateľská škola Kongregácie sestier Svätého kríža v Bratislave, ktorá bola zriadená výnosom Ministerstva verejného zdravotníctva a telesnej výchovy č. 4350/1929 zo dňa 15. 3. 1929. Po prekonaní problémov s priestorovým i personálnym vybavením sa v nej začalo vyučovať v školskom roku 1931/32 a prvé absolventky skladali záverečné skúšky v júni 1933 (Ilievová – Juríková, 2017, s. 20). Až do poštátneho roku 1950 a jej zániku (Ilievová – Juríková, 2018, s. 15) sa v rámci učebných osnov latinský jazyk nevyskytoval.

Pre potreby tejto prehľadovej štúdie sme sa zamerali na vyučovanie latinského jazyka pre študentov študijného programu Ošetrovateľstvo na štyroch slovenských vysokých školách, a to na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave, Jesseniovej Lekárskej fakulte v Martine, Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach a na Trnavskej univerzite. Na základe heuristického výskumu môžeme konštatovať, že existujú len minimálne rozdiely v zaradení latinčiny do študijných plánov: Latinský jazyk sa vyučuje ako propedeutická disciplína na všetkých štyroch zo spomenutých pracovísk. Na Slovenskej zdravotníckej univerzite sa učí pod názvom Latinský jazyk v rozsahu jednej hodiny v 1. a 2. semestri bakalárskeho štúdia. V Martine figurujú základy latinského a gréckeho jazyka v učebných plánoch pod názvom Medicínska terminológia v prvom semestri bakalárskeho štúdia s časovou dotáciou dve hodiny za týždeň. V Košiciach sa vyučuje pre

všetky nelekárske zdravotnícke odbory latinčina v prvom semestri bakalárskeho štúdia dve hodiny za týždeň.

Vzhľadom na fakt, že približne dve tretiny študentov ošetrovateľstva prichádza na vysokú školu po absolvovaní strednej zdravotníckej školy, je zaradenie i rozsah vyučovania latinčiny dostatočný. Na základe vlastných skúseností môžeme skonštatovať, že problémy sú badateľné len u tých študentov, ktorí sa s latinským jazykom stretávajú prvý raz až na vysokej škole. Pravidelným a systematickým štúdiom je však možné tento hendikep prekonať a už pri prvom priebežnom teste približne v polovici semestra sa vedomosti vyrovnávajú.

Na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity je od poslednej komplexnej akreditácie v roku 2014 zaradený predmet Latinský jazyk v prvom semestri bakalárskeho štúdia a študenti sa mu venujú dve hodiny týždenne. Do roku 2014 sa latinčina vyučovala v 1. a 2. semestri bakalárskeho štúdia jednu hodinu týždenne, takže nedošlo k zníženiu rozsahu v rámci prvého ročníka bakalárskeho štúdia, ale len k zhutneniu výučby do prvého semestra.

Deklarovaným vzdelávacím cieľom výučby latinského jazyka pre odbor Ošetrovateľstvo je, aby si študent osvojil gramatické minimum, ktoré je potrebné na pochopenie odbornej medicínskej a ošetrovateľskej terminológie. Takže po absolvovaní predmetu by mal získať tzv. terminologickú kompetenciu, ktorá je charakterizovaná ako schopnosť presného a jazykovo správneho používania medicínskeho terminologického materiálu v ústnej i písomnej podobe. Následne by mal zvládnuť prezentáciu vedomostí z latinsko-gréckej medicínskej terminológie. A nie nepodstatným cieľom je aj osvojenie si používania získaných poznatkov v praktickej profesijnej činnosti, ako i pri samostatnom štúdiu odbornej literatúry.

Predmet sa končí skúškou. Záverečné hodnotenie je podľa zverejnených informačných listov založené na aktívnej účasti na vyučovaní, priebežných písomných testov a záverečného testu. Percentuálny dôraz na jednotlivé časti hodnotenia je rôzny a závisí od preferencií konkrétnych vyučujúcich.

Čo sa týka študijnej literatúry, prevažuje používanie učebníc od autorov Márie Bujalkovej, Františka Šimona a Jozefíny Artimovej. Buď ide o učebné texty vytvorené pre potreby medikov (Bujalková, M. – Šimon, F., 2015) alebo učebnicu Latinčina pre ošetrovateľov trojice autorov (Artimová, J. – Kolařík, A. – Šimon, F., 2006), ktorá je upravenou a prepracovanou verziou Šimonovej učebnice Latinčiny pre medikov z roku 2003. Z odporúčanej literatúry sa v infolistoch objavila učebnica od Márie Bujalkovej Lekárska terminológia v súčasnom a historickom kontexte (2009) a Aleny Ivanovej Cursus latinus medicinalis (1995).

Sylabus vyučovania predmetov sa na jednotlivých vzdelávacích ustanovizniach prakticky nelíši. Na prvých hodinách sa študenti zoznámia s dejinami lekárskej odbornej terminológie, oboznámia sa s výslovnosťou, dĺžkou a prízvukom v latinských slovách a následne si precvičia čítanie latinských slov. Nasledujúce hodiny sa venujú osvojeniu latinských a gréckych deklinácií, stupňovaniu adjektív, adverbiám, používaniu prefixov, kompozítam a základnej farmakologickej terminológii.

Záver

Vyučovanie latinského jazyka a základov gréckeho jazyka do študijných plánov študijného programu Ošetrovateľstvo má propedeutický charakter. Naznačuje to Jeho zaradenie do prvého ročníka bakalárskeho štúdia. Na štyroch komparovaných slovenských vysokých školách sa zhodne vyučuje v rozsahu dvoch hodín v prvom alebo jednej hodiny v prvom a druhom semestri. Podmienky na získanie hodnotenia zohľadňujú prácu počas semestra a výsledky písomných testov. Študijné materiály vychádzajú z medicínskej odbornej terminológie a sú prispôbené pre potreby odboru. Po absolvovaní predmetu študenti získajú praktický terminologický základ do ďalšieho štúdia odborných predmetov i do profesionálnej praxe. Zaradenie predmetu, jeho

hodinová dotácia a vzdelávacie ciele zodpovedajú reálnym požiadavkám na súčasné trendy v ošetrovateľskom vzdelávaní.

Poznámka: Text je čiastkovým výstupom z riešenia grantu Ministerstva Školstva Slovenskej republiky VEGA č. 1/0688/18 s názvom „Ošetrovateľská dimenzia pastoračnej charizmy Kongregácie milosrdných sestier Svätého Kríža na Slovensku v prvej polovici 20. storočia“.

Použitá literatúra

ARTIMOVÁ, J., KOLAŘÍK, A., ŠIMON, F. (2006) *Latinčina pre ošetrovateľov*, 1. vyd. Košice: UPJŠ, 120 s. ISBN 9788096949915

BRODŇANSKÁ, E. (2011) Učebnice latinčiny vo vyučovacom procese na vysokých školách. *In Cudzíe jazyky, odborná komunikácia a interkultúrne fenomény 3*. Prešov: VŠMP ISM Slovakia, 2011, s. 58 – 63. ISBN 9788089372379 [CD-ROM]

BUJALCOVÁ, M. (2009) *Lekárska terminológia v súčasnom a historickom kontexte*, 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 96 s. ISBN 9788022326643

BUJALCOVÁ, M., ŠIMON, F. (2015) *Terminologia medica Latina. Učebnica lekárskej terminológie pre študentov medicíny*, 1. vyd. Martin: Osveta, 202 s. ISBN 9788080634384

JURÍKOVÁ, E. (2014) Latinčina ako komunikačný jazyk vzdelancov v 18. storočí. *In Vivat Latina reserata!* K. Vymětalová (ed.). Opava: Slezská univerzita, Ústav historických věd, s. 21 – 30, ISBN 9788072489503

ILIEVOVÁ, Ľ. – JURÍKOVÁ, E. (2017) Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža a jej prínos pre rozvoj ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku: 1. časť – Založenie ošetrovateľskej školy v Bratislave. *In Historicko-pedagogické fórum*, roč. 6, č. 2/2017, s. 14 - 23, ISSN 1338-693X

ILIEVOVÁ, Ľ. – JURÍKOVÁ, E. (2018) Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža a jej prínos pre rozvoj ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku: 2. časť – Problémy ošetrovateľskej školy v Bratislave počas prvého desaťročia jej existencie vo svetle česko-slovenských ošetrovateľských konferencií. *In Historicko-pedagogické fórum*, roč. 7, č. 1/2018, s. 9 - 18, ISSN 1338-693X

IVANOVÁ, A. (1995) *Cursus Latinus medicinalis. Úvod do lekárskej terminológie*, 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 256 s. ISBN 8022307890

ŠIMON, F. (2003) *Latinčina pre medikov*, 1. vyd. Košice: Vydavateľstvo Silvia Gerecová, 144 s. ISBN 8088922771

Korešpondencia:

doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.
Katedra klasických jazykov Filozofická fakulta
Trnavská univerzita v Trnave
Hornopotočná 23
918 43 Trnava
erika.jurikova@truni.sk

NÁVŠTEVY PRÍBUZNÝCH V NEMOCNICI V 30. ROKOCH 20. STOROČIA

doc. PhDr. Jana Boroňová PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP, TU v Trnave

Súhrn:

V príspevku je v rámci historického výskumu z primárnych zdrojov spracovaná problematika návštev príbuzných pacientov v 30. rokoch 20. storočia. Návštevy príbuzných v zdravotníckych zariadeniach sa v tej dobe riadili presnými pravidlami. Tieto pravidlá boli zamerané na správanie sa návštev v presne stanovených návštevných hodinách, ktoré boli podriadené jednak požadovanému klúdu pre pacientov a jednak v prospech nerušenej a neprerušovanej práce lekárov a ošetrovateliek. Mnohé informácie o pacientovi lekári neoznámali, nakoľko tieto podliehali lekárskemu tajomstvu. Vstup do nemocnice mali zakázané osoby, ktoré by mohli chorého rozrušiť, osoby v podnapitom stave a návštevy mali zakázané tí pacienti, ktorí trpia kožnými, pohlavnými alebo infekčnými ochoreniami. Odporúčané boli návštevy len na krátku dobu a najviac tri osoby u jedného pacienta. Vypracované pravidlá obsahovali napr. odporúčanie priniesť chorým kvety pre radosť a napr. zakazovali nosenie pokrmov a nápojov chorému. Návštevy príbuzných pôsobia v značnej miere na chorých pozitívne, pretože sú akýmsi spojovníkom medzi svetom chorých a vonkajším svetom zdravých. Treba si však uvedomiť aj to, že niekedy môžu pacientov rozladiť – a to najmä svojimi názormi, že v zdravotníckom zariadení nie je podľa nich všetko v poriadku. Ústavy mali veľkú snahu vychádzať návštevám v ústrety, nakoľko si uvedomovali, že práve návštevníci sa v značnej miere podieľajú na imidži nemocnice.

Kľúčové slová: *Pacient. Návšteva. Zdravotnícke zariadenie. Návštevný poriadok.*

VISITING RELATIVES IN HOSPITALS IN THE 1930S OF THE 20TH CENTURY

Summary:

The topic of the report is visiting relatives in hospitals in the 1930s of the 20th century and it has been processed from primary resources within historical research. Visiting relatives in the healthcare centres followed strict rules. These rules were for visitors – how to behave in the exact visiting hours. The hours for visitors were subordinated to the required rest of patients and to the benefit of undistorted and uninterrupted work of doctor and nurses. A lot of pieces of information were doctors secret, so doctors didn't pass them to the relatives of patients. People who were to upset patients or who used alcohol weren't allowed to visit patients. Also patients who suffered from skin, sex and infections illnesses were not allowed to be visited. Only short-term visits were suggested and maximum 3 people could visit one patient at one time. The rules contained, for example, recommendation to bring flowers to cheer up the patient and drinks and food were forbidden. Visits had positive influence on ill people as they created a kind of bond-connection between the world of ill people and the world of healthy ones. However, we have to be aware of the fact that sometimes they can make patients upset – mainly by presenting opinions that not everything in healthcare centre runs smoothly. Institutes made a big effort to meet visitors halfway as they realised that visitors played a main role when creating the image of the hospital.

Key words: *Patient. Visit. Healthcare Centre. Rules for visitors.*

Literatúra

ALBERT, B. 1931. Návštevy príbuzných v nemocnici. In: *Československá nemocnice*, ročník I., číslo 3, březen 1931, str. 73-76

PEUKERT, CH. 1928. Návštevy nemocných a doby návštěvní ve všeob. veř. nemocnicích. In: *Československá nemocnice*, ročník 1. (III.), číslo 3., 1. června 1928, str. 74

Korešpondencia:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
jana.boronova@truni.sk

PROBLEMATIKA OŠETROVATEĽSKÉHO VZDELÁVANIA V KONTEXTE OŠETROVATEĽSKÝCH KONFERENCIÍ PRVEJ ČESKOSLOVENSKEJ REPUBLIKY

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP, TU v Trnave

Katedra klasických jazykov FF, TU v Trnave

Súhrn:

Text nadväzuje na štúdiu uverejnenú v Historicko-pedagogickom fóre v roku 2017. Zameriava sa na vybrané otázky Ošetrovateľskej školy Milosrdných sestier Svätého kríža v tridsiatych rokoch 20. storočia, čiže počas prvých desiatich rokov jej existencie. Autorky problémy vsadili do kontextu dejín ošetrovateľského vzdelávania v Československu v období pred II. svetovou vojnou a komplikácií, s ktorými sa musel vzdelávací systém vyrovnávať po rozpade monarchie.

Kľúčové slová:

Kongregácia milosrdných sestier Svätého kríža; ošetrovateľské vzdelávanie; ošetrovateľská škola v Bratislave

PROBLEMS OF NURSING EDUCATION IN THE CONTEXT OF NURSING CONFERENCE FIRST CZECHOSLOVAK REPUBLIC

Summary:

The text builds on a study published in the Historical and Pedagogical Forum in 2017. It focuses on selected issues of the Nursery School of Merciful Sisters of the Holy Cross in the 1930s, that is, during the first ten years of its existence. The authors put their problems in the context of the history of nursing education in Czechoslovakia in the period before the Second World War and the complications that the education system had to cope with after the collapse of the monarchy.

Keywords:

Congregation of the Merciful Sisters of the Holy Cross; nursing education; nursing school in Bratislava

Dvojiročná ošetrovateľská škola Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža vznikla v roku 1929 v Bratislave a v prvých rokoch musela zápasíť nielen s materiálnymi, ale hlavne organizačno-metodologickými problémami. Po vzniku Československej republiky a následne slovenskej provincie kongregácie, vyvstala potreba organizovaného ošetrovateľského vzdelávania pre personál nemocníc a sociálnych ústavov rôznych typov. V začiatkoch ošetrovateľskej školy Kongregácie milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave a v ďalších rokoch jej existencie je možné sledovať ťažkosti, ktoré sa v podstate vyskytovali na všetkých, v tom období existujúcich ošetrovateľských školách v prvej Československej republike. Išlo najmä o nedostatočný počet ošetrovateľských škôl vzhľadom na potrebu sestier (diplomovaných ošetrovateliek) na klinikách a oddeleniach v rôznych typoch nemocníc po rozpade monarchie, nejednotné učebné osnovy, nepomer vzdelávania v teoretických a praktických predmetoch, nejednotnú časovú dotáciu pre teoretické a praktické predmety, nejednotné alebo vôbec žiadne učebnice pre jednotlivé predmety. Situáciu komplikovala aj absencia právnej normy, ktorá by presne určovala predmety pre vzdelávanie na ošetrovateľských školách v Československej republike. Požiadavka minimálneho vzdelania a veku pre prijatie do ošetrovateľskej školy bola taktiež nejednotná.

Riešeniu problematiky ošetrovateľského vzdelávania po skončení I. svetovej vojny sa venovala pozornosť nielen na úrovni stretnutí predstaviteľov ošetrovateľských škôl, ale taktiež na odborných podujatiach diplomovaných ošetrovateliek v rámci vtedajšieho Československa. Prvá konferencia vedúcich činiteľov ošetrovateľských škôl sa konala v Prahe 29. septembra 2. októbra 1934. Hlavnými témami sa stali výchova ošetrovateľského dorastu, potrebné vzdelanie pre prijatie, skúšobná doba, školská osnova, dotácia pre teóriu a prax, učebnice a iné pomôcky. Druhá konferencia vedúcich činiteľov ošetrovateľských škôl v rámci Československej republiky sa konala 25. až 26. októbra 1935 v Chomutove. Diskutovanými témami sa znova stali osnovy ošetrovateľských škôl, návrhy k jednotlivým predmetom, návrhy na stanovenie definitívnych skúšok po ukončení I. ročníka, jednotné predbežné vzdelanie a na stanovenie pokračujúcich kurzov pre diplomované sestry. Najproblematickejším bodom konferencie bola otázka učebných osnov ošetrovateľských škôl. Tretia konferencia vedúcich činiteľov ošetrovateľských škôl sa konala 21. novembra 1936 v Opave v priestoroch rádovej ošetrovateľskej školy. V priebehu konferencie sa rokovalo o praktickom vzdelávaní a zásadách i časovom rozdelení praktického výcviku, zriadení vyučovacích staníc, vedení žiakov a ich hodnotení. Poslednou konferenciou činiteľov ošetrovateľských škôl v období existencie prvej Československej republiky bola konferencia v Turčianskom Sv. Martine 30. septembra 1937. K hlavným bodom konferencie patrilo stále pretrvávajúci problém s vydávaním jednotných učebníc pre ošetrovateľské školy napriek tomu, že niektoré už vyšli. Účastníci konferencie prerokovali problém statusu pre povolenie ošetrovateľských škôl, organizovanie pokračujúcich kurzov pre diplomované ošetrovatelky, zrušenie krátkodobých kurzov, pracovné a sociálne pomery ošetrovateliek z povolania. Riešenia sa na odborných podujatiach pokúšali nájsť predstavitelia jednotlivých ošetrovateľských škôl pôsobiacich v rámci Československa, ako i zástupcovia ministerstva zdravotníctva. Novozriadený ošetrovateľský referát pri Ministerstve zdravotníctva mal prioritne riešiť unifikáciu učebných osnov a učiva a vydávanie jednotných učebníc pre ošetrovateľské školy. Navrhovaná učebná látka a ošetrovateľská metodika mali byť jednotné a prijímanie kandidátok do školy sa malo uskutočňovať na základe rovnakých vekových i vzdelanostných kritérií. V prvom desaťročí fungovania bratislavskej ošetrovateľskej školy sa do popredia dostávali viaceré objektívne problémy ošetrovateľského vzdelávania, a to najmä celoštátne riadenie a otázky súvisiace s ošetrovateľstvom. Riešenia sa na odborných podujatiach pokúšali nájsť predstavitelia jednotlivých ošetrovateľských škôl pôsobiacich v rámci Československa, ako i zástupcovia ministerstva zdravotníctva. Novozriadený ošetrovateľský referát pri ministerstve zdravotníctva mal prioritne riešiť unifikáciu učebných osnov a učiva a vydávanie jednotných učebníc pre ošetrovateľské školy. Navrhovaná učebná látka a ošetrovateľská metodika mali byť jednotné a prijímanie kandidátok do školy sa malo uskutočňovať na základe rovnakých vekových i vzdelanostných kritérií. Do prípravy učebných materiálov a učebných osnov aktívne vstupovala aj bratislavská Ošetrovateľská škola milosrdných sestier Sv. kríža reprezentovaná predovšetkým jej predstavenou Fides Dermekovou, riaditeľom Ľudovítom Valachom a profesorom Honsom.

Použitá literatúra:

DERMEKOVÁ, Fides. Kronika ošetrovateľskej školy 1931 — 1943. Archív Kongregácie milosrdných sestier Sv. kríža v Trnave.

Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky, Štátny archív v Bratislave, fond Ošetrovateľská škola v Bratislave, Katalóg 1945 – 1947, inv. č. 6666.

ANDĚLOVÁ, O. (1933) Situační zpráva o československém ošetřovatelství. In *Československá nemocnice*, 1933, roč. III, č. 6, s. 138 – 139.

CIPÁR, M. (2014) Katolícke školstvo v rámci školského systému na Slovensku v medzivojnovnej Československej republike. In *Pedagogické myslenie a školstvo na Slovensku v medzivojnovnom*

období. B. Kudláčová (ed.). 157 s. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2014, ISBN 978-80-8082-811-0

DERMEKOVÁ, F. (1934) Výchova ošetrovateľského dorastu. In *Československá nemocnice*, 1934, roč. IV., č. 9, s. 234 – 235

HAUPTVOGLOVÁ, M. (2008) Dejiny Slovenskej provincie Milosrdných sestier Svätého kríža. Trnava: Kongregácia milosrdných sestier Sv. kríža, 2008, ISBN 978-80-7114-711-4

ILIEVOVÁ, Ľ. – JURÍKOVÁ, E. (2017) Kongregácia milosrdných sestier svätého Kríža a jej prínos pre rozvoj ošetrovateľského vzdelávania na Slovensku. 1. časť: Založenie ošetrovateľskej školy v Bratislave. In *Historicko-pedagogické fórum*, 2017, roč. 6, č. 2, s. 14 – 23. ISSN 1338-693X

KÁZMEROVÁ, Ľ. (2016) Premeny v školstve a vzdelávaní na Slovensku. In B. Kudláčová (ed.). *Pedagogické myslenie, školstvo a vzdelávanie na Slovensku v rokoch 1918 – 1945*. 2016, s. 200 – 205.

KOZOŇ, V. (2018) Ošetrovateľská škola Milosrdných sestier Svätého kríža v Bratislave 1931 – 1950 a jej absolventi a absolventky. 2018. Wien: ÖGVP Verlag ISBN 978-3-9502178-8-9

SRGOŇ, T. a kol. (1981) Dejiny školstva a pedagogiky. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.

TOBOLÁŘOVÁ, E. R. (1932) Otázka odborného školení. In *Československá nemocnice*, 1932, roč. II., 1932, č. 4, s. 30 – 33.

URBÁNEK, J. (1932) Některé naléhavé otázky československého ošetrovatelství. In *Československá nemocnice*, 1932, roč. II., č. 4, s. 9 – 11.

ZACHAROVÁ, J. 2016. Personálna a jazyková otázka v školskej politike v rokoch 1918 – 1939. In B. Kudláčová (ed.). *Pedagogické myslenie, školstvo a vzdelávanie na Slovensku v rokoch 1918 – 1945*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis 2016, 413 s. ISBN 978-80-8082-955-1

Zprávy: II. sjezd diplomovaných ošetrovatelek. In *Československá nemocnice*, 1932, roč. II., č. 4, s. 41 – 42.

Korešpondencia:

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva FZaSP

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

lubica.ilievova@truni.sk

doc. Mgr. Erika Juríková, PhD.

Katedra klasických jazykov Filozofická fakulta

Trnavská univerzita v Trnave

Hornopotočná 23

918 43 Trnava

erika.jurikova@truni.sk