



**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 2022**

*která se uskutečnila dne 15.09. 2022 ve FN Motol*



**ISBN: 978-80-87347-42-3**

**Název publikace:**

**Cesta k modernímu ošetřovatelství 2022 – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí**

**Editor:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

**Vydala:**

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

jako svou 44. publikaci.

Počet stran:	90
Vydání:	první, Praha, 2022
Náklad:	elektronicky
Grafická úprava:	Daniel Jirkovský

**Neprodejné!**

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole  
Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

**ISBN: 978-80-87347-42-3**

## OBSAH:

	str.
<b>PERSPEKTIVY A SMYSL V OŠETŘOVATELSTVÍ</b> Koťa J.	8
<b>RODINNÝ PRŮVODCE PRO PEČUJÍCÍ OSOBY A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM – KOMPLEXNÍ POMOC RODINNÝM PEČUJÍCÍM NA JEDNOM MÍSTĚ</b> Zachariášová J.	12
<b>MOŽNÁ POCHYBENÍ A SANKCE V PRÁCI SESTRY Z POHLEDU PRÁVNÍHO – JAK SE JIM VYHNOUT A JAK JE ZMÍRNI</b> Dvořáková V.	17
<b>SCLEROSIS MULTIPLEX V DETSKOM VEKU Z HĹADISKA ŠPECIFICKÝCH OBLASTI A KVALITY ŽIVOTA</b> Mrošková S., Magurová D., Tkáčová Ľ.	20
<b>SOCIÁLNE ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV S EPILEPSIOU</b> Majerníková Ľ., Obročníková A., Hudáková A.	24
<b>TELEOŠETROVATEĽSTVO AKO NÁSTROJ NA ZABEZPEČENIE KONTINUIITY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV</b> Martinková J., Puteková S.	30
<b>TESTOVANIE B ŠKÁLY HODNOTENIA SEBESTAČNOSTI PACIENTOV S VYBRANÝMI NEUROLOGICKÝMI OCHORENIAMI</b> Frčová B., Rapčíková T., Frčová Z.	36
<b>PRACOVNÁ MIGRÁCIA SLOVENSÝCH SESTIER A JEJ DÔSLEDKY PRE OŠETROVATEĽSKÚ PRAX</b> Ševčovičová A., Miňo L.	42
<b>MOTIVÁCIA V PREVENCI A LIEČBE OBEZITY</b> Trnková L.	49
<b>VALIDÁCIA NOVEJ METÓDY MERANIA KVALITY ŽIVOTA U PACIENTOV SO SCLEROSIS MULTIPLEX</b> Majerníková Ľ., Tkáčová Ľ., Obročníková A.	56
<b>TRAJEKTORIE KVALITY ŽIVOTA U MLADÝCH DOSPĚLÝCH PO ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ</b> Šaňáková Š., Gurková E., Štureková L., Bartoníčková D.	61
<b>DETERMINANTY PERCEPCIE KLINICKÉHO STRESU U ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE</b> Magurová D., Mrošková S., Tkáčová Ľ., Ondriová I., Schlosserová A.	62

<b>INOVAČE VÝUKY PERIOPERAČNÍCH SESTER-PROJEKT ERASMUS+ „MY OPERATING ROOM NURSE COACH“</b>	64
Škvrňáková J., Wichsová J., Vojtěchová M.	
<b>MANAGEMENT RIZIK PŘI PŘÍPRAVĚ A PODÁVÁNÍ LÉČIV SESTROU</b>	66
Brabcová I.	
<b>MOBILNI SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE</b>	68
Šedivá P., Tulachová K.	
<b>POMOC K AKTIVNÍMU ZAPOJENÍ SESTER PRCHAJÍCÍCH Z UKRAJINY</b>	69
Čermáková I., Bakusová T., Zvoníčková M.	
<b>POTŘEBA ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PODPORY RODINNÝM PEČOVATELŮM</b>	71
Brabcová I.	
<b>DOBROVOLNÍCI JAKO SOUČÁST TÝMU FN MOTOL</b>	73
Blažková J., Hurdová J., Vejdělek J.	
<b>ZÁKLADNÁ LATINSKÁ TERMINOLÓGIA PRE POTREBY CHIRURGICKÉHO OŠETROVATELSTVA</b>	75
Ilievová Ľ., Poliaková N., Gerlichová K.	
<b>PŘIDĚLOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A VÝSKYT NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ</b>	77
Jarošová D., Zeleníková R., Plevová I., Mynaříková E., Kachlová M.	
<b>ZKUŠENOSTI SESTER A PACIENTŮ SE SPÁNKEM BĚHEM HOSPITALIZACE: KVALITATIVNÍ STUDIE</b>	79
Jarošová D., Locihová H., Stuchlíková K., Slonková J., Zoubková R., Šonka K.	
<b>NEREALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ</b>	81
Klokočková Š., Tomová Š.	
<b>PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ SESTER NA DĚTSKÝCH A DOSPĚLÝCH INTERNÍCH ODDĚLENÍCH BĚHEM PANDEMIE COVID-19</b>	82
Bartoníčková D., Kalánková D., Bečvářová R., Gurková E., Mazalová L.	
<b>SIMULAČNÍ MEDICÍNA JAKO PRAKTICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY</b>	83
Vosátková E., Truhlářová S., Strymptlová M., Corea S.	
<b>POSÚDENIE KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV</b>	84
Botíková A., Uríčková A., Lajdová A., Tobisová M.	
<b>ZAISTENIE BEZPEČNOSTI NA PRACOVISKÁCH PSYCHIATRIE V KONTEXTE PRÍPRAVY SESTIER</b>	86
Dubovcová, M.	

<b>PREVENCE ÚRAZŮ A NÁSILÍ V EVROPSKÉM REGIONU WHO – PREVENTIVNÍ ČINNOST CENTRA ÚRAZOVÉ PREVENCE 2. LF UK A FN MOTOL</b>	87
Švancarová A.	
<b>MENTORSTVÍ A ROLE MENTORKY Z POHLEDU BÝVALÉ ABSOLVENTKY</b>	88
Průšová K., Hromádková J., Nikodemová H.	
<b>MOŽNOST ZASTUPOVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NEJEN PRO PEČUJÍCÍ OSOBY V OBLASTI SOCIÁLNĚ - PRÁVNÍ/ZAJIŠTĚNÍ PÉČE</b>	89
Mach P.	
<b>VYUŽITÍ HODNOTÍCÍCH TESTŮ U SENIORŮ</b>	90
Michálková H., Topinková E., Vágnerová T., Šedová L.	

## SLOVO ÚVODEM

Vážené kolegyně,  
Vážení kolegové,

*po dvouleté pauze, způsobené celosvětovou pandemií onemocnění COVID-19 se ve Fakultní nemocnici v Motole, 15. září 2022, uskutečnila tradiční konference s mezinárodní účastí Cesta k modernímu ošetrovatelství. Shodou okolností, v roce 2022, šlo již o 22. ročník této akce, která zásluhou všech aktivních i pasivních účastníků neproběhla „na dvojku“, ale „na jedničku“.*

*Jsme rádi, že se v rámci konference vytvořil a udržel prostor nejen pro potřebné předávání a získávání odborných znalostí, ale také pro tolik potřebnou odbornou diskusi a rozvíjení bližších profesních vztahů. Propojení ošetrovatelské teorie s ošetrovatelskou praxí vytváří komplexnější obraz o našem oboru a vytváří předpoklady pro potřebné změny na cestě k lepšímu a k modernějšímu ošetrovatelství.*

*Před dvěma lety jsme naše úvodní slovo zakončili citací slavného Vergilia: „Felix qui potuit rerum cognoscere causas“, tedy „Šťastný ten, kdo mohl poznat podstatu věcí“. Jsme rádi, že i přes veškerá protivenství a extrémní pracovní zátěž, kterým byly sestry a další nelékařské zdravotnické profese vystaveny v době pandemie, neztrácíme snahu hledat podstatu věcí. Přejme si, aby se nám to i nadále dařilo.*

*Těšíme se na setkání s Vámi při dvacátém třetím ročníku konference v roce 2023!*

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

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

**A. PŘÍSPĚVKY SDĚLENÍ Z KONFERENCE**  
(PLNÉ TEXTY)

## PERSPEKTIVY A SMYSL V OŠETŘOVATELSTVÍ

Koťa J.

Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, Katedra pedagogiky

Dámy, pánové,

jsem potěšen, že se s Vámi po delší přestávce mohu opět setkat. Pro dnešní setkání jsem zvolil nelehký námět, ale doufám, že bytostně oslovující. Jde o téma, o němž si myslím, že nazrálo dobou a je takříkajíc na čase. Jedná se o *Perspektivy a smysl v ošetrovatelství*. Toto téma je široké, interdisciplinární, filosofické, sociologické, axiologické a lze jej označit jako součást sebepoznání, dokonce i terapie zaměřené na sebe sama.

Zprvu by se mohlo zdát, že jde o samozřejmé úvahy o povolání, které vykonáváme na tomto světě. Vždyť každá profese v sobě nese řadu společenských závazků, aniž si uvědomujeme, jak nám automaticky vklouznou pod kůži. Jako existuje etický kód učitelů, tak je i profesní a etický kodex lékařů, ošetrovatelek, terapeutů a mnoha dalších. Neexistuje profese bez morálního či etického souboru příkazů, zákazů a norem, ale hlavně *společenských závazků*, které nasajeme spolu s rolemi, které nás společenství nutí hrát tak, že je ani nepovažujeme za výtvar dlouhého historického vývoje, ale za cosi daného a přirozeného.<sup>1</sup> Filosof Jan Patočka říkával, není tomu tak, že si vybíráme cesty, ale spíše jde o to, že si cesty vybírají nás.

Jak uchopit zvolené téma? Všichni jsme si vědomi otřesů a výkyvů, kterými prochází soudobá společnost. Všude jsou radikálně zpochybňovány tradice, zvyklosti, společenský řád a normy, pochybností nejsou ušetřeny celé státy, organizace, spolky ani rodiny a jednotlivci. Pokud má současná civilizace globální charakter, pak nikdo nemá možnost před ní utéct. Každého z nás zasahují společné nesnáze a každý jednatel se musí vypořádat s řadou nových traumat, nepříjemností a problémů.

Ještě před pár lety jsme žili v relativně stabilní společnosti. Ale otřásající nástup covidu a posléze války přinesly velké ekonomické znejistění v podobě zdražování a inflace. Ty není snadné zastavit a redukovat, zvláště když mají mezinárodní rozměry.

Ošetrovatelky v nemocnicích při rozhovorech uváděly jako zneklidňující nárůst práce především v provozech, kde trvá dlouhodobě podstav. Ke znejistění se u této profese přidává nejen únava, ale i obavy z ekonomické budoucnosti. Již v minulých letech jsem zmiňoval vysokou prestiž sester, které se v žebříčku jednotlivých profesí ocitly po r. 2011 hned za lékaři, v žebříčku prestiže se pohybují vedle vědců a vysokoškolských učitelů. S růstem prestiže došlo nakonec i k úpravám platů v této profesi a to, co je považováno za znejišťující jsou platy sester rovné těm, které pobírají docenti na humanitních fakultách (filosofické, pedagogické atd.) na konci své životní kariery před odchodem do penze. Tím ovšem není řečeno, že je v této oblasti vše dořešené...

Sociální psychologové se před lety začali zabývat zkoumáním platů ve vztahu k extrémistickým a rasovým postojům, a z těchto šetření vzešla zajímavá zjištění; asi nejdůležitější byla otázka životní spokojenosti ve vztahu k výši platů.<sup>2</sup> Nejdůležitější ve výzkumu se ukázalo, že *rozhodující je, do jaké míry je každý jeden člověk spokojen s příjmy, které dostává*. Podobně jako prestiž profese vůbec nekoreluje s výší platů;<sup>3</sup> také otázka výše platu a spokojenosti s platem není stanovena dle nějaké definovatelné částky, ale jedná se do jisté míry o vnitřní nastavení jedince k životu a k jeho hodnotám.

Vzal jsem si jako téma otázku životních perspektiv a smyslu ošetrovatelství. Jak jsem asi naznačil, nikdo nežije ve vzduchoprázdnu a doléhá na nás společenské klima a pocit, že jsme se ocitli v epoše, v níž

---

<sup>1</sup> Již např. Chelčický psal o tom, že bůh rozděluje lidi do stavů a tím pádem i postavení a povolání, a proto jde o cosi daného a samozřejmého. Jedna věc jsou motivace a důvody proč jsme si zvolili určitou životní dráhu či poslání, druhá věc je, že společnost má pro nás pro každého připravený úděl a životní dráhu

<sup>2</sup> (Všimněte si, stále kolem sebe vidíte nespokojené hrabivé miliardáře, kteří se ženou zběsile životem aniž by si odpověděli na otázku: proč potřebuješ vydělat miliardu, když dostaneš infarkt myokardu.)

<sup>3</sup> Často je tomu dokonce naopak, například v žebříčku prestiže jsou v posledních letech na konci až za uklízečkami v Čechách poslanci.



*lidstvo ztratilo víze, ale i iluze a představy o budoucnosti.* Připomeňme si projevy politiků o „blbé náladě“, které jsem si vysvětloval tak, že po rozkladu socialismu u nás, nutně něco takového jako pocit nejistoty musel nastoupit. Bývalý režim opřený o marxismus leninismus usiloval ideologicky o to, vzbuzovat v lidech iluzi šťastné budoucnosti, která se nakonec musí dostavit, až společnost překoná všechny dětské potíže. Stoupenci plánovaného hospodářství slibovali obyvatelstvu řadu jistot (obrana státu, lékařskou a sociální péče, zajištění ve stáří, plnou zaměstnanost, dostupnou vzdělanost atd.). Z bývalých sociálních jistot mnohé stále přetrvávají, ale to hlavní, co se poměrně rychle vytratilo byly iluze o tzv. *eschatologii budoucnosti*, tj. vštěpovaná představa, že ty nejkrásnější a nejlepší věci teprve lidstvo čekají, a pokud je nezažije naše generace, tak se těchto nádherných časů dožijí budoucí pokolení, naše děti a naši vnuci.<sup>4</sup>

Obávám se, že právě *ztráta iluzorních perspektiv* pěstovaných v minulosti navozuje pocit bezradnosti, občas i nesmyslnosti a prázdnoty. Zřejmě jsou lepší falešné iluze než žádné. Sociologové i psychologové hovoří o pádu do prázdnoty, rozkladu střední třídy a tím pádem i stability státu či o *tekuté společnosti* (což je metafora, kterou sociolog Z. Bauman<sup>5</sup> naznačuje, že to, v čem žijeme nemá pevný tvar ani uchopitelné obrysy.) Desetiletí před pádem režimu, se diskutoval i nástup tzv. *postmoderní společnosti*.

Právě konec moderny znamenal novou a důkladnější reflexi dlouhodobého společenského rozkladu. Tzv. *bezbřehý postmodernismus* podtrhnul skutečnost, že svět se vymyká racionalitě a je změnil se spíše než v co jiného v rej či karneval, v němž se namíchá koktejl s trochou exotiky, vrazí se do něj trochu libida, špetka pragmatismu, holotropní dýchání, něco z apokalypsy, pro děti pár želv Ninja, pro dospělé tančící domy, potřeštěné videozáznamy a pomatené diskuse na sociálních sítích - a to bude ten úžasný svět, v němž bude vyrůstat následující pokolení. Proti tomu byly postaveny pokusy o *postmodernismus přesnosti*, který popíše typiku roztříštěného světa a ukáže, že jednota světa, ve kterou jsme iluzorně doufali se definitivně rozložila.<sup>6</sup> Proč se vlastně rozpadla? Především se staly nevěrohodné velké projekty emancipace celého lidstva, které ve skutečnosti směřovaly ke kontrole dění ve společnosti. Vše mělo být zákonitě, nutně, předvídatelné. Vyprávěli jsme si i ve vědách příběhy o osvobození a krize, přicházející jedna za druhou, byly považovány za přechodné potíže na cestě k závěrečné velké jednotě. Ale namísto osvobození se lidstvo začalo utápět v obrovských byrokratických mechanismech a iluze osvícenského společenského pokroku skončila obrovským zklamáním a rozčarováním.

V době rozkladu ideálů a iluzí lidstvo irituje především období přechodu, v němž lidé ztrácejí světonázorovou orientaci. Koho budu volit? Jak a pro co budu žít? Neměli pravdu existencialisté jako Albert Camus, když tvrdili, že svět je absurdní a nesmyslný? S tím souvisí i rozpad důvěry v politiku, neboť lidé přestali věřit, že politici jakožto správci společenského života jsou schopni řešit současné problémy. Rozpadla se i důvěra ve vědu a její poslání.<sup>7</sup>

Rozklad iluzí moderny řada myslitelů považovala za nový nástup společenského vědomí a organizace, protože nároky na poznání byly v minulosti spojovány s útlakem a nátlakem na jedince. Na druhou stranu se nikdo vážně nehodlá a nechce rozejít s vymoženostmi modernizace. Můžeme se ohánět ekologií, ale těžko se vzdáme výtahů, dopravy, topení, splachovacích záchodů, hygienických opatření atd. atd. V modernitě se rovněž podařilo završit měšťácký způsob života a konzumní společnosti, ve

---

<sup>4</sup> Po pádu berlínské zdi, kdy se politicky a ekonomicky zhroutil celý tábor socialismu a míru, jak jsme jej to nazývali, bylo jasné, že iluzorní a nedosažitelné společenské perspektivy padly pod stůl. Garnitury politiků nastupující po této proměně také nebyly nejen schopny vytvořit efektivně fungující správní aparát státu (prostě jen převzaly to, co zde bylo k dispozici), ale ani předložit obyvatelům další iluzorní a nevěrohodné sliby a představy o světě, do kterého se ubíráme a v němž budeme žít.

<sup>5</sup> Bauman, Zygmunt: (2002) *Tekutá modernita*. Praha: Mladá fronta.

<sup>6</sup> Srv. k tomu např.: Welsch, Wolfgang: (1994) *Naše postmoderní moderna*. Praha: Vyšehrad.

<sup>7</sup> Budoucnost byla dlouho fundována i historickými příběhy, a lidé měli představu, že to, co žijeme, je výsledek dlouhodobého vývoje. Ale i tato velká vyprávění pozbyla věrohodnost, ať už to byla vyprávění vyspekulovaná nebo emancipační naplněná přísliby štěstí.

kteří dnes pociťujeme krizi ze ztráty duchovnosti či řečeno jinak: z rozkladu spirituálního zakotvení života.

Vedle myšlenky, že ekonomika je základ a z něho se odvíjí vše ostatní, kterou vtiskl západním ekonomům Karel Marx; podařilo se v rámci tzv. budování socialismu vštípit lidem ideu, že stát představuje deštník, který bude každého jednotlivce chránit před špatným počasím. V této zneklidňující době jsou na tom v principu daleko lépe ti, co věří v boha nebo jsou příslušníky některých církevních komunit. Již sv. Augustin a po něm náš Komenský, když byli konfrontováni s otázkou, kde vlastně hledat Boha, tak Augustin jej našel v hloubi své duše, Komenský psal v Labyrintu o vlastním srdci, které je centrem víry.<sup>8</sup>

O naší společnosti se uvádí, že je vysoce ateistická, čímž se myslí to, že lidé opustili víru svých předků. Mnozí jsou však tzv. něcisté, tj. věří, že mezi zemí a nebem není pouze lustr. Ale navíc jsme všichni zdědili po předcích víru v žebříček hodnot, které razilo křesťanské desatero – a tyto *tradiční hodnoty jsou pro naši civilizaci a životy každého z nás klíčové*. A k tomu je třeba přidat a obnovit úctu k člověku. Tady mi dovoluji poznámku: na rozdíl od barbarů, křesťané byli těmi, kdo se začali starat o nemocné a ošetřovat raněné. Jak ve starém Zákonu tak v novém se potkáme s obrovskou mírou respektu ke každému jedinci – k muži i ženě. To zdaleka není dodnes v řadě náboženství a národů samozřejmé. Není náhodou, že úcta k jedinečnosti lidského života vytvořila základ personalismu, z něhož byla inspirována západní idea lidských práv. Charta lidských práv má, jak upozornila prof. Komárková, křesťanský základ.

Dovolím se uvést jednu zapomenutou skutečnost. Když v meziválečném čase někdo zemřel a skrze obec nebo město jel pohřební vůz, tak policisté zastavili dopravu, všichni smekli a čekali až přejde průvod, protože všichni společně zemřelému vzdávali poslední poctu. Ve společnosti, kde se rozpadne úcta k mrtvým, se rychle vytratí i úcta k živým. A na to bychom neměli zapomínat.

Jak je tomu s hodnotami a se životním smyslem? Hodnoty nejsou něco, co člověk najde na ulici jako ztracenou minci. Hodnoty jsou, jak upozornil myslitel Max Scheler, otázka *ordo amoris*, řádu našeho srdce, který je odlišný od řádu našeho myšlení.<sup>9</sup> Je to způsob, jakým se každý jeden z nás vztahuje k věcem, ke světu, k druhým lidem, ale i k sobě samému. To není něco, co nám někdo může dát, nebo si to koupíme v apatyce. Hodnotový řád je součástí naší vnitřní duchovní dimenze, která nás provází od narození do konce života. Tvrdí-li někdo, že se rozpadl společenský hodnotový řád, znamená to primárně, že se mu rozpadl jeho vnitřní svět, jeho životní integrita. Ale vinit z vlastních problémů celou společnost, to jsme se také naučili v minulosti – a bude těžké se to odnaučit.

Nikdo nám neslibil, že se budeme mít skvěle a vše bude bez problémů, že prožijeme život jako procházku růžovým sadem. Takové sliby nikdo z nás do kolébky nedostal. A vykládat tyto věci v ošetrovatelství je asi tak duchaplné jako nosit sovy do Athén. Právě zdravotní sestry jsou denně konfrontovány s bolestí, bezmocností, zoufalstvím, přecitlivělostí, ale i slabostí, sobectvím, strachem a nejistotou z budoucnosti. Existuje možnost dlouhodobě a důstojně vzdorovat tomu, co člověka každodenně přepadá, trápí a sužuje? V terapii se říká, že když někdo trpí, tak se vždy najdou ti, kdo mu přijdou na pomoc. Ale když trpí dlouhodobě, po celé leta, tak začne být pro okolí obtěžující přítěží... Mluvme tedy otevřeně o pocitech, které zdravotní sestry jsou nuceny prožívat po celá desetiletí! Mnohé chvíle a tíživé situace v prostoru zdravotní péče jsou tíživé a hluboce zdrcující.

Všimněme si: dnes se v psychoterapii ocitá řada žen, které jsou nuceny se pohybovat ve složitých mezilidských vztazích. Existencialista Saint-Exupéry říkával: Největší luxus jsou mezilidské vztahy. Ano, proto za ně platíme také největší cenu. Není náhodné, že se v terapii ocitají ženy soudkyně, lékařky, učitelky, zdravotní sestry, sociální pracovnice, tedy všechny ty, pro něž udržování mezilidských vztahů v každodennosti se může stát a skutečně se stává obrovskou psychickou zátěží. A nesnažme se

---

<sup>8</sup> Komenský, Jan Amos: (2011) *Labyrint světa a ráj srdce, o tom jest: světlé vymalování, kterak v tom světě a věcech jeho všechněch nic není než matení a motání, kolotání a lopotování, mámení a šalba, bída a tesknost, a naposledy omrzení všeho a zoufání; ale kdož doma v srdci svém sedě, s jediným Pánem Bohem se uzavírá, ten sám k pravému a plnému myslí upokojení a radosti že přichází*. Praha: Městská knihovna.

<sup>9</sup> Scheler, Max: (1971) *Řád lásky*. Praha: Vyšehrad.

tvrdit, že jedinec dokáže vyjít se všemi, s nimiž se v každodennosti setkává. Tak prostě a jednoduše to ve světě nechodilo a nechodí. Proto je třeba prohloubit sebepoznávací aktivity ve zdravotnictví, rozšiřovat poznání z psychologie, především z komunikace, z řešení konfliktů, ze sociologie, aby bylo zjevnější, proč a v čem se odlišují jednotlivé skupiny pacientů – od sociálně problémových až po vysoce problémové manažery a podnikatele.

Širší znalost psychologie a k tomu přidružené sebepoznávací aktivity slouží nejen ochraně klientů či pacientů, ale i samotných sester, pro něž se stane srozumitelnější nevhodné či absurdní jednání některých lidí. Člověk rovněž daleko lépe zvládne starosti a těžkosti, když má jasnou představu o tom, jaké společenské poslání má jeho profese. A to je něco, co se s lety praxe může vytratit.

V minulosti to, co bylo smyslem společnosti nadiktovala vládnoucí garnitura a občané se snažili nějak přežít tak, aby došli co nejmenší újmy. Sociolog Šimečka psal o velkých a malých dějinách.<sup>10</sup> Velké dějiny se vlečou, ale ty malé, to jsou ty, co žijeme každý jeden z nás ve své každodennosti. Je pravdou, že mezi těmito „dvojími dějinami“ je obrovský časový předěl. Chtěli bychom, aby i ty velké společenské dějiny probíhaly tak rychle jako jsme nuceni žít ve svých běžných starostech. Ale ty velké společné dějiny jsou daleko pomalejší a vzbuzují netrpělivost, protože mají loudavý ráz. Přesto se mnohé mění. Zvláště zdravotnictví prošlo v posledních desetiletích obrovskou proměnou díky novým diagnostickým metodám, přístrojovému vybavení, novým lékům a celé řadě nových operačních postupů atd. Je ovšem otázka, jestli veškeré změny, jimiž prochází společnost a zdravotnictví jsou také žádoucí změny lidských bytostí včetně správců společenského života, vědců, učitelů, lékařů, zaměstnanců zdravotnictví, služeb atd.

Takže pár slov na závěr dnešního neuspořádaného povídání: neexistují mimozemské perspektivy nebo nadlidský smysl. Jak perspektivy (nebo chcete-li vize) a smysl, to jsou záležitosti duchovního charakteru, které je třeba v sobě samém kultivovat po celý život. Připomenu v této souvislosti příběh novinářů, kteří přišli na stavbu a ptali se prvního dělníka: Co vy tu děláte? A on odpovídá: Já tady míchám beton, aby bylo z čeho stavět. Já si tady vydělávám na chleba pro rodinu, protože se starám o děti o staré rodiče. Jsou dál a ptají se dalšího: a Vy tady děláte co: Já si tady vydělávám na chleba pro rodinu, protože se starám o děti o staré rodiče. Přijdou ke třetímu a ptají: A co tady děláte vy? A on jim udiveně odpovídá: Cožpak to nevidíte? Stavím krásný dům... Co by na takové otázky odpověděly zdravotní sestry, které mají možnost denně se spolupodílet na tom, že zmírňují bolesti a strasti těch, kteří trpí. Jako filosof a učitel nikdy nevím, kolik si toho ve svých hlavách z myšlenek, které se pokouším zprostředkovat, moji posluchači odnesou... Jak říkal Freud: politika, učitelství a psychoterapie jsou nemožná povolání. Nikdy si nemůžete být jisti výsledkem.

A ti, kdo pracují ve zdravotnictví jsou nuceni se nejen vypořádat s nejistotou a neštěstím, které vidí všude kolem sebe, ale mají možnost vidět zlepšení nemocných, mají šanci rozdávat naději, mají obrovskou příležitost denně prokazovat, že nejen léčba, ale především mezilidské vztahy jsou největší luxus. A dokážeme-li přes veškeré nesnáze soukromého i pracovního života udržet humánní smysl své profese, pak tento smysl budeme schopni předávat i dál. Bohumil Hrabal zakončil jeden svůj text větou: všechno je na gumičce perspektivy. Ano, výhledy a perspektivy se mění, svým způsobem se proměňuje a obohacuje i smysl našich životů. Jde v první řadě o naše vnitřní nastavení, chcete-li podle Komenského: jde o naše srdce, jde o to, jak věci vidíme, jak jim rozumíme, ale hlavně jak je prožíváme a cítíme. Jde také o to, aby abychom smysl našeho života neztratili ze zřetele a pečovali o duši svou i svých blízkých.

#### **Korespondenční adresa:**

doc. PhDr. Jaroslav Koťa  
Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, Katedra pedagogiky  
Jaroslav.Kota@ff.cuni.cz

---

<sup>10</sup> Šimečka, Milan (1979) *Obnovení pořádku*. (samizdat) Kolín nad Rýnem (1990, Praha: Atlantis)

## RODINNÝ PRŮVODCE PRO PEČUJÍCÍ OSOBY A MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM – KOMPLEXNÍ POMOC RODINNÝM PEČUJÍCÍM NA JEDNOM MÍSTĚ

Zachariášová J.  
A DOMA z. s.

### **Souhrn:**

*Přednáška se zabývá podstatou činnosti Rodinného průvodce při budování vztahu, identifikování potřeb a stanovení cílů podpory pro pečující osobu. Ukazuje možnosti spolupráce s multidisciplinárním týmem, který dokáže řešit negativní aspekty péče v dlouhodobém časovém úseku. Jejich spolupráce je příkladem dobré praxe a propojení zdravotně sociálního pomezí ve prospěch pečujícího a jeho rodiny, ale také opečovávaného.*

**Klíčová slova:** Pečující, péče o blízkého, opečovávaný, Rodinný průvodce, multidisciplinární tým

### **Family Guide for caregivers and multidisciplinary team – comprehensive help for family caregivers in one place**

#### **Summary:**

*The lecture deals with the essence of the activity of the Family Guide in building a relationship, identifying needs and setting support goals for the caring person. It shows the possibilities of cooperation with a multidisciplinary team that can solve the negative aspects of care in the long term. Their cooperation is an example of good practice and the connection of health and social boundaries for the benefit of the caregiver and his family, as well as the cared for one.*

**Keywords:** Caregiver, care for a loved one, cared for one, Family Guide, multidisciplinary team

### **Úvod**

Z televize, rozhlasu a všude kolem nás slyšíme, jak populace stárne, přibývá lidí, kteří se dožívají vysokého věku. S tímto sdělením se také dozvíme, že pobytová zařízení jsou přeplněná a terénní služby nemají kapacitu. Komu tedy zůstává pomyslný „černý Petr?“

Jsou to přece rodinní příslušníci-největší pečovatelská a osobní asistence v republice. Všichni si přejeme žít v domácím prostředí, kde máme pocit jistoty a bezpečí. Předpokládáme, že tomu bude i v případě ztráty soběstačnosti. Ve chvíli, když péče přichází rozčarování. Pečující zjistí, jak je systém zdravotních a sociálních služeb složitý.

### **Vlastní text**

V současné době pobírá Příspěvek na péči cca 370 000 lidí, tj. počet lidí, kteří potřebují pomoc v některé z činností soběstačnosti a sebeobslužnosti. K tomu je potřeba připočítat i klienty, kterým se v důsledku stárnutí zhorší často „ze dne na den“ zdravotní stav a o sociální dávku nemají požádáno. Když vezmeme v potaz, že počet míst v pobytových zařízeních je odhadován na cca 86 000 nikoho nepřekvapí, že významná část péče tj. 80 % se odehrává v domácím prostředí, často v režimu 24/7. ČSÚ sděluje, že v ČR je přes 5 mil. zaměstnanců, a když budeme vycházet z údajů FDV, že na jednoho opečovávaného jsou 2–3 pečující osoby dojdeme k tomu, že v ČR každý pátý zaměstnanec pečuje či pomáhá svému blízkému s některou z činností, kterou si již sám nedokáže zajistit.

Sladění osobního a pracovního života je jedním z důležitých aspektů SMĚRNICE EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) ze dne 20. června 2019 o rovnováze mezi pracovním a soukromým životem rodičů a pečujících osob, kterou by ČR měla přijmout. Pečující potřebují komplexní podporu při řešení péče o blízkého, aby se mohli soustředit na pracovní výkon, nemuseli řešit a mít obavu o svého blízkého doma apod. Zajištění informací od Rodinného průvodce a nastavení funkčního modelu péče v rodině je základem pro udržitelného poskytování péče v domácím prostředí.

Jak se za léta praxe ukázalo, pečující s nastalou situací:

- a) nemají zkušenost, jsou v procesu pečování poprvé (řeší stylem pokus omyl, hledají informace na internetu)
- b) získané informace ale neumí propojit do kontextu řešené situace, zvláště s ohledem na zdravotní či psychické zdraví opečovávaného
- c) hledají zkušenosti od přátel – ne na všechny situace lze praktikovat stejný přístup
- d) nemají potřebné znalosti a dovednosti (špatná manipulace, komunikace s opečovávaným)
- e) chybí jim informace na jednom místě (zvláště v počátku pečování)
- f) neorientují se v systému, který přesahuje působnost MZ a MPSV
- g) jsou v emocionální vazbě k opečovávanému
- h) neuvědomují si (nespočítají si) finanční dopady péče

Poskytují, ale blízkému pomoc, která je často srovnatelná s profesionálními službami, jež zajišťují formální poskytovatelé sociálních či zdravotních služeb.

Ze zkušeností v projektech vyplývá, že rodinní pečující se rozhodnou pečovat z pocitu zodpovědnosti k blízkému nebo z tlaku okolí, kdy není jiné řešení (nedostatek terénních, ambulantních a pobytových služeb či nedostatek finančních prostředků).

Vždy jsem rodinu pojímala jako jednolitý celek, který potřebuje při péči podporu. Vytvořila jsem model Rodinného průvodce. Je to člověk, který se dokáže vcítit do pečujícího nebo rodiny v obtížné situaci a dlouhodobě pomáhá najít řešení v péči o blízkého. Práce Rodinného průvodce spočívá v důsledném zjišťování potřeb pečujících, opečovávaných a celé jejich rodiny s využitím znalostí a dovedností rodinného průvodce, ale i na řešení dalších lidských potřeb, které mohou mít přímou či nepřímou souvislost s péčí o blízkého. Rodinný průvodce řídí případ a společně s multidisciplinárním týmem předkládá pečujícím nový pohled na řešení nepříznivé situace. Dlouhodobě pracuje s pečujícím formou diagnostiky, koučování až po jejich odpojení.

Pečující dělím na hlavní a vedlejší pečující osoby z hlediska péče o blízkého a efektivní komunikace a zodpovědnosti za péči jen s jednou osobou.

Ne vždy si rodiny uvědomují celý záběr činností, které budou muset při péči zastat, ať už se bude jednat o doprovod na vyšetření, jednání na úřadech, vyřizování různých dávek, organizace a vyhledávání služeb (osobní asistence, fyzioterapie atd.), péče o domácnost opečovávaného až po přímou péči o opečovávaného.

Často slyšíme větu, která nás již tahá za uši a zní: „My to ještě zvládneme. Zatím pomoc nepotřebujeme“. Po čase, když rodina zavolá, je již pět minut po dvanácté. V té chvíli se situace obrací a slyšíme: „Jsem totálně vyčerpaná, nemohu najít nikde žádnou osobní asistenci, půl roku čekáme na vyřízení příspěvku na péči, maminka nechce jít k lékaři a oni po nás chtějí zprávy o zhoršení zdravotního stavu, jinak nic nedostane. Pořád nám chodí nějaké dopisy a už je ani nečteme. Celý život pracovala a dnes, když potřebuje pomoc, stát jí nic nedá“. Rodinní pečující stráví několik desítek či stovek hodin různým vyřizováním a zajišťováním služeb. Nikdo jim komplexně nepomůže a neřekne, na co vše mají nárok. Chodí od jedněch dveří k druhým. A co teprve najít odborného lékaře a doprovodit blízkého na vyšetření. Kolik hodin stráví čekáním u lékaře či problémům se zajištěním přepravy do zdravotnického zařízení.

Pomoc i v těchto několika rozličných oblastech je možné zajistit v rámci působení Rodinného průvodce s odpovídajícím týmem odborníků. ten se postupně rozrůstal podle zjištěných potřeb při péči až do současné podoby:

Ergoterapeut

Doporučí úpravu domácího prostředí ve vztahu k soběstačnosti a sebeobslužnosti opečovávaného • Nacvičí činnosti, které mají podpořit co nejdéle udržení opečovávaného v přirozeném prostředí – domácnosti • Vybere vhodné pomůcky

### Nutriční terapeut

Sestaví vyvážený jídelníček pro opečovávaného vzhledem k jeho zdravotnímu omezení • Zjistí, zda strava obsahuje dostatek bílkovin, tuků a sacharidů, aby byla vyvážená a podporovala se i po této stránce mobilita opečovávaného

### Klinický farmaceut

Zhodnotí současnou medikaci opečovávaného • Řeší interakce mezi medikací, užíváním volně prodejných léků či různých druhů potravinových doplňků • Vypracuje zprávu pro praktického lékaře, kde shrne navrhované změny a podněty

### Mediátor

Zjistí zátěžové situace u pečující osoby • Řeší konflikty, které odpovídají zájmům a potřebám jednotlivých stran. • Musí dovést znesvářené strany zpět ke vzájemné komunikaci • Cílem je, že konfliktní strany jsou schopny od sebe oddělit osobu a věc, akceptovat rozdílné potřeby a zájmy druhé strany, poznat možná zkreslování skutečnosti

### Fyzioterapeut

Identifikuje nesprávné pohybové návyky pečující osoby při manipulaci s opečovávaným, bolestí zad a kloubů či dalších zdravotních problémů, mající souvislost s náročností péče o blízkého • Edukuje, jak na imobilní opečovávané a doporučí vhodné kompenzační a rehabilitační pomůcky

### Právní podpora

Občanské právo – výběr vhodného typu zastupování opečovávané osoby mezi možnými variantami: plná moc, nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti, opatrovnictví • Správní právo – zastupování před správním orgánem, zplnomocnění či určení opatrovníka • Právo sociálního zabezpečení/sociální ochrany, podání žádosti k příslušnému ÚP, krajské pobočce ČSSZ, řešení odvolání proti zamítnutí přiznání příspěvku a dalších dávek, podání námitek, doplnění důkazního materiálu • Pracovní právo, nárok na pracovní volno, napojení na systém sociálního zabezpečení

### Sociální pracovník

Výběr vhodných finančních dávek podpory při péči • Příprava podkladů pro žádosti • Vyplnění formulářů žádosti o příslušné druhy příspěvků a jejich podání na ÚP • Účast na sociálním šetření pracovníků z ÚP • Podání žádostí na ÚP • Edukace o postupu a získání kompenzačních a inkontinenčních pomůcek • Poradenství a výběr terénní, ambulantní, pobytové služby, zdravotní či hospicové péče • Příspěvky na zvláštní pomůcky a podpora při zajištění lázeňské péče

### Trenér paměti

Zjištění kognitivního deficitu blízkého provedením testů MMSE či Mini-Cog apod. • Sestavení individuálního plánu procvičování paměti na základě zájmů, zálib a zjištěného nedostatku • Posilování zachovaných dovedností krátkodobé či dlouhodobé paměti • Reminiscenční terapie • Doprovodná relaxačně pohybová cvičení

### Psychoterapeut

Pomoc se zvládnutím složité či krizové životní situace, prvotní šok z péče, převzetí rozhodování za blízkého, změny jeho chování apod. • Určení hranic při péči o blízkého, čas na své koníčky • Udržení rovnoměrného rozvržení sil • Návuk relaxačních technik v rámci psychohygieny a hledání zdrojů psychické podpory pečujícího • Prostor pro sdílení prožitků a pocitů spojených s pečováním •

## Obr. 1 Multidisciplinární tým

Rodinný průvodce se zajímá o rodinu, jako celek nejen z hlediska pečujících, ale také z hlediska



opečovávaného a případných překážek v rodině, jež péči/podpoře těchto dvou osob brání (např. vztahy, dlouholeté rozpory).

Setkání s pečujícími probíhá nejčastěji v domácím prostředí, tedy v místě, kde pečující cítí jistotu a pevnou půdu pod nohama. Po vstupu do domácnosti pečující osoby je důležité tzv. „připojení“, aby se dosáhlo pozitivního vztahu s pečujícím, hledají se společná témata, která usnadní počáteční rozpaky. Pokud pečující ví, že se o něj zajímáme, je následně nakloněn spolupráci a vytváření změn. Používáme výrazy: „možná bychom mohli, domnívám se, ráda bych slyšela i váš názor.“

Jedná se většinou o cca tří až čtyř hodinové rozhovory. Často slyším: „Řekli jsme vám i to, co jsme nechtěli, že začátku jsem si říkala, co si budeme tak dlouho povídat, ale ten čas nám rychle utekl.“ Je potřeba, aby rozhovor byl příjemný a pečující osoba se cítila komfortně.

Pro kvalifikovanou podporu je nezbytné, aby Rodinný průvodce identifikoval situaci z hlediska vztahů v rodině v minulosti a současnosti, jaký životní styl zde vyznávali, kdo a jakou roli při pečování má, jak si představují rodinní příslušníci péči o blízkého, jaký dopad má jejich pomoc na pracovní a osobní život. Rozhovor s pečující osobou má několik fází, kdy v úvodu se jedná o uvolněný rozhovor, který spočívá ve vyslechnutí subjektivně podaných potíží a prožitků pečující osoby, aby se rozvíjely tvůrčí nápady, které mohou nabídnout nové pohledy na řešení situace. Pečující možnosti zatím neviděl, protože se nevyzná v systému zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

V další fázi Rodinný průvodce cíleně pátrá po konkrétních situacích, které tíží pečujícího. V rámci informačního výměnného sdělení, je potřeba pečující informovat o zamýšleném postupu. Důležité je, aby byl pečující ochoten spolupracovat. Je nutné si ověřovat, zda všemu dobře porozuměl. „Dovedete si představit, přínos pro Vás?“ Důležité je usměrňovat a povzbuzovat interakci.

Rodinný průvodce spolu s pečující osobou rekapituluje situaci a definují, co vše pečujícího trápí, s čím potřebuje pomoci a následně stanovují cíl podpory a jednotlivé kroky, které povedou k jeho naplnění. Díky tomu lépe hodnotí rodinnou situaci nejen z objektivního pohledu, ale pečující se dokáže ve win-win vedeném rozhovoru více otevřít. Po prvních návštěvách rodinného průvodce, který z rodiny (od pečujících) odchází se znalostí základní konstelace, způsobem zajištění péče a potřebách pečujícího samotného nebo ve vztahu k opečovávanému nebo dalších členů rodiny, dochází ke koordinovanému a kontrolovanému zajištění takto nadefinovaných potřeb. Rodinný pečující není tím, kdo vše realizuje,

avšak využívá příslušných odborníků v dané oblasti – kteří již intervenují s jasnými základními informacemi a určenou úlohou – potřebou, kterou mají zajistit.

Tímto však role Rodinného průvodce nekončí. Nejen že kontroluje plnění potřeb/cílů s konkrétními odborníky, ale také zjišťuje zpětnou vazbu o dalších možných identifikovaných potřebách. Následně přichází zpět do rodiny, kde spolu s pečujícím dochází ke zhodnocení postupu a naplnění potřeb, včetně vydefinování/doplnění nových, s ohledem na další zajištění.

Přínosy pro pečujícího spočívají v tom, že Rodinný průvodce připraví individuální podporu ušitou na míru a pečující nemusí nikam cestovat, protože jej navštíví v domácím prostředí. Navrhne řešení jednotlivých situací, probere s pečujícím postupy, personální, finanční a krizový plán. Pečující osoba má člověka, na kterého se může obrátit. Šetří se tak čas, peníze a hlavně nervy. V případě pečujícího/zaměstnance nemusí čerpat dovolenou na vyřizování podávání různých žádostí na úřadě, může se soustředit na práci, nebude mít drobné absence, které mnohdy hlásil jako své návštěvy u lékaře a kolegové nebudou v době jeho nepřítomnosti nuceni řešit jeho pracovní úkoly. Při sladění osobního života své rodiny bude mít čas na své přátele, záliby, a i rodina ocení teplé večeře.

#### **Závěr:**

Podpora, kterou takto poskytuje Rodinný průvodce a multidisciplinární tým odborníků není o sdělování informací, ale o skutečné a faktické/praktické pomoci. Organizace A DOMA z. s. nabízí podporu ve Středisku pro pečující. Spolupracuje na dalším vzdělávání sociálních pracovníků a šíření informací mezi zaměstnanci ve firmách.

#### **Zdroje:**

ZACHARIÁŠOVÁ, Jitka. *Rodinný průvodce – podpora pečujících trochu jinak* [online]. In: 8. 11. 2020 [cit. 2022-07-25]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/rodinny-pruvodce-podpora-pecujicich-trochu-jinak/>

ZACHARIÁŠOVÁ, Jitka: *Všechny problémy se dají řešit. Zachovejte chladnou hlavu a nebojte si říct o pomoc* [online]. Dostupné z: <https://www.sendvicovagenerace.cz/a-doma-vsechny-problemy-se-daji-resit/>

<https://data.mapapece.cz/front/katalog/13-prispevek-na-peci>

<https://www.czso.cz/documents/10180/165384752/2501322203.pdf/0547e8ad-0492-4491-a7c8-e2c413e06fa4?version=1.1>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019L1158&from=GA>

#### **Korespondenční adresa:**

Jitka Zachariášová

A DOMA z. s.

Na Strži 1683/40

140 00 Praha 4

JitkaZachariasova@seznam.cz



## MOŽNÁ POCHYBENÍ A SANKCE V PRÁCI SESTRY Z POHLEDU PRÁVNÍHO – JAK SE JIM VYHNOUT A JAK JE ZMÍRNIT

Dvořáková V.

Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol

### **Souhrn:**

*Autorka předkládá přehled možných pochybení sestřského personálu jak z pohledu teoretického, tak z pohledu vyskytujících se pochybení v praxi. Z pohledu práva nastalá pochybení mohou vyvolat nástup právní odpovědnosti, která může vést až k podání trestního oznámení, občanskoprávní žaloby, případně k aplikaci dalších právních nástrojů.*

**Klíčová slova:** *Pochybení, ošetrovatelská péče, právní odpovědnost, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, zákon o zdravotních službách, pacient, lege artis, příčiny pochybení, hlášení nežádoucích událostí, žaloba, trestní oznámení*

V každé lidské činnosti může dojít k pochybení. Ani oblasti poskytování zdravotních služeb se tyto situace, bohužel, nevyhýbají. Práce sestry je náročná a zároveň velmi riziková oblast. I při vynaložení maximálního úsilí vykonávat svou profesi co nejlépe, se může stát, že nedopadne vše tak, jak by dopadnout mělo. I když selhání lidského faktoru lze v určitých případech pochopit, nelze jej však tolerovat. Pochybení v oblasti ošetrovatelské péče zpravidla vyvolá nepříznivé následky jak u pacienta, tak u toho, kdo se pochybení dopustil.

Konkrétní pochybení může spočívat jak v konání (např. dojde k záměně léčiva), tak v opomenutí konat (léčivo nebylo podáno, ač být podáno mělo). Jednou ze stěžejních povinností každého zdravotnického pracovníka je povinnost poskytovat zdravotní služby lege artis, tedy na náležitě odborné úrovni. Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví povinnost provádět jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování náležitou odbornou úroveň rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. *Poskytovatel i zdravotnický pracovník jsou povinni poskytovat zdravotní služby lege artis – tedy na náležitě odborné úrovni – a žádost o jiný postup, který by neodpovídal těmto pravidlům, nesmějí akceptovat 1).* Pochybení v poskytování ošetrovatelské péče může vyvolat nástup právní odpovědnosti. Ať už půjde o odpovědnost občanskoprávní, trestní, pracovněprávní, správní, disciplinární či smluvní. *Odpovědnost – a ukládání z ní vyplývajících sankcí – za porušení povinností v soukromoprávním vztahu, kterým poskytování zdravotních služeb je, se realizuje rovněž především soukromoprávní cestou 2).*

Příklady z praxe, kdy došlo k nástupu právní odpovědnosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče, jsou pestré. Uvedme alespoň některé z nich: Pacientovi byla aplikována injekce, která nebyla lékařem indikována, a pacientův zdravotní stav se výrazně zhoršil. Pacientovi byla aplikována injekce, látka vpravená do těla pacienta byla však mnohonásobně vyšší, než dávka indikovaná lékařem. Pochybení v rámci nesprávného nakládání s léčivem ze strany zdravotnických pracovníků a jejich kontrola nad správným užíváním léčiv pacienty představuje poměrně širokou oblast nežádoucích situací. Ne každý pacient je schopen např. na záměnu léčiva upozornit, ne každý pacient zaregistruje, že místo bílých tabletek, které již několik dní užívá, obdržel od sestry tabletky růžové. Sestra, která při podání očístného klyzmatu nereagovala na stížnosti pacienta na bolesti, perforovala tlusté střevo. Do zdravotnické dokumentace nebyl opakovaně zaznamenán údaj o naměřené hodnotě krevního tlaku. Zdravotnická dokumentace předložená lékaři v ordinaci se shodovala se jménem ošetřovaného pacienta, nikoliv však s jeho rodným číslem. Do zdravotnické dokumentace byl zapsán údaj, který svědčil jinému pacientovi shodného jména, avšak jiného rodného čísla. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést zdravotnickou dokumentaci pravdivě, průkazně, čitelně. Pokud povinnost

řádného vedení zdravotnické dokumentace není splněna, *nesplnění této povinnosti se proto může podle konkrétních okolností věci projevit v úvaze soudu o přenesení důkazního břemene na toho, kdo zdravotnickou dokumentaci nevedl řádně, neboť vlivem neúplné zdravotnické dokumentace se důkazní břemeno může stát pro žalobce (pacienta) neúnosným 3).* Pacient nebyl zkontrolován, zda léčivo skutečně užil (jak slíbil), v důsledku čehož se jeho zdravotní stav zhoršil. Pacientovi bylo podáno léčivo v nedostatečné dávce či v nevhodném čase. Sestra sdělila tazateli do telefonu podrobné informace o zdravotním stavu hospitalizovaného pacienta (nad rámec svých kompetencí), aniž by prověřila, zda hovoří s oprávněnou osobou. *Institut povinné mlčenlivosti je ve zdravotnictví pojednáván především jako právo pacienta na zachování důvěrnosti o jeho zdravotním stavu, což je jeho soukromou oblastí 4).* Sestra nereagovala na výzvu pacientky, že nefunguje signalizační zařízení na pokoji, v důsledku čehož se v případě akutní potřeby pacientka nemohla na sestru dozvonit. Sestra nereagovala na opakované sdělení pacienta, že se jmenuje jinak, než bylo řečeno.

Další řadu sesterských pochybení lze spatřovat v oblasti komunikace, kdy lze zaznamenat komunikaci nevstřícnou, nedostatečnou, neempatickou. Nedostatky lze nalézt např. v souvislosti s předáváním služeb. Tyto situace tvoří značnou část podání v oblasti stížnostní agendy.

Jaké jsou mnohdy pravděpodobné příčiny možných pochybení a zjištěných nedostatků? Značný pracovní nápor, nedostatek personálu, ne zcela vyhovující organizace práce, nedostatek potřebných znalostí a dovedností, ale i, v některých případech, neochota, dělat věci tak, jak se to ze strany nadřízených žádá. I na osobních předpokladech k vykonávané práci záleží. Zda je sestra soustředěná, rozvážně uvažující, empatická, či zda se jí těchto vlastností v potřebné míře nedostává. Zda, když k pochybení dojde, dokáže toto přijmout, uznat a snažit se o nápravu vzniklých nedostatků. Další příčinou pochybení jsou různé administrativní faktory, které způsobují např. záměnu zdravotnické dokumentace či záměnu pacientů.

Jeví se nezbytným jasné stanovení kompetencí směrem k jednotlivým pozicím, kontrola uložených úkolů, ale i informovanost v rámci pracovních kolektivů o tom, k jakému pochybení došlo, a jak vzniku takové situace v budoucnu předejít. Na sesterský personál jsou kladeny neustále se zvyšující nároky. A to jak v oblasti odborné, tak v oblasti komunikační. Zavádění nových technologií, metod, léčiv, přístrojů, to vše vede k tomu, že nelze stagnovat, je třeba se neustále vzdělávat. Pokud již k pochybení v oblasti ošetrovatelské péči dojde, je žádoucí situaci řešit nejen směrem k pacientovi, ale i směrem k zaměstnancům. Systém hlášení nežádoucích událostí v rámci interního systému poskytovatelů zdravotních služeb, pokud je řádně využíván, je jedním z nástrojů, cílených ke zkvalitnění poskytování zdravotních služeb. Cílem hlášení nastalých nežádoucích událostí není trestat ty, kteří pochybení způsobili, ale nastalé pochybení urychleně řešit a přijmout opatření, aby k podobným situacím již nedocházelo.

V oblasti poskytování zdravotních služeb disponuje pacient řadou práv, které mu přiznává platná legislativa. Kvalitní poskytování ošetrovatelské péče k realizaci pacientových práv významně přispívá. Podání občanskoprávní žaloby, trestního oznámení či řešení pochybení v rámci přestupkového práva je jistě řešením, které si poskytovatel zdravotních služeb nepřeje, proto je třeba všemi dostupnými prostředky usilovat o to, aby k pochybením docházelo minimálně, a pokud již k nim dojde, aby nepříznivý dopad na pacienta byl co nejmenší.

**Zdroje:**

- 1) Mach, J., Horáková, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. 1. vyd. Praha: Galén, 2018, s. 62. ISBN 978-80-7492-371-5
- 2) Šustek, P., Holčapek, T., a kol. *Zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha. Wolters Kluwer ČR, 2016, s. 297. ISBN 978-80-7552-321-1
- 3) Nález Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 1785/21
- 4) Sovová, O. *Zdravotnická praxe a právo*. 1. vyd. Praha. Leges, 2011, s. 61. ISBN 978-80-87212-72-1

**Korespondenční adresa:**

JUDr. Vladimíra Dvořáková  
Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 - Motol  
vladimira.dvorakova@lfmotol.cuni.cz

## SCLEROSIS MULTIPLEX V DETSKOM VEKU Z HĽADISKA ŠPECIFICKÝCH OBLASTÍ A KVALITY ŽIVOTA

Mrošková S., Magurová D., Tkáčová Ľ.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn:**

*Autorkami spracovaný príspevok pojednáva o problematike ochorenia Skleróza multiplex (SM), ako chronického ochorenia centrálného nervového systému, ktoré sa vyvíja aj u pacientov mladších ako 18 rokov. Toto ochorenie má nepredvídateľný priebeh a prináša pre pacienta veľa nových situácií, ako napr. zmenu životného štýlu, potrebu edukácie, špecifiká terapie, eliminácie strachu, stresu vyplývajúceho zo samotnej prognózy ochorenia. Ochorenie môže zasahovať do viacerých oblastí života a do značnej miery vo svojej progresívnej forme zasahuje do fyzickej, psychosociálnej oblasti s konečným dopadom na kvalitu života (QoL) samotných detí a dospelých, ako aj ich rodiny a opatrovateľov. QoL detí a adolescentov je dominantne mierne zmenená, v najväčšej miere SM negatívne ovplyvňuje školskú a emocionálnu dimenziu. QoL je determinovaná najmä častým symptómom ochorenia, ktorou je únava. Literárny prehľad preukazuje taktiež na absenciu používania špecifických nástrojov k posúdeniu QoL u detí a adolescentov, na rozdiel od dospelých SM populácie a potrebu vývoja a validácie takýchto nástrojov.*

**Kľúčové slová:** Sclerosis multiplex; Kvalita života; Dieťa; Kognitívne dysfunkcie; Únava

### **Sclerosis multiplex in childhood in terms of specific areas and quality of life**

#### **Summary:**

*The authors discuss the issue of Sclerosis Multiplex (SM), as a chronic disease of the central nervous system, which develops in patients younger than 18 years of age. This disease has an unpredictable course and brings many new situations for the patient, such as change of lifestyle, the need for education, specifics of therapy, elimination of fear, stress resulting from the prognosis of the disease itself. The disease can affect several areas of life and, to a large extent in its progressive form, it affects the physical, psychosocial areas with an ultimate impact on the quality of life (QoL) of the children and adolescents themselves, as well as their families and caregivers. The QoL of children and adolescents is predominantly moderately altered, with the school and emotional dimensions being most negatively affected by SM. QoL is mainly determined by a common symptom of the disease, which is fatigue. The literature review also demonstrates the absence of the use specific tools to assess QoL in children and adolescents, in contrast to the adult SM population, and the need for the development and validation of such tools.*

**Keywords:** Sclerosis multiplex; Quality of life; Child; Cognitive dysfunction; Fatigue

### **Úvod**

Skleróza multiplex (SM) je chronické zápalové ochorenie centrálného nervového systému (CNS). Autoimunitný zápal vedie k zmenšeniu až strate myelínových obalov nervových vlákien a následne k degenerácii až atrofii axónov. Demyelinizácia axónov a ich strata sú zodpovedné za neurologické poškodenie a rozvoj širokého spektra klinických problémov. SM patrí k najčastejším získaným neurologickým, netraumatickým ochoreniam, ktoré vedie k chronickej disabilite a invalidite u mladých dospelých. Prvýkrát bolo ochorenie v detskom veku u 8-ročného chlapca popísané v roku 1896, a v roku 1965 Schumacher zdôraznil, že vek začiatku ochorenia je od 10 – 59 rokov, čím potvrdil možnosť vzniku SM aj v detskom veku (Taláb, Talábová, 2013).

## Skleróza multiplex u detí a jej špecifiká

Termín **detská SM** sa používa u pacientov, ktorých prvé klinické príznaky sa prejavili pred 18 rokmi života. Predpubertálny vznik SM je zriedkavý a predstavuje 20 – 30% všetkých detských pacientov s SM. Deti so vznikom SM pod 10 rokov predstavujú menej ako 1% všetkých detí (Ochi, 2017). Niektoré epidemiologické štúdie poukazujú na to, že 3 – 5% všetkých pacientov s SM mali začiatok klinických prejavov pred 18 rokmi (Francisco, Abrams, 2020). Detská SM najčastejšie začína v období adolescencie, pričom incidencia prudko rastie po puberte.

Medzinárodná federácia SM odhaduje, že na svete máme 2,8 milióna ľudí žijúcich s týmto ochorením, a že v 47 sledovaných krajinách sveta žije minimálne 30 000 detí a tínedžerov s SM (MS International Federation, 2020). Z hľadiska **etiopatogenézy** môžeme uviesť, že na vzniku ochorenia sa podieľajú vnútorné a vonkajšie faktory. Predovšetkým ide o geneticky determinovanú poruchu funkcie T a B lymfocytov. SM nie je dedičné ochorenie, ale v rodinách je o niečo vyššia prevencia tohto ochorenia. Deti s prvostupňovým príbuzným s diagnostikovanou SM (tj. rodič alebo súrodenec) majú 2 – 4% vyššie riziko rozvoja ochorenia. Z externých faktorov ide najmä o séropozitivitu EBV (Epstein-Barrovej vírus), pasívne fajčenie či nedostatok vitamínu D (Alroughani, Boyko, 2018; Ochi, 2017; Spiro, 2012). K ďalším rizikovým faktorom patrí obezita, či nižší vek menarché. Oblasť externých faktorov je v rovine intenzívneho výskumu – analyzujú sa ďalšie potenciálne faktory, ktoré môžu podnecovať rozvoj ochorenia, napr. vplyv železa, pesticídov, cisárskeho pôrodu (Francisco, Abrams, 2020).

### **Formy a priebeh ochorenia**

Primárne **progresívna forma** SM sa vyskytuje u menej ako 5% všetkých detí a adolescentov s SM. Pravdepodobnosť konverzie **relaps-remitujúcej formy** ochorenia do sekundárnej progresívnej formy je u detí s SM nižšia.

Deti majú 2 – 3 krát vyššiu frekvenciu relapsov, ako dospelí. **Úprava stavu po relapse nastáva** u detí rýchlejšie, v priemere za 4 týždne, kým u dospelých zotavenie trvá 6 – 8 týždňov. **Disabilita** tj. stupeň celkového zneschopnenia chorobou posudzovaná štandardne EDSS škálou sa dosahuje u detí skôr ako u dospelých (Francisco, Abrams, 2020; Ruet, 2018; Waldman et al., 2016).

### **Klinický obraz**

Na začiatku ochorenia je u detí typický **polysymptomatický** klinický obraz najmä s prejavmi postihnutia **mozgového kmeňa a mozočka**, ako miechy. Polysymptomatický priebeh ochorenia je častejší u pacientov pred pubertou, monosymptomatický je bežnejší u adolescentov. Ochorenie mnohokrát začína **klinicky izolovaným syndrómom** (CIS – Clinically Isolated Syndrome). K prvým subjektívne udávaným príznakom ochorenia patrí **únava**, ktorá má odlišný charakter, ako u zdravého človeka (Donáth, 2017). Veľmi dôležité je taktiež uviesť, že približne 1/3 detí krátko po vzniku ochorenia má výrazné **kognitívne poškodenia** (Francisco, Abrams, 2020). SM u detí a adolescentov sa spája aj s rôznymi **psychiatrickými ochoreniami** (depresia, úzkosť).

### **Únava ako symptóm sklerózy multiplex**

Únava, spolu s kognitívnymi prejavmi, patrí k najdominantnejším symptómom SM v detskom veku, a to najmä v prvých rokoch od diagnostikovania ochorenia. Je pociťovaná aj niekoľko mesiacov pred plným prepuknutím ochorenia, resp. skôr ako dôjde k relapsu ochorenia (Suchá, 2016). Na rozdiel od fyziologickej únavy, únava pri SM je definovaná ako pretrvávajúci subjektívny pocit nedostatku fyzickej a/alebo duševnej energie, pocit vyčerpania alebo svalovej slabosti. **Prevalencia** únavy, komplexný dopad únavy na kognitívne funkcie a iné aspekty života pacientov s SM, možné terapeutické ovplyvnenie únavy, toto sú oblasti, ktoré sú hlbkovo preskúmané u dospelých pacientov s SM. Aktuálne však máme obmedzené informácie o únave detí a adolescentov s SM. Únava je v **najväčšej miere** ovplyvnená **depresívnou náladou** detí a adolescentov. Výskumy, ktoré by analyzovali rôzne farmakologické a nefarmakologické postupy liečby únavy u detí s SM vo veľkej miere absentujú. Ako najefektívnejšie sa javí použitie **kognitívno-behaviorálnej terapie**, ktorá predstavuje komplexné prelínanie kognitívnych a behaviorálnych postupov, (štúdie realizované u detí s chronickým únavovým syndrómom, štúdie u dospelých s SM) (Knight et al., 2013) **pohybovej aktivity** a **nácvik stratégií šetriacich energiu** a to využitie **psychoterapie, fyzioterapie a režimových opatrení**.

### **Kognitívne dysfunkcie ako symptóm sklerózy multiplex**

**Kognitívny deficit** je možné charakterizovať ako zhoršenie výkonu v jednej alebo viacerých oblastiach (Pavelek, Vališ, 2015). Hlavnou príčinou kognitívnych porúch je demyelinizácia neurónov. Keďže poškodenie nervových buniek pri SM je skôr multifokálne a lokalizácia je u každého pacienta iná, kognitívne deficity medzi pacientmi môžu byť rozdielne. Napriek pomalšiemu vývoju fyzickej disability u detí s SM, ku kognitívnym zmenám dochádza krátko po vzniku ochorenia, a to aj keď je fyzické znevýhodnenie iba mierne. Za alarmujúce sa považuje výskyt kognitívneho poškodenia v pediatrickej populácii, pretože prináša so sebou závažné dôsledky do ďalšieho života. Kognitívna dysfunkcia, súbežne s ďalšími prejavmi ochorenia ako je únava, úzkosť, depresia významne ovplyvňuje kvalitu života, obmedzuje nezávislosť pacienta, zhoršuje výkony v škole a úroveň dosiahnutého vzdelania, ovplyvňuje sociálne aktivity, možnosti pracovného uplatnenia, schopnosť vykonávať bežné každodenné činnosti, dodržiavať liečbu vrátane rehabilitácie (Ekmecki, 2017; Pavelek, Vališ, 2015).

Podobne ako u dospelých pacientov, aj deti s SM majú dominantne zmeny **pozornosti, pamäti, rýchlosti spracovania informácií, exekutívnych (výkonných) funkcií a zrakovo-motorických funkcií**. Na rozdiel od dospelých pacientov však deti s SM majú zmenené aj **jazykové funkcie** a inteligenciu (nižšie IQ). K najsilnejším pozitívnym prvkom, ktoré ovplyvňujú vývin a zmeny v kognícii detí s SM patrí kognitívna rezerva a plasticita mozgu (Ekmecki, 2017). Kognitívna rezerva znižuje vplyv atrofie mozgu na kognitívne funkcie (Pavelek, Vališ, 2015). Na rozdiel od dospelých sú deti vo väčšej miere schopné kompenzovať mozgové poškodenie vďaka väčšej **neurálnej plasticite** vyvíjajúceho sa mozgu. SM u detí zasahuje do mozgu, ktorý je vo vývoji – mozog rastie, dochádza k myelinizácii nervových vlákien a zreniu neurónovej siete. Uvedené výsledky dlhodobých výskumov je možné sumarizovať nasledovne: v prvých rokoch diagnostikovania ochorenia dochádza skôr k zhoršovaniu kognitívnych funkcií detí s SM, následne sa stav kognície detí stabilizuje a u istého percenta sa poznávacie funkcie zlepšujú, pravdepodobne ako dôsledok väčšej neurálnej plasticity a u detí s vyšším IQ aj vplyvom kognitívnej rezervy.

**Sociálna kognícia** je samostatnou oblasťou kognitívnych funkcií. Vzťahuje sa na mentálne operácie, ktoré sú základom sociálnych interakcií, vrátane vnímania, interpretácie a generovania správania ostatných ľudí (Ekmecki, 2017). Štúdia u detských pacientov s SM (n = 28) zistila, že táto skupina detí vykazuje horšie výsledky v sledovaných aspektoch sociálnej kognície ako napr. schopnosť rozpoznávať emócie v tvári ľudí, rozpoznávanie sociálnych chýb, v porovnaní so zdravými deťmi (Charvet et al., 2014). Zmeny v sociálnej kognícii môžu viesť k problémom v interpersonálnych vzťahoch.

### **Diagnostika a liečba kognitívnych dysfunkcií**

Diagnostika kognitívnych funkcií u detí s SM je dôležitá z dôvodu optimálnej liečby a rehabilitácie s cieľom predchádzať zhoršeniu kognitívnych funkcií (Ekmecki, 2017). Odporúča sa:

- realizovať vstupný kognitívny skrining po diagnostikovaní ochorenia s použitím validného nástroja – SDMT (Symbol Digit Modalities Test) u všetkých detí nad 8 rokov,
- opakovať skrining u detí s akademickými alebo behaviorálnymi zmenami,
- posúdiť depresiu u detí a adolescentov, pretože zmeny nálady vplývajú na kogníciu,
- realizovať komplexné neuropsychologické posúdenie u každého dieťaťa pod 18 rokov, u ktorého došlo z nevysvetliteľných dôvodov k významnému poklesu akademického a behaviorálneho fungovania.

**Na kognitívnu dysfunkciu je potrebné myslieť** napr. aj keď adolescent nedodržiava termíny kontrol v ambulancii, náhle zmení svoj postoj k liečbe, nedodržiava odporúčenia, nie je schopný poskytnúť adekvátne anamnestické údaje, má „nevysvetliteľné“ problémy v škole, alebo ak dieťa alebo jeho rodina hovorí o problémoch s pamäťou, či o zmenách správania (Pavelek, Vališ, 2015). **Kognitívna rehabilitácia** sleduje 2 ciele a to, regeneráciu a kompenzáciu. **Regeneračná rehabilitácia** je založená na plasticite mozgu a schopnosti reštrukturalizácie neurónových sietí a jej cieľom je obnova alebo posilnenie poškodených funkcií. Cieľom **kompenzačnej rehabilitácie** je naučiť chorých lepšie využívať navrhnuté postupy, napr. pri organizácii bežných denných činností v domácnosti, v škole, v spoločnosti (Chmelařova, 2016).

## **Kvalita života dieťaťa s ochorením SM vyplývajúce z prehľadovej štúdií**

Mrosková a kol. (2021) realizovali prehľadovú štúdiu s cieľom analyzovať QoL u detí a dospelých s ochorením SM a faktory ovplyvňujúce QoL. Do prehľadu bolo zahrnutých 17 štúdií publikovaných v rokoch 2009 až 2020. Vo všetkých štúdiách boli používané iba generické nástroje hodnotenia kvality života: išlo dominantne o PedsQL (n-15), Child Quality of Life Child Form (TACQOL CF 12-15) (n-1) a KIDSCREEN-52 nástroj (n-1), čo je možné vnímať ako limitujúci jav s potrebou následnej výskumnej aktivity, pri ktorej by QoL bola u detí s SM hodnotená, obdobne ako u dospelých, aj s použitím špecifických nástrojov.

Hodnoty QoL v zaradených štúdiách sa pohybovali od 53,8 – 81,7 (možné rozmedzie: 0 – 100), čo poukazuje na to, že kvalita života detí a adolescentov je ochorením ovplyvnená mierne. V najväčšej miere je QoL zmenená v školskej a emocionálnej dimenzii, naopak sféry sociálne a fyzické sú zasiahnuté najmenej. K faktorom analyzovaným v štúdiách patrilo: socio-demografické faktory, disabilita, trvanie ochorenia, vek vzniku ochorenia, závažnosť ochorenia, psychologické faktory ako je únava, úzkosť, depresia. K najdominantnejším, a opakovane výskumne signifikantným faktorom, ktoré negatívne determinujú QoL detí a adolescentov patrila disabilita a únava.

Únava je jedným z najčastejších „neviditeľných“ príznakov u detí a dospelých s SM. Znižuje dochádzku a koncentráciu, spôsobuje problémy s pozornosťou počas školského dňa. Unavení adolescenti s SM majú horšie kognitívne funkcie a spavosť počas dňa. Únava teda determinuje kogníciu. Prekonanie školských problémov si vyžaduje jasnú komunikáciu medzi rodičmi/dospelými s SM, zdravotníckym personálom a školou. Možnosť využitia individuálneho vzdelávacieho plánu, prispôbenie fyzického priestoru školy, predĺženie času na písanie testov, možnosť skoršieho odchodu z vyučovania atď., sú korekcie, ktoré môžu pomôcť pacientom s SM dosiahnuť lepšie vzdelávacie ciele, a tým podporiť QoL v tejto oblasti. Emócie nepriaznivo ovplyvňujú dospelých s SM a negatívne menia ich kvalitu života. Súvislosť medzi úzkosťou a QoL bola opakovane preukázaná a môže súvisieť so samotným ochorením a špecifickým vývojovým obdobím dospievania. Preto je potrebná špecifická psychologická pomoc a sociálna podpora na zlepšenie emocionálneho stavu. Diagnóza ochorenia vedie k zmene interakcií s rovesníkmi, čo spôsobuje ťažkosti pri vytváraní vzťahov alebo testovaní sily priateľstva. Vrstovníci poskytujú dospelým s SM praktickú a emocionálnu podporu, ktorá je pre nich veľmi dôležitá. Komunikácia s rovesníkmi trpiacimi rovnakým ochorením je mimoriadne dôležitá, pretože pomáha pri akceptácii ochorenia, zdieľaní stratégií sebaobsluhy a pochopení psychosociálneho rozmeru choroby. Vzťahy s rodičmi sú lepšie v porovnaní so zdravými adolescentmi. Diagnóza SM a dlhší čas strávený s rodičmi v diagnostickom a terapeutickom procese menia charakter vzťahov. Pravdepodobne kratšie trvanie ochorenia a nízka úroveň disability u detí/dospelých s SM v porovnaní s dospelými pacientmi môžu vysvetľovať, že fyzická QoL je ovplyvnená len mierne (Mrosková et al. 2021).

## **Záver**

Na záver môžeme konštatovať mierne zníženie celkovej kvality života dospelých s SM. Keďže najväčším problémom je školská a emocionálna oblasť QoL, starostlivosť poskytovaná adolescentom s SM zo strany škôl a psychológov musí byť viac kooperatívna. S cieľom zlepšiť QoL je potrebné posúdiť a zohľadniť zdravotné postihnutie, únavu, úzkosť, depresiu každého pacienta. Štúdie v prehľade nevenovali dostatočnú pozornosť iným faktorom, najmä faktorom ochrany QoL, ako je sociálna podpora, osobnostné faktory a pozitívne stratégie zvládania. Preto výskum QoL u detí a dospelých s SM by mal v budúcnosti skúmať aj tieto faktory a ich vplyv na QoL. Ďalšia medzera v podrobnej analýze QoL je hodnotenie dimenzií zdravia zameraných na SM, ktoré si vyžaduje použitie iných meracích nástrojov vo výskume alebo vývoj a validáciu špecifického nástroja určeného pre detskú populáciu SM. Najpoužívanejším špecifickým nástrojom pre deti je NeuroQoL, ktorý môžeme použiť na hodnotenie kvality života detí s rôznymi neurologickými ochoreniami vrátane SM. Tento nástroj zahŕňa oblasti, ako sú úzkosť, depresia, bolesť, kognitívne funkcie, únava, pohyblivosť dolných/horných končatín a stigma, z ktorých viaceré sú negatívne zmenené u detí s SM krátko po začiatku ochorenia.

**Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 002PU-4/2020 „Návrh metodiky hodnotenia kvality života pacientov so sclerosis multiplex“.**

**Zdroje:**

- ALROUGHANI, R., BOYKO, A. (2018) Pediatric multiple sclerosis: a review. *In BMC Neurology*, 2018, roč. 18, č. 1, s. 27. ISSN 1471-2377
- CHARVET, LE., CLEARY, RE., VAZQUEZ, K. et al. (2014) Social cognition in pediatric-onset multiple sclerosis (MS). *In Multiple Sclerosis Journal*, 2014, roč. 20, č.11, s. 478–1484. ISSN 1352-4585
- DONÁTH, V. (2017) Prvé príznaky sclerosis multiplex a význam včasnej liečby. *In Via practica*, 2017, roč.14, č. 5, s. 240–242. ISSN 1336-4790
- EKMEKCI, O. (2017) Pediatric Multiple Sclerosis and Cognition: A Review of Clinical, Neuropsychologic, and Neuroradiologic Features. *In Behavioural Neurology*, 2017, Article ID 1463570, 11 pages. doi.org/10.1155/2017/1463570. ISSN 0022-3050
- FRANCISCO, C., ABRAMS, A. (2020) *Pediatric MS. National Multiple Sclerosis Society*. September 2020. Poslední aktualizace 30.10.2020. [cit.2022-07-12]. Dostupné na internete <https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Clinical-Care/Managing-MS/Pediatric-MS>
- KNIGHT, SJ., SCHEINBERG, A., HARVEY, AR. (2013) Interventions in pediatric chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a systematic review. *In Journal of Adolescent Health*, 2013, roč. 3, č. 2, s. 54–165. ISSN 1054-139X
- MROSKOVÁ, S., KLÍMOVÁ, E., MAJERNÍKOVÁ, L., TKÁČOVÁ, L. (2021) *Quality of Life of Children and Adolescents with Multiple Sclerosis—A Literature Review of the Quantitative Evidence*. *In Environmental Research and Public Health*, 2021, 18, 8645. ISSN 1660-4601
- Multiple Sclerosis International Federation. The Atlas of MS is live!* (2020). The 3rd edition. [online 02.10.2020]. [cit. 2022-07-12]. Dostupné na internete <https://www.atlasofms.org/map/global/epidemiology/number-of-children-with-ms>
- OCHI, H. (2017) Clinical features, diagnosis and therapeutic strategies in pediatric multiple sclerosis. *In Clinical and Experimental Neuroimmunology*, 2017, roč. 8, č.1, s.33–39. ISSN 1759-1961
- PAVELEK, Z., VALIŠ, M.(2015) Kognitivní deficit u roztroušené sklerózy mozkomíšni. *In Neurologie pro praxi*, 2015, roč. 16, č. 6, s. 347–351. ISSN 1803-5884
- SPIRO, DB. (2012) Early Onset Multiple Sclerosis. A Review for Nurse Practitioners. *In Journal of Pediatric Health Care*, 2012, roč. 26, č. 6, s. 399–407. ISSN 0146-8693
- SUCHÁ, L. (2016) Únava a možnosti jejího ovlivnění u pacientů s roztroušenou sklerózou. *In Neurologie pro praxi*, 2016, roč.17, č. 4, s.37 – 40. ISSN 1803-5884
- SUPPIEJ, A., CAINELLI, E. (2014) Cognitive dysfunction in pediatric multiple sclerosis. *In Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014, roč. 10, s.1385–1392. ISSN 1178-2021
- TALÁB, R., TALÁBOVÁ, M. (2013) Roztroušená skleróza u pacientů v adolescentním věku. *Neurologie pro praxi*, 2013, roč.14, č.3, s. 144–149. ISSN 1803-5884
- WALDMAN, A., NESS, J., POHL, D. (2016) Pediatric multiple sclerosis. Clinical features and outcome. *In Neurology*, 2016, roč. 87, č.2, s74- 80. ISSN 1471-2377

**Korespondenční adresa:**

PhDr. Slávka Mrozková, PhD.  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov  
Partizánska 1  
08001 Prešov, SR  
Email: slavka.mrozkova@unipo.sk



## SOCIÁLNE ASPEKTY KVALITY ŽIVOTA PACIENTOV S EPILEPSIOU

Majerníková Ľ., Obročníková A., Hudáková A.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn:**

*Chronické ochorenie ako epilepsia môže negatívne ovplyvňovať kvalitu života pacientov a to hlavne jeho sociálnu oblasť. Cieľom príspevku bolo zistiť vzťah premenných ako je pohlavie, častosť výskytu epileptických záchvatov a sociálna opora na vnímanie kvality života u našich respondentov.*

**Kľúčové slová:** Ošetrovateľstvo; Kvalita života; Epilepsia.

### **Social Aspects of the Quality of Life of Patients with Epilepsy**

#### **Summary:**

A chronic disease such as epilepsy can negatively affect the quality of life of patients, especially its social area. The goal of the paper was to determine the relationship of variables such as gender, frequency of epileptic seizures and social support on the perception of quality of life among our respondents.

**Keywords:** Nursing; Quality of life; Epilepsy.

#### **Úvod**

Ochorenie epilepsia je najčastejším chronickým ochorením nervového systému, konkrétne mozgu, prejavujúce sa opakovaným výskytom dvoch a viac epileptických záchvatov s odstupom dlhším ako dvadsaťštyri hodín (Kollár, 2014). Incidencia epilepsie závisí najmä od veku a najvyššia je u detí do jedného roka a u seniorov. Každým rokom je novo diagnostikovaná epilepsia vo vyspelých krajinách na 45 – 50 prípadov na 100 tisíc obyvateľov (Růžička a kol., 2019). Tefera a kol. (2020) uvádza, že epilepsiu má približne viac ako 50 až 70 miliónov ľudí na celom svete, čo z nej robí jedno z najčastejších neurologických ochorení na celom svete a aj že epilepsia sa považuje za liečiteľný stav s vysokou mierou terapeuticko-odpovede (75 %) pri použití v súčasnosti dostupných antiepileptických liekov. Za významnú charakteristiku dobre prežitého života v spokojnosti sa považuje začlenenie v sociálnej oblasti života, kedy si jedinec uvedomuje dôležitosť byť začlenený do spoločnosti (najužšie vzťahy, komunita) a vie sa v nej orientovať, ľudia sú v nej priateľskí, samotný jedinec je súčasťou diania spoločnosti a vie sa v nej orientovať a spoločnosť sa vyvíja pozitívnym smerom (Birknerová a kol., 2013). Samotná kvalita života sa vyznačuje subjektívnym ohodnotením osoby, ktoré sa odohráva v určitom kultúrnom, environmentálnom ale aj sociálnom kontexte. Zahrňuje komplex ukazovateľov a to, fyzické zdravie, psychické zdravie, presvedčenie a vieru a dôležité sú taktiež sociálne vzťahy, ktoré zahŕňajú sociálnu oporu, osobné vzťahy a sexuálnu činnosť. Dôležité faktory, ktoré ovplyvňujú mieru spokojnosti jednotlivcov v hodnotení subjektívnej kvality života v súvislosti so sociálnou oblasťou sú: úroveň sociálnych vzťahov a rodinný život, taktiež aktívny život v spoločnosti/komunita, spoločenská situácia, vymožitelnosť svojich práv, bezpečnosť, zamestnanie – spokojnosť s prácou, úroveň vzdelávania (Doležalová a kol., 2011).

Sociálna solidarita však nestačí pri zabezpečovaní kvality života chorým, je dôležité urobiť viac. Samotná sociálna doména pri posudzovaní kvality života súvisí s uspokojovaním sociálnych vzťahov, s dosiahnutou sociálnou oporou, so samotným sociálnym fungovaním a aj so sexuálnou činnosťou chorého. Dochádza často k stigmatizácii pacientov, ktorí bývajú „odstrkovaní“ od svojho okolia. Avšak, čo sa týka sociálnych vzťahov, môže ochorenie viesť k nadobudnutiu nových sociálnych vzťahov a to s osobami, ktoré majú rovnakú diagnózu (Majerníková, Obročníková, 2020).

## Cieľ práce

Hlavným cieľom našej práce boli zistiť a zhodnotiť sociálny aspekt kvality života u pacientov s epilepsiou z hľadiska pohlavia, dĺžky trvania ochorenia a sociálneho statusu.

## Metodika

Výskum bol realizovaný v troch neurologických ambulanciách, z toho dve sa nachádzajú v meste Kežmarok a jedna v meste Poprad. Výskum bol realizovaný v časovom intervale od 12/2021 do 02/2022, pričom sa na ňom zúčastnilo 50 respondentov, ktorým je diagnostikované ochorenie epilepsia. Použili sme na zber dát štandardizovaný dotazník QOLIE – 31 od autorov Vickrey a kol., ktorý obsahuje 31 otázok zameraných na kvalitu života pacientov s epilepsiou a ktorý mohli vyplniť len respondenti, ktorí za posledné 4 hodiny neprekonali jednoduchý alebo komplexný parciálny záchvat, alebo generalizovaný tonicko-klonický záchvat počas predchádzajúcich 24 hodín, pričom odpovede vyplňali na základe zakrúžkovania najlepšej možnej odpovede na Likertových škálach. Štandardizovaný dotazník sme doplnili zároveň o 17 otázok zameraných na sociometrické ukazovatele, ktoré nám priblížili našu výskumnú vzorku.

## Súbor

Naša výskumná vzorka sa skladala z 50 respondentov s ochorením epilepsia, z toho bolo 30 mužov a 20 žien s priemerným vekom 37,5 roka, kedy najmladší respondent mal 21 rokov a najstarší 50, čo bol náš maximálny vekový rozptyl. Priemerný rok diagnostiky ochorenia bol 2009 a najčastejší typ epilepsie našich respondentov bol grand mal. Až 82% našich respondentov užíva pravidelne antiepileptické lieky, čo predstavuje dôležitý aspekt v zvládaní ochorenia. Čo sa týka vzdelania našich respondentov, najčastejšie išlo o stredoškolské ukončené vzdelanie a zamestnaných bolo 33 respondentov z celkového počtu 50 respondentov.

**Tabuľka č. 1 Porovnanie z hľadiska pohlavia**

Sledovaná premenná	Muži (n=30)		Ženy (n=20)		p
	M	SD	M	SD	
Celková kvalita života	63,83	17,04	56,37	24,50	0,209
Emocionálne zdravie	56,26	19,65	48,80	16,90	0,170
Vyčerpanosť/energia	49,66	17,61	42,50	16,74	0,157
Kognitívne funkcie	59,00	21,66	50,97	25,74	0,239
Obavy z epileptického záchvatu	49,54	27,17	44,05	31,87	0,516
Sociálna oblasť	58,56	20,02	50,45	25,07	0,210
Účinok liekov	58,42	26,32	49,16	37,07	0,306

n – počet, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, p – hladina štatistickej významnosti

Na základe analýzy výsledkov, na ktoré bola využitá Spearmanova korelácia, uvádzaných v tabuľke č. 2 - porovnanie vzťahu medzi vnímaním sociálnych parametrov kvality života a časom výskytu epileptického záchvatu sme zistili negatívnu koreláciu so skúmanou sociálnou oblasťou kvality života, čo značí, že respondenti, ktorí mali epileptický záchvat v poslednej dobe vykazovali nižšiu mieru kvality života v sociálnej oblasti. Taktiež nám korelovali výsledky so všetkými skúmanými oblasťami, teda môžeme hodnotiť, že respondenti, ktorí mali v poslednej dobe epileptický záchvat vykazujú nižšiu mieru ich kvality života v oblastiach celkovej kvality života, v emocionálnom zdraví, vyčerpanosť/energia, v kognitívnych funkciách, obávajú sa ďalšieho epileptického záchvatu a účinkov liekov.

**Tabuľka č. 2 Porovnanie sociálnej oblasti s posledným epileptickým záchvatom**

Premenné	Spearmanove korelácie							
	celková kvalita života	emocionálne zdravie	vyčerpanosť/energia	kognitívne funkcie	obavy z epi záchvatu	Sociálna oblasť	účinnok liekov	posledný záchvat
celková kvalita života	1,0	0,671	0,684	0,631	0,623	0,713	0,650	-0,322
emocionálne zdravie	0,671	1,0	0,739	0,669	0,643	0,718	0,564	-0,224
vyčerpanosť/energia	0,684	0,739	1,000	0,685	0,590	0,757	0,765	-0,351
kognitívne funkcie	0,631	0,669	0,685	1,000	0,741	0,800	0,656	-0,431
obavy z epileptického záchvatu	0,623	0,643	0,590	0,741	1,000	0,787	0,591	-0,455
<b>Sociálna oblasť</b>	0,713	0,718	0,757	0,800	0,787	1,000	0,773	-0,394
účinnok liekov	0,650	0,564	0,765	0,656	0,591	0,773	1,000	-0,505
posledný záchvat	-0,322	-0,224	-0,351	-0,431	-0,455	-0,394	-0,505	1,000

Spearmanove korelácie sú vyhodnotené a vyznačené na hladine významnosti  $p < ,05000$

V tabuľke č. 3 sú uvádzané výsledky, prostredníctvom ktorých sme zhodnotili, že štatistické výsledky sú výrazné v sledovaných premenných z hľadiska úrovne sociálnej opory. Pacienti, ktorí mali dostatok sociálnej opory od svojich blízkych/rodiny, vykazovali vyššiu mieru kvality života vo všetkých uvádzaných oblastiach – v celkovej kvalite života, v emocionálnom zdraví, v oblasti vyčerpanosť/energia, v kognitívnych funkciách, v doméne obavy z epileptického záchvatu, v sociálnej oblasti a najvýraznejšie výsledky vykazovali v oblasti účinkov liekov.

**Tabuľka č. 3 Sociálna opora**

Sledovaná premenná	Sociálna podpora (n=37)		Nedostatočná sociálna podpora (n=13)		p
	M	SD	M	SD	
Celková kvalita života	57,73	40,62	40,62	15,99	0,004
Emocionálne zdravie	52,49	32,46	35,42	15,33	0,002
Vyčerpanosť/energia	51,49	33,46	33,46	15,49	0,001
Kognitívne funkcie	59,08	46,43	46,43	23,78	0,095
Obavy z epileptického záchvatu	49,86	40,21	40,21	28,15	0,306
<b>Sociálna oblasť</b>	59,62	43,08	43,08	21,16	0,020
Účinnok liekov	63,44	29,92	29,92	27,21	0,000

n – počet, M – priemer, SD – smerodajná odchýlka, p – hladina štatistickej významnosti

### Diskusia

V štúdiu Liu a kol., (2020) porovnávali mužov so ženami, ktorí majú diagnostikovanú epilepsiu. Počet účastníkov bolo 158, z toho žien bolo 65 a mužov 93. Na zber dát použili okrem QOLIE-31 taktiež Self-rating Anxiety Scale (SAS), Self-rating Depression Scale (SDS) a Pittsburgh Sleep Quality Inventory

(PSQI). Cieľom tohto výskumu bolo zistiť, či existujú rozdiely vo výskyte a ovplyvňujúcich faktoroch úzkosti a depresie medzi mužmi a ženami s epilepsiou. Z výsledkov vyplýva, že pre prevalenciu úzkosti a depresie nebol v tejto štúdii zistený žiadny rozdiel medzi pohlaviami. Zmierňujúce faktory psychiatrických komorbidít sa však medzi mužmi a ženami výrazne líšili: u mužov s komorbidnou úzkosťou bolo pravdepodobnejšie, že budú ovplyvnení v oblasti kvality spánku, zatiaľ čo symptómy úzkosti u žien boli úzko spojené s frekvenciou záchvatov. Dôležitým a spoločným prediktorom symptómov úzkosti a depresie bola oblasť vyčerpanosť/energia v kvalite života, pričom viac boli postihnutí muži. V porovnaní s našimi výsledkami v oblasti vyčerpanosť/energia nám vyšiel opak. Horšiu kvalitu života mali ženy v porovnaní s mužmi. V našej štúdii sme nezistili štatisticky významné rozdiely medzi mužmi a ženami.

V ďalšej štúdii kolektív autorov komparoval subškály dotazníka QOLIE-31 s pacientmi, ktorí boli v remisii epileptických záchvatov a s pacientmi po epileptickom záchvate. Z výsledkov hodnotili, že kvalita života bola znížená vo všetkých kategóriách (QOLIE-31) u pacientov po epileptickom záchvate a títo pacienti tiež vykazujú výrazné zhoršenie kvality života a každodenných aktivít v porovnaní s pacientmi v remisii záchvatov. My sme komparovali respondentov, ktorí mali epileptický záchvat v poslednej dobe so sociálnou oblasťou kvality života, avšak v tabuľke č. 2 sú opísané všetky subškály dotazníka. Z našich výsledkov vyplýva, že taktiež pacienti po epileptickom záchvate vykazujú negatívnu koreláciu vo všetkých subškálach štandardizovaného dotazníka (Kortland a kol., 2017).

V štúdii od autora Gebre (2018), ktorá bola zameraná na komparáciu respondentov, ktorí mali epileptický záchvat v priebehu mesiaca a respondentov, ktorí mali záchvat pred viac ako mesiacom a porovnával následný súvis záchvatov s ich kvalitou života. Z výsledkov štúdie vyplýva, že pacienti bez epizódy záchvatov počas posledného mesiaca mali lepšie priemerné celkové skóre QOLIE-31 v porovnaní s pacientmi, ktorí mali záchvat za posledný mesiac. V tejto štúdii je taktiež opísaná korelácia medzi celkovým skóre a subškálami QOLIE-31. Celková kvalita života vykazovala významnú mieru negatívnu koreláciu s počtom epileptických záchvatov. Vo všeobecnosti zvýšenie frekvencie záchvatov znižuje celkové skóre kvality života. Zvýšenie frekvencie epileptických záchvatov primárne znižuje obavy zo záchvatov, emocionálnu pohodu a oblasť vyčerpanosti/energie kvality života, ako sa ukázalo na základe výrazne miernej korelácie. Zistilo sa však, že frekvencia záchvatov má nevýznamný vplyv na ostatné subškály QOLIE-31 a z našich výsledkov môžeme potvrdiť, že naši respondenti, ktorí mali v poslednej dobe epileptický záchvat taktiež vykazovali horšiu mieru kvality života ale vo všetkých skúmaných oblastiach štandardizovaného dotazníka QOLIE-31.

## **Záver**

Kvalita života závisí nielen od slobodnej voľby jednotlivca, ale aj od toho, že je nutné posilnenie sociálnej podpory a jej vnímanie pacientom. Dôležité je si uvedomiť, že ak chorý vníma nízku sociálnu podporu, môžu sa u neho vyskytnúť rôzne prejavy nespokojnosti, poruchy správania, emocionálne poruchy a taktiež aj suicidálne myšlienky (Šíp, 2018). Z hľadiska ochorenia môže dôjsť k zmene sociálneho postavenia, môže nastať sociálny zostup ale aj strata spoločenskej a rodinnej prestíže, čo môže značne ovplyvniť kvalitu života chorého a jeho psychiku. Taktiež môže nastať situácia, že dôjde k obmedzeniu až k vymiznutiu sociálnych kontaktov, ktoré môžu byť pre chorého obzvlášť dôležité (Ondriová, 2020).

***Tento príspevok bol vytvorený v rámci riešenia grantového projektu KEGA: Návrh metodiky hodnotenia kvality života pacientov so sclerosis multiplex č. 002PU-4/2020.***

## **Zdroje:**

BIRKNEROVÁ, Z. a kol., 2013. *Vybrané sociální jevy v kulturních souvislostech*. Výzkumná sonda mezi české a slovenské vysokoškolské studenty. Praha: Hnutí R. ISBN 978-80-86798-41-7.

- DOLEŽALOVÁ, J. a kol., 2011. *Kvalita života v kontextech vzdělávání*. Zielona Góra: Zielonogórská univerzita. ISBN 978-83-7481-402-7.
- GEBRE KAHSU, A., 2018. *Sociodemographic, Clinical Variables, and Quality of Life in Patients with Epilepsy in Mekelle City, Northern Ethiopia*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://www.proquest.com/docview/2158169783/BF1CB0EBC90948E4PQ/25> .
- KOLLÁR, B., 2013. *Problematika diferenciálnej diagnostiky epileptických a neepileptických záchvatových stavov v klinickej praxi*. Bratislava: Veda. ISBN 978-80-224-1297-1.
- KOLLÁR, B., 2014. *Epilepsia*. 1.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-3702-1.
- KORTLAND, L. M. a kol., 2017. *Socioeconomic Outcome and Quality of Life in Adults after Status Epilepticus: A Multicenter, Longitudinal, Matched Case-Control Analysis from Germany*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29018404/> .
- KUBOTA, H., AWAYA, Y., 2010. *Assessment of health-related quality of life and influencing factors using QOLIE-31 in Japanese patients with epilepsy*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646964/> .
- LIU, Z. a kol., 2020. *Gender Differences in Associated and Predictive Factors of Anxiety and Depression in People With Epilepsy*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32754069/> .
- MAJERNÍKOVÁ, Ľ., OBROČNÍKOVÁ, A., 2020. *Vplyv svojpomocnej skupiny na kvalitu života pacienta a jeho rodinu*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-2589-1.
- ONDRIOVÁ, I., CINOVÁ, J., 2020. *Psychosociálne aspekty zdravotníckej praxe*. 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-2416-0.
- RŮŽIČKA, E. a kol., 2019. *Neurologie*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-681-5.
- SOUNDABEH, S. H., a kol., 2019. *Health-related quality of life and medication adherence in elderly patients with epilepsy*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://www.proquest.com/docview/2464226569/BF1CB0EBC90948E4PQ/28> .
- ŠÍP, M., 2018. *Sociálno-spirituálne atribúty v paliatívnej starostlivosti*. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 978-80-555-2181-7.
- TEFERA, M, G. a kol., 2020. *Health-related quality of life and its determinants among ambulatory patients with epilepsy at Ambo General Hospital, Ethiopia: Using WHOQOL-BREF*. [online]. [cit. 2022-02-02]. Dostupné na internete: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0227858> .
- XIANG – MIN., G. a kol., 2016. *Influence of Occupational Status on the Quality of Life of Chinese Adult Patients with Epilepsy*. [online]. [cit. 2022-02-27]. Dostupné na internete: <https://www.proquest.com/docview/1925210804/BF1CB0EBC90948E4PQ/14> .

**Korespondenční adresa:**

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Partizánska 1

08001 Prešov

ludmila.majernikova@unipo.sk

## TELEOŠETROVATEĽSTVO AKO NÁSTROJ NA ZABEZPEČENIE KONTINUITY DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Martinková J., Puteková S.

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

### Súhrn

*Narastajúci počet pacientov seniorov, ich odosielanie do nemocníc, zvyšujúci sa počet hospitalizácií, náklady na liečbu a pracovnú záťaž sestry, nedostatok personálu sú faktory, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravotnú i ošetrovateľskú starostlivosť o seniorov. Vzhľadom na rôznorodosť ochorení a potrebu starostlivosti o seniorov je dôležitá kontinuita starostlivosti, pretože môže uľahčiť proces liečby, ošetrovateľskej starostlivosti, zlepšiť stav ochorenia a kontrolovať jeho komplikácie. Domáca starostlivosť je aspektom kontinuity starostlivosti, ktorá môže byť účinná pri uľahčení liečebného procesu seniorov, ktorí nepotrebujú hospitalizáciu, a ich potreby starostlivosti je možné manažovať a sledovať doma. Kontinuita domácej ošetrovateľskej starostlivosti je jednou z dôležitých stratégií, ktorú môže sestra vykonávať pomocou teleošetrovateľstva v domácom prostredí seniora.*

**Kľúčové slová:** Senior, Sestra, Domáca ošetrovateľská starostlivosť, Teleošetrovateľstvo.

### Úvod

V nasledujúcich desaťročiach sa celosvetová populácia ľudí vo veku 65 a viac rokov zdvojnásobí. Seniori predstavujú približne dve tretiny nákladov na zdravotnú starostlivosť i ošetrovateľskú starostlivosť. Náklady na liečbu chronických ochorení a trvanie liečby sú vyššie ako pri liečbe akútnych ochorení a seniori, ktorí boli nedávno prepustení z nemocnice, môžu mať vyššie riziko opakovaných hospitalizácií (Ghoulami-Shilsari, Bandboni, 2019). Priemerná dĺžka hospitalizácií sa skraca, seniori sú prepúšťaní skôr a nie v celkom dobrom stave ako predtým, čím sa starostlivosť o krehkých, chronicky chorých alebo ťažko postihnutých seniorov stáva veľkým problémom nielen pre rodiny seniorov ale i pre zdravotný a sociálny systém (National academies of sciences, engineering, and medicine, et al., 2016). Rodina zohráva kľúčovú úlohu pri podpore zdravia, pohody, funkčnej nezávislosti a kvality života seniorov. Starostlivosť rodiny zahŕňa všetko od pomoci s aktivitami denného života cez poskytovanie priamej starostlivosti až po asistenciu seniorovi pri orientácii sa v komplikovaných systémoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Záťaž rodiny sa vzťahuje na fyzické, emocionálne, sociálne a finančné ťažkosti. Bremeno starostlivosti možno rozdeliť do dvoch kategórií: objektívna a subjektívna. Fyzický dopad každodenných povinností vykonávaných pre seniora, ako je čas, ktorý rodina strávi asistovaním, dohľadom a kŕmením člena rodiny, sa označuje ako objektívna záťaž starostlivosti. Psychologický, sociálny a emocionálny dopad objektívnej záťaže rodiny bol definovaný ako subjektívna záťaž starostlivosti (Fekete, et al., 2017). Preťažené zdravotnícke systémy či už počas pandémie COVID – 19, alebo z dôvodu nedostatku zdravotníckych pracovníkov (lekárov, sestier) ako aj obmedzenia pohybu a zákazy vychádzania uložené ako preventívne opatrenia a z toho vyplývajúce problémy, ktorým čelili seniori snažiaci sa dostať do zdravotníckych zariadení. To všetko prispieva k nedostatočnému prístupu k zdravotníckym zariadeniam (Kuckertz, et al., 2020). Osobitný význam má starostlivosť o seniorov vo veku nad 65 rokov a tých, ktorí žijú v zariadeniach pre seniorov, opatrovateľských domoch alebo zariadeniach dlhodobej starostlivosti. Slabosť, imobilita, demencia, nároky na duševné zdravie alebo chronické ochorenia sú typické pre starnutie, ktoré seniorov vystavujú vyššiemu riziku pridružených ochorení (Vergara, Parish, Smallheer, 2020).

S obrovským rozvojom, pokrokom informačných technológií, počítačov a komunikácie dochádza k zlepšeniu sektora zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytovaním starostlivosti seniorom inovatívnymi metódami je možné zabezpečiť dostupnosť a prístup k zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti pre seniorov aktiváciou služieb telehealth, telenursing, telemonitoring, ktoré sa stávajú efektívnou možnosťou zabezpečenia kontinuity zdravotnej starostlivosti (Monaghesh, Hajizadeh, 2020). Telekomunikačné riešenia môžu zlepšiť prístup k starostlivosti a zároveň riešiť problém

rastúcich výdavkov, nedostatku personálu a zvyšujúceho sa tlaku na zdravotnícke systémy napríklad počas krízy COVID-19 (Quinn, O'Brien, 2018). Teleošetrovateľstvo je použitie telekomunikačnej technológie v ošetrovateľstve na zlepšenie starostlivosti o pacientov. Možno ho rozdeliť do štyroch typov:

- synchronný typ - je živý kontakt medzi pacientom a poskytovateľom,
- uložiť a poslať - je typ používaný na odosielanie údajov, ktoré sa majú neskôr skontrolovať,
- diaľkové monitorovanie - je typ, pri ktorom existuje správa o vitálnych funkciách a údajoch o zdravotnom pokroku pri chronicky chorých pacientov, ktorý sa odošle poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti,
- kategória Mobile Health/Wellness - podporuje dobré návyky posielaním upozornení alebo pripomienok a podporou správy prípadov na diaľku (CDC,2020).

### **Telenursing (teleošetrovateľstvo)**

Telenursing (teleošetrovateľstvo) je definované ako súbor ošetrovateľských činností, ktoré využívajú informačné a komunikačné technológie na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Prostredníctvom týchto technológií môže sestra napr. zabezpečiť monitorovanie pacienta, vzdialene zbierať dáta, vzdialene zasahovať, poskytovať ošetrovateľské rady, inštruovať pacienta k rôznym úkonom a viesť manažment bolesti (Gidora, Boryccki, 2019). Cloyd a Thompson (2020) ďalej podrobnejšie definujú telenursing (teleošetrovateľstvo) ako využívanie telekomunikácie a informačných technológií na poskytovanie ošetrovateľských činností v starostlivosti o zdravie a ďalej v situáciách, kedy je veľká vzdialenosť medzi pacientom a sestrou, alebo medzi jednotlivými sestrami. Autori charakterizujú telenursing (teleošetrovateľstvo) ako jednu z najdôležitejších technologických udalostí konca 20. storočia, ktorá sa stala bránou do moderného ošetrovateľstva.

Najčastejšie vyskytujúcim sa ošetrovateľským prostredím pre uplatnenie telenursingu (teleošetrovateľstva) je starostlivosť v prirodzenej komunite a domove pacienta. Domáca starostlivosť poskytovaná pomocou IT technológií na diaľku sa využíva najmä u pacientov s chronickými ochoreniami, u pacientov imobilných alebo málo pohyblivých a u pacientov žijúcich v oblastiach ďaleko od zdravotníckeho zariadenia. Starostlivosť sa premieta predovšetkým do oblastí ako je poradenstvo, dodávanie informácií týkajúcich sa zdravia, edukáciu a inštruovanie pacientov, rodinných príslušníkov, opatrovateľov. Podobným spôsobom starostlivosti na diaľku je využitie napríklad u pacientov po chirurgických zákrokoch, ktorí sú po nevyhnutne dlhej hospitalizácii prepustení do domácej starostlivosti. V tomto prípade sa sestra zameriava okrem poradenstva a edukácie hlavne na telemonitoring rany pomocou videokamery, inštruovanie pacienta pri starostlivosti o stómiu či poskytnutie rád a zhodnotenie enterálnej a parenterálnej výživy pacienta (Kirsch et al, 2015).

Telenursing (teleošetrovateľstvo) je ďalej zamerané tiež na zlepšenie kvality starostlivosti, bezpečnosti pacientov a na rýchly prístup k ošetrovateľskej starostlivosti prekonaním geografických bariér u pacientov vo vzdialených a odľahlých regiónoch. Používanie počítačov, mobilných telefónov, SMS a ďalších komunikačných technológií je už bežnou súčasťou ošetrovateľstva. Stalo sa tak na jednej strane vďaka stále rastúcemu technologickému pokroku a na druhej strane kvôli nutnosti väčšej a lepšej dostupnosti zdravotníckej starostlivosti (Souza, et al., 2016). Pandémia COVID - 19 ukázala, že elektronizácia zdravotníctva je nielen vo svete, ale aj v Slovenskej republike nevyhnutná. Elektronizácia je podľa najnovších informácií vyžadovaná hlavne pre odovzdávanie dát medzi laboratóriami, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, obyvateľmi a úradmi verejného zdravotníctva. Využitie takejto techniky bolo v čase pandémie koronavírusu nutné na to, aby bolo vôbec možné pokračovať v komplexnej liečbe u niektorých pacientov s chronickými ochoreniami, a tým sa dokázalo vyriešiť aj obmedzenie styku, ktorý bol nutný pre minimalizáciu prenosu vírusu. V dôsledku týchto opatrení bolo možné niektorú starostlivosť vykonať aj na diaľku metódou telenursingu, ktorý sa dostal aj vďaka pandémie do popredia (Kawaguchi, Toyomas, 2021). Už pred pandemiou, v niektorých štátoch sveta sestry využívali informačné technológie ako napríklad e -návštevy, teda virtuálne návštevy pacienta v jeho domácom prostredí za pomocou počítačovej videotechniky. Pri e- návštevách sestry začínajú

videokonferenciou alebo telefónnym hovorom a komunikujú s pacientom. Poskytujú pacientovi rôzne informácie, konzultácie, inštrukcie, môžu aj na diaľku vykonať edukáciu, názornú ukážku cez videokameru. Pri komunikácii s pacientom a plánovaním intervencií sa sestry môžu opierať o informácie z portálu elektronických zdravotných záznamov a technológiu digitálneho diaľkového monitorovania. Pre hodnotenie plánu starostlivosti a zvládanie ochorenia pracujú s komunikačnými metódami zameranými na podporu pacientov ako aktívnych účastníkov samotnej starostlivosti o ne (Gidora, Boryccki, 2019).

Podľa štúdie od Kawaguchiho a Toyomase (2021) z Janponska je v súčasnosti doba hospitalizácie v priemere približne 2 týždne u seniorov a ako náhle je nevyhnutná liečba ukončená, je pacient prepustený a vracia sa čoskoro do domáceho prostredia. Sestry v nemocniciach plnia len úlohy podporujúce nemocničnú lekársku i ošetrovateľskú starostlivosť (organizovanie a odovzdávanie informácií o pozorovaní, ošetrovateľské výkony) a oblasti ošetrovateľskej starostlivosti, ako je podpora životného štýlu alebo techniky liečebnej starostlivosti, začínajú po návrate seniora do domáceho prostredia práve prostredníctvom telenursingu. Kotsani (2018) sumarizuje, že takáto ošetrovateľská starostlivosť je sústreďovaná najmä na videokonferencie, používanie triediacich systémov a celkovo manažment starostlivosti o chronicky chorých, starostlivosť o zdravie, edukáciu a informácie na požiadanie pacienta či rodiny.

S využívaním telenursingu prichádza nemálo výhod. Jednou z najväčších môže byť previazanosť sestry a pacienta. Pacienti sa môžu kedykoľvek obrátiť na sestry a zaistiť si napríklad telefonát či videokonzultáciu s cieľom riešiť prípadné problémy, napríklad ako vymeniť obväz, môžu s ňou konzultovať sledovanie vitálnych funkcií, ako je krvný tlak, dýchanie a hmotnosť prostredníctvom internetu či telefónu (Kalia, Saggy, 2019).

### **Vybrané nástroje telenursingu**

Telenursing používa celú škálu komunikačných a digitálnych informačných technológií pre vzdialený prístup k službám, v správe zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti a prístupu k samotným pacientom. Sestry poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť na diaľku prostredníctvom monitorovania, vzdelávania, sledovania, vzdialeného zberu dát a intervencií, manažmentu bolesti, podpory rodiny a multidisciplinárnu starostlivosť inovatívnym spôsobom (Bashir a Bastola, 2018).

Rozdelenie podľa spracovávaných informácií a dát Streda a Hána (2016) delia podľa toho, či spracovávajú verbálnu komunikáciu, vizuálnu komunikáciu alebo dátovú komunikáciu. Verbálna komunikácia je možná cez pomocou slov prostredníctvom ľudského hovoreného jazyka. Najčastejšie prebieha cez mobilný telefón ako najjednoduchší a najrozšírenejší spôsob diaľkového spojenia medzi ľuďmi. Vizuálna komunikácia prebieha prostredníctvom multimédií so zvukovým aj obrazovým efektom. Ide najmä o videokonferenčné hovory. Dátová komunikácia je prenos obrazových a hlasových súborov, ktoré sú uložené a je k dátam možný aj neskorší prístup (Šimíček, Drápalová, 2015). Základnými nástrojmi, ktoré sestry používajú k spojeniu sa s pacientom sú mobilný telefón, počítač či notebook. Predpokladom pre správne fungovanie je dobré sieťové pripojenie a kvalitné pokrytie mobilným signálom, čo v niektorých oblastiach aj napriek dnešnej technologickej vyspelosti stále môže byť komplikáciou. Pre sprostredkovanie obrazu používajú digitálne webové kamery, ktoré sú dnes už často súčasťou počítačov, špecializovaný softvér poskytujúci záznamy o pacientoch, ktoré sa môže súčasne zobrazovať aj ďalším povereným zdravotníckym pracovníkom (Streda a Hána, 2016).

### **Videokonferenčný hovor**

Videokonferencie a ďalšie metódy elektronického zdravotníctva podporujú zabezpečenie včasnej starostlivosti, ktorá je efektívna, bezpečná a zameraná na pacienta. Pri tradičných intervenčných postupoch v ošetrovateľskej starostlivosti pri osobnom stretnutí sú vizuálne informácie jedny z najdôležitejších. Preto je dôležité, aby počas telenursingu dochádzalo aj k prenosu obrazu a nielen zvuku. Pre prenos obrazu je takzvaný videokonferenčný hovor ako spôsob multimediálnej komunikácie ten najvyužívanejší (Streda, Hána, 2016). Obraz môže byť vyslaný interaktívne z pacientovho domu



priamo do ambulancie k sestre. Možno takto jednoducho prekonať vzdialenosť a spojiť účastníkov hovoru v rovnakom čase na rôznych miestach. Prenos sa môže zrealizovať využitím bežne vybaveného stolného počítača, notebooku či tabletu. Táto technológia je užitočná pri sledovaní pacientovej situácie a sestra môže počas hovoru plánovať rôzne intervencie pre ošetrovateľskú starostlivosť, rovnako tak, ako samotné edukovanie pacientov (Kotsani, 2018).

### **Telefónna triáž (triedenie)**

Ďalším nástrojom telenursingu je takzvaná telefónna triáž čiže triedenie pacientov. Telefónna triáž sa používa na to, aby sestry mohli cez telefón posudzovať, či problém volajúceho je akútny a vyžaduje okamžitú lekársku pomoc, alebo či problém nie je tak akútny, ale vyžaduje určitý lekársky alebo ošetrovateľský zásah (Li, et al., 2017). Sestry po zhodnotení situácie volajúcej osoby (pacienta), ktorá potrebuje lekársku alebo ošetrovateľskú starostlivosť, odkáže osobu za vhodné zdroje alebo na konkrétne zdravotnícke zariadenie. Tieto sestry pre triáž majú tiež povinnosť na diaľku posúdiť, či možno určité problémy volajúceho zvládnuť doma len bez lekárskeho alebo ošetrovateľského zásahu a informuje pacienta o ďalšom postupe (Boogan, 2020). Ukázalo sa, že vzdelávacie intervencie vytvorené sestrami, ich posúdenie, rady a informácie po telefóne môžu znížiť dopyt po lekárskejších intervenciách, čo následne vedie k úsporám nákladov.

### **Telemonitoring**

Telemonitoring umožňuje sestram sledovať pacientov zdravotný stav na diaľku pomocou rôznych technologických zariadení. Táto metóda sa primárne používa na monitorovanie u osôb s chronickým ochorením ako sú kardiovaskulárne ochorenia, diabetes mellitus, astma bronchiale a iné. Je dokázané, že služba, ako je telemonitoring, môže poskytnúť porovnateľné zdravotné výsledky ako tradičné osobné stretnutie s pacientom, navyše môže byť pre pacientov komfortnejšie, pretože sa všetko deje v jeho prirodzenom prostredí a komunite. V neposlednom rade môže byť služba aj efektívna, čo sa týka finančných nákladov (Goh, 2017). K telemonitoringu sa dajú prepojiť rôzne nástroje. Môžu nimi byť zariadenia ako sú srdcové monitory a monitory glukózy, ktoré slúžia ku kontrole stavu pacienta, ale tiež napríklad monitory krvného tlaku, pulzný oxymeter pre meranie saturácie kyslíka a pulzovej frekvencie. Podľa konkrétnych zdravotných problémov a ochorení sú pacientom k dispozícii špecializovanejšie pomôcky ako je napríklad elektronický spirometer pripojený k počítaču a zároveň k pacientovi pre meranie pľúcnych funkcií (Poreddi et al., 2020). Pred začatím domáceho telemonitoringu je dôležité, aby sestry naučili a informovali pacientov a ich rodinu o tom, ako jednotlivé zariadenia doma používať. Zaisť sa tak správne používanie zariadenia potrebného na získanie presných údajov (Goh, 2017). Všeobecne sa ukázalo, že tento typ starostlivosti na diaľku je veľmi efektívny.

### **Záver:**

Pre seniorov s pokročilými chronickými stavmi, môže byť prechod z nemocnice do domáceho prostredia pre nich a ich rodinných príslušníkov, opatrovateľov stresujúcim momentom. Seniori vyžadujú pokročilú starostlivosť po prepustení z nemocnice čo považujú za zložitú situáciu, ktorej čelia rodinní príslušníci a opatrovatelia, ktorí zvyčajne nemajú v tejto oblasti žiadne skúsenosti, zručnosti. Zvyšujúca sa potreba starostlivosti o už odkázaného seniora má potenciál zvyšovať riziko záťaže rodiny, opatrovateľa čo má za následok negatívne ovplyvňovanie starostlivosti. Teleošetrovateľstvo môže byť typom starostlivosti s cieľom optimalizovať plánovanie prepustenia a zabezpečiť kontinuitu domácej starostlivosti o seniorov. Už skúsenosti s teleošetrovateľstvom uvádzajú, že teleošetrovateľstvo je účinné pri zlepšovaní vedomostí a kvality starostlivosti poskytovanej rodinnými príslušníkmi pacientov a opatrovateľov. Informačné technológie sú účinnými nástrojmi a stratégiou na zlepšenie vedomostí a zručnosti nielen rodiny, opatrovateľov ale i samotných seniorov. To významne ovplyvňuje poskytovanie, čerpanie zdravotnej i ošetrovateľskej starostlivosti, predčasnú inštitucionalizáciu seniorov, zníženie fyzických symptómov pacienta. Keďže väčšina seniorov uprednostňuje domácu starostlivosť pred rezidenčnou starostlivosťou, profesia sestry musí zmeniť svoju doterajšiu prax. Sú

potrebné nové modely starostlivosti. Informačné a komunikačné technológie umožňujú seniorom zachovať si svoju autonómiu posilňovaním ich emocionálnych, vzťahových a sociálnych schopností. Seniori ocenia možnosť prostredníctvom videotelefónu komunikovať so sestrou o svojich potrebách, očakávaniach a pocitoch. Stratégia teleošetrovateľstva je efektívna metóda starostlivosti na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o seniorov po hospitalizácii do domáceho prostredia, ktorá dopĺňa tradičnú ošetrovateľskú prax.

#### Zdroje:

BASHIR, Ayisha; BASTOLA, Dhundy R. Perspectives of nurses toward telehealth efficacy and quality of health care: pilot study. *JMIR medical informatics*, 2018, 6.2: e35.

BOGGAN, Joel C., et al. Effectiveness of acute care remote triage systems: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 2020, 1-10.

CDC. Using Telehealth to Expand Access to Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. (2020). Available at <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/telehealth.html>

CLOYD, Beth; THOMPSON, Julia. Virtual Care Nursing:: The Wave of the Future. *Nurse Leader*, 2020, 18.2: 147-150.

FEKETE, Christine, et al. Health impact of objective burden, subjective burden and positive aspects of caregiving: an observational study among caregivers in Switzerland. *BMJ open*, 2017, 7.12: e017369.

GHOULAMI-SHILSARI, Faezeh; BANDBONI, Mohammad Esmaeilpour. Tele-Nursing in chronic disease care: A systematic review. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 2019, 8.2.

GIDORA, Hanne; BORYCKI, Elizabeth M.; KUSHNIRUK, Andre W. Effects of Telenursing Triage and Advice on Healthcare Costs and Resource Use. *ITCH*, 2019, 133-139.

GOH, L. X.; GOH, L. J.; ZHU, X. Effectiveness of telemedicine for distant wound care advice towards patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Int Arch Nurs Health Care*, 2017, 3.2: 1-9.

KALIA, Raman; SAGGI, Manpreet. Telenursing and Challenges in India. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 2019, 9.4: 573-576.

KAWAGUCHI, Takayasu; TOYOMASU, Keiko. Innovation of Community-Based Integrated Care: The History and Current Status of Telenursing in Japan. In: *Health Informatics*. Springer, Singapore, 2021. p. 25-35.

KIRSCH, Sallie Davis, et al. Feasibility of using a pediatric call center as part of a quality improvement effort to prevent hospital readmission. *Journal of pediatric nursing*, 2015, 30.2: 333-337.

KOTSANI, Konstantia, et al. The role of telenursing in the management of Diabetes Type 1: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2018, 80: 29-35.

KUCKERTZ, Andreas, et al. Startups in times of crisis—A rapid response to the COVID-19 pandemic. *Journal of Business Venturing Insights*, 2020, 13: e00169.

LI, Ling, et al. Medication-related calls received by a national telenursing triage and advice service in Australia: a retrospective cohort study. *BMC health services research*, 2017, 17.1: 1-11.

MONAGHESH, Elham; HAJIZADEH, Alireza. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC public health*, 2020, 20.1: 1-9.

NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE, et al. *Families caring for an aging America*. National Academies Press, 2016.

POREDDI, Vijayalakshmi, et al. NIMHANS-Telenursing Practice Guidelines-2020. 2020.

QUINN, Winifred V.; O'BRIEN, Ellen; SPRINGAN, Gregg. Using telehealth to improve home-based care for older adults and family caregivers. *AARP Public Policy Institute, Washington, DC*, 2018.

SOUZA-JUNIOR, Valtuir Duarte, et al. Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. *Applied nursing research*, 2016, 29: 254-260.

STŘEDA, Leoš a Karel HÁNA. *EHealth a telemedicína, učebnice pro vysoké školy* [online]. 2016. Praha: Grada publishing, 2016 ISBN 9788027190430. Dostupné <https://books.google.cz/books?id=wGFyCwAAQBAJ&printsec=frontcover&key=AlzaSyDIPfI89JdFhWBVsMVsavVo6aNh057xITc#v=onepage&q&f=false>

ŠIMÍČEK, Vladimír a Jitka DRÁPALOVÁ. *Spojovací technika* [online]. Code Creator, 2015. ISBN 978-80-88058-14-4. Dostupné z: <https://publi.cz/books/86/Impresum.html>

VERGARA, Jade; PARISH, Abby; SMALLHEER, Benjamin. Telehealth: Opportunities in geriatric patient care during COVID-19. *Geriatric Nursing (New York, NY)*, 2020, 41.5: 657.

**Korespondenční adresa:**

doc. PhDr. Jana Martinková, PhD., MPH.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovateľstva

[jana.martinkova@truni.sk](mailto:jana.martinkova@truni.sk)

## TESTOVANIE B ŠKÁLY HODNOTENIA SEBESTAČNOSTI PACIENTOV S VYBRANÝMI NEUROLOGICKÝMI OCHORENIAMI

Frčová B. (1), Rapčíková T. (2), Frčová Z. (3)

1-Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva

2-Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra ošetrovateľstva

3-Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Fakulta zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici, Katedra fyzioterapie

### Súhrn:

*Ochorenie skleróza multiplex (SM) bolo ako nozologická jednotka popísané prvýkrát v roku 1860 a patrí medzi najbežnejšie príčiny vzniku disability z neurologických príčin u mladých dospelých medzi 20. – 40. rokom života. Cieľom autoriek článku je predstaviť nimi vytvorenú novú  $\beta$  škálu hodnotenia sebaopatery ľudí so SM, vrátane ďalších vybraných neurologických ochorení. Škálu môžu využiť samotní pacienti na hodnotenie aktuálnej úrovne sebaopatery, ako aj sestry pracujúce na pracoviskách, kde sa realizuje ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s neurologickými ochoreniami. Testovanie novej škály je predpokladom pre jej následnú validizáciu a zavedenie do ošetrovateľskej praxe. Východiskom pre vytvorenie  $\beta$  škály boli Kurtzkého stupnica nespôsobilosti a rozšírená stupnica invalidity (EDSS), Cliftonova škála sebestačnosti a diagnostické kritériá SM. V škále je definovaných 20 potrieb s bodovým ohodnotením od 0 bodov do 3 bodov, pričom hodnota 0 bodov znamená úplnú sebestačnosť a 3 body znamenajú úplnú závislosť pacienta. Zavedenie  $\beta$  škály do ošetrovateľskej praxe by pomohlo sestrám, resp. aj iným zdravotníckym pracovníkom objektívne posudzovať úroveň sebaopatery u pacientov so SM a inými neurologickými ochoreniami, a tým realizovať cielenu ošetrovateľskú starostlivosť.*

**Kľúčové slová:** Skleróza multiplex; Neurologické ochorenia;  $\beta$  škála; Sebaopatera; Testovanie; Hodnotenie

### $\beta$ Scale Testing for Self-sufficiency Assessment in the Patients with Chosen Neurological Diseases

#### Summary:

*The first description of multiple sclerosis as a distinct disease entity from the year 1860. This disease is one of the most common causes of neurological disability in young adults between 20-40 years of age. The aim of the article is to introduce a self-made assessment of self-care in SM patients included other neurological disease. The scale can be used to assess the actual self-care level by the patients themselves or the nurses treating about patients with neurological diseases. Testing a new scale is a prerequisite for its subsequent validation and introduction into nursing practice. The basis for the  $\beta$  scale was the Kurtzka's Scale of Invalidity (EDSS), Clifton's self-sufficiency scale, and SM diagnostic criteria. The scale defines 20 needs with a point score of 0 points to 3 points, with 0 points meaning total self-sufficiency, and 3 points means complete dependence of the patient. Introducing the  $\beta$  Scale into nursing practice would have helped nurses and other healthcare workers to assess the self-sufficiency level in patients with MS and other neurological diseases in an objective way and thus provide the targeted nursing care.*

**Keywords:** Multiple Sclerosis; Neurological diseases;  $\beta$  scale; Self-sufficiency; Testing; Assessment

#### Úvod

Neurologické ochorenia predstavujú širokú skupinu ochorení postihujúcich dospelých jedincov naprieč všetkými vekovými kategóriami. Je pre ne charakteristická pestrá somatická symptomatológia

nezriedka spojená s viac či menej závažným postihnutím kognitívnych funkcií, čo vedie k značnému limitovaniu sociálnych kontaktov pacienta.

Neurologické ochorenia sú spojené s variabilnými diagnostickými a terapeutickými postupmi a v mnohých prípadoch aj s nejasnými prognostickými závermi, nakoľko častokrát nie je možné ich úplné vyliečenie. Za úspech je považované spomalenie ich progresie, eliminovanie nežiaducich symptómov, najmä bolesti, čo má priaznivý vplyv na zlepšenie kvality života chorých.

Identický názor zastáva aj Kissel et al. (2012, s. 194) poukazujúci na skutočnosť, že „rôzne problémy sprevádzajúce chronicky chorých majú za následok pokles nezávislosti a kvality ich života. Tiež môžu vyústiť do vážnych konzekvencií v podobe vysokej psychickej záťaže, straty autonómie, zníženia sebaakceptácie pacienta či úvah o zmysle jeho vlastnej existencie“.

Skleróza multiplex (ďalej SM) je najčastejším získaným autoimunitným neurologickým ochorením mladých dospelých, predovšetkým žien, pričom prvé klinické prejavy ochorenia sa objavujú predovšetkým medzi 20. – 40. rokom života (Klímová, 2006).

Práve skupina pacientov trpiacich sklerózou multiplex bola v centre pozornosti nášho výskumu zameraného na hodnotenie sebestačnosti pacientov s uvedeným ochorením, pričom od začiatku roku 2022 sme našu pozornosť zamerali a cieľovú skupinu rozšírili aj o pacientov, u ktorých boli diagnostikované ďalšie závažné neurologické ochorenia, a to predovšetkým náhla cievna mozgová príhoda, Parkinsonova choroba, čiastočná, prípadne úplná strata pohybových funkcií, a to najmä v dôsledku ťažkých úrazov..

Progredujúce neurologické ochorenia veľmi výrazne zasahujú do bežných denných aktivít človeka, jeho sebestačnosti a nezávislosti. Práve hodnotenie úrovne sebestačnosti je dôležité pre plánovanie nezávislých ošetrovateľských intervencií v starostlivosti o pacientov s týmito ochoreniami.

V raných štádiách neurologických ochorení sú pacienti väčšinou úplne nezávislí a málo sebestační, resp. úplne nesebestační v bežných denných aktivitách. Úroveň sebestačnosti sa mení v závislosti od dĺžky a progresie ochorenia a bráni adekvátnej sebaopatre. K čiastočnej alebo úplnej strate schopnosti sebaopatery postupne vedie aj postihnutie hrubej a jemnej motoriky, čo má v mnohých prípadoch za následok až trvalú invalidizáciu pacienta.

Pri diagnostike problémov pacientov sa využívajú rôzne kritériá, ktoré sú spracované do podoby hodnotiacich škál. Najznámejšia a najvyužívanejšia je Kurtzkého škála – EDSS (expanded disability status scale), ktorá kvantifikuje postihnutie nervového systému predovšetkým u pacientov so SM (Duffek, 2011).

Na posudzovanie sebestačnosti chorých sa v ošetrovateľskej praxi využívajú aj ďalšie hodnotiace nástroje. Najznámejším z nich je Barthelovej test bežných denných aktivít (ADL), dotazník funkčného stavu FAQ-CZ, dotazník sebestačnosti DAD-CZ, Bristolská škála aktivít denného života BADLS-CZ a Cliftonova škála sebestačnosti (Bartoš a kol., 2009).

Tak, ako v každom výskume, aj vo výskume zameranom na posudzovanie úrovne sebestačnosti u pacientov s vybranými neurologickými ochoreniami, je nevyhnutné použitie správnych hodnotiacich nástrojov, pretože zabezpečuje získavanie čo najrelevantnejších podkladov, na základe ktorých je potom možné odvodiť čo najobjektívnejšie závery (Littva a kol., 2019, s. 148).

Náročnosť priebehu i nežiaducich účinkov neurologických ochorení nás priviedla k presvedčeniu a nakoniec i k finálnemu rozhodnutiu vytvoriť novú posudzovaciu škálu, ktorú sme nazvali  $\beta$  škála. Domnievame sa, že škála sa môže stať relevantným nástrojom posudzovania sebestačnosti pacientov nielen s ochorením SM, pre ktoré bola prioritne určená, ale aj pacientov spadajúcich do širšieho diapazónu neurologických ochorení.

## **Materiál a metodika**

Primárnu cieľovú skupinu, pre ktorú je  $\beta$  škála určená, predstavovali pacienti so SM v rôznom veku a v rôznom štádiu ochorenia. Od roku 2022 sme cieľovú skupinu rozšírili aj o pacientov, u ktorých boli diagnostikované ďalšie neurologické ochorenia a poruchy.

Testovanie  $\beta$  škály je možné realizovať na neurologických oddeleniach v nemocniciach, v neurologických ambulanciách, špeciálnych zdravotníckych zariadeniach, napr. v rehabilitačných ústavoch a tiež aj v domácom prostredí pacienta.

Východiskom pre zostavenie nami navrhovanej škály boli:

- Kurtzkého škála – EDSS,
- Cliftonova škála sebestačnosti,
- diagnostické kritériá SM.

$\beta$  škála (tab. 1) obsahuje 20 položiek – činností, ktoré sú hodnotené na bodovej stupnici 0 - 3 body, pričom hodnotenie 0 bodov predstavuje úplnú samostatnosť, 1 bod čiastočnú závislosť, 2 body značnú závislosť a 3 body úplnú závislosť pacienta.

V jednotlivých položkách sú obsiahnuté bežné denné úkony, jemná a hrubá motorika, estetika vzhľadu, cvičenie, orientácia v priestore a čase, zmyslové vnímanie, komunikácia, práca, učenie, pracovné zaťaženie, voľno-časové aktivity a členstvo v svojpomocných skupinách.

**Tab. 1  $\beta$  škála hodnotenia úrovne sebaopatery pacienta (Frčová B., Rapčíková)**

<b>Potreba</b>	<b>0 bodov</b>	<b>1 bod</b>	<b>2 body</b>	<b>3 body</b>
<b>Hrubá motorika – - pohyb</b>	Pohyb samostatný, bez problémov	Pohyb samostatný, bez problémy s prekonávaním bariér a prekážok	Pohyb s použitím kompenzačných pomôcok	Imobilita pacienta (invalidný vozík, ležiaci)
<b>Príjem jedla a tekutín</b>	Samostatne, bez pomoci	Samostatne, ťažkosti s uchopovaním predmetov	Potrebná pomoc (krájanie, stolovanie)	Kŕmenie inou osobou
<b>Vyprázdňovanie močového mechúra</b>	Samostatne, pravidelne, bez problémov	Občasná potreba pomoci, občasný samovoľný únik moču alebo stolice	Častý samovoľný únik moču s použitím kompenzačných pomôcok	Inkontinencia
<b>Vyprázdňovanie hrubého čreva</b>	Samostatne, pravidelne, bez problémov	Občasné problémy v zmysle zápchy	Časté problémy v zmysle zápchy	Inkontinencia
<b>Obliekanie, vzyliekanie</b>	Samostatne, bez pomoci	Samostatne, úkony trvajú dlhší čas	Potreba pomoci inej osoby	Nevyhnutnosť plnej pomoci okolia
<b>Jemná motorika</b>	Bezproblémová, bez zníženej citlivosti	Znížená citlivosť prstov rúk a horných končatín	Výrazné parestézie, vynaloženie značnej námahy pri uchopovaní predmetov	Intenčný tras
<b>Úprava zovňajšku, estetika</b>	Samostatne, so záujmom o svoj vzhľad	Samostatne, bez výraznejšieho záujmu o svoj zovňajšok	Potreba občasnej pomoci inej osoby	Nevyhnutnosť pomoci inej osoby
<b>Hygiena tela</b>	Samostatne	Samostatne s použitím pomôcok zabezpečujúcich bezpečnosť	Čiastočne samostatne s pomocou inej osoby	Nevyhnutnosť pomoci inej osoby
<b>Aktívne cvičenie, rehabilitácia</b>	Samostatne, viackrát denne	Samostatne, 1 - krát denne	Pravidelne, potreba pomoci inej osoby	Imobilita

<b>Orientácia v čase a priestore</b>	Plne orientovaný	Občasná dezorientácia (v popoludňajších hodinách), potreba pomoci	Častá zmätenosť/ dezorientovanosť počas dňa	Úplná zmätenosť a dezorientovanosť
<b>Zrakové vnímanie</b>	Bez obmedzenia	Strata zrakovej ostrosti, dvojité videnie	Redukcia zorného poľa, parézy okohybných nervov	Nevidomý
<b>Sluchové vnímanie</b>	Bez obmedzenia	Objektívne posúdená znížená počuteľnosť bez nutnosti kompenzačných pomôcok	Nedoslýchavosť, potreba kompenzačných pomôcok	Nepočujúci
<b>Odpočinok a spánok</b>	Spánok kvalitný a bez prerušenia	Budenie v noci 1 – 3 - krát	Budenie v noci viac ako 3 - krát	Nespavosť
<b>Komunikácia</b>	Aktívna, adekvátne, plne zachované neverbálne prejavy	Zhoršená artikulácia, neverbálne prejavy mierne obmedzené	Výrazne sťažená, chudobné neverbálne prejavy, prevláda smútok	Neschopnosť verbálnej a neverbálnej komunikácie
<b>Práca, zamestnanie:</b>	Bez obmedzenia	Zamestnaný na plný úväzok, záťaž spôsobuje problémy	Zamestnaný na čiastočný úväzok	Plná invalidita
.....				
<b>Učenie, prijímanie nových informácií</b>	Aktívne, bez obmedzenia	Záujem adekvátny, aktivita obmedzená	Znížený záujem o aktivity podriadený náladám/pomoci okolia	Inaktivita
<b>Voľno-časové aktivity</b>	Aktívne využitie voľného času, záľuby: .....	Aktívne využitie voľného času s potrebou občasnej asistencie	Aktívne využitie voľného času s potrebou nepretržitej asistencie	Inaktivita
<b>Návšteva kultúrnych podujatí</b>	Pravidelne, samostatne	Občas s asistenciou	Veľmi zriedkavo a obmedzene	Inaktivita pre sprievodné symptómy
<b>Návšteva klubu ROSKA</b>	Častá, aktívna pomoc pri organizovaní aktivít	Občasná, sporadická pomoc pri organizovaní aktivít	Zriedkavá návšteva klubu s nutnou asistenciou	Nenavštevuje klubové aktivity
<b>Počet bodov - spolu</b>				

Podľa počtu získaných bodov je hodnotenie sebestačnosti na základe β škály nasledovné:

0 – 15 bodov	nezávislý pacient
16 – 30 bodov	čiastočne závislý od pomoci inej osoby
31 – 45 bodov	značne závislý od pomoci inej osoby
46 – 60 bodov	úplne závislý od pomoci inej osoby

## **Priebeh testovania $\beta$ škály a výsledky**

*Rok 2011 - 2012* - Centrum pre liečbu demyelinizačných ochorení Thomayerovej nemocnice v Prahe, Česká republika; testovaných 110 pacientov s diagnózou SM.

Z uvedeného počtu až 74,54 % hodnotených pacientov bolo nezávislých od pomoci inej osoby, 13,63 % čiastočne závislých, 8,18 % značne závislých a 3,65 % úplne závislých od pomoci inej osoby (Skupinová, 2012, s. 49).

Záver: Svojím jednoznačným a z hľadiska pacientov zrozumiteľným spracovaním je nová škála vhodná pre sebahodnotenie chorých so SM. Zároveň je vhodným objektívnym nástrojom hodnotenia sebestačnosti aj pre ošetrovateľský personál. Budúcnosť ukáže, či sa  $\beta$  škála osvedčí v praxi a prinesie informácie, ktoré by boli prínosom v starostlivosti o pacientov so SM alebo bude doteraz používaná Kurtzkého škála považovaná za dostatočný nástroj hodnotenia disability pacienta (stanovisko pani primárky MUDr. Markovej).

*Rok 2012* - Neurologické oddelenie Nemocnice s poliklinikou v Žiari nad Hronom, Slovenská republika

Záver:  $\beta$  škála bola hodnotená vedúcimi pracovníkmi ako vhodný posudzovací nástroj s odporúčením testovať ju v zdravotníckom zariadení, kde je špeciálne pracovisko kumulujúce väčší počet pacientov s diagnózou SM.

*Rok 2013* – 1. Neurologická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Slovenská republika

Záver: Bolo otestovaných len niekoľko pacientov s diagnózou SM, testovanie ukončené pre nedostatočný záujem zo strany kompetentných zdravotníckych pracovníkov.

*Rok 2022* - Národný rehabilitačný ústav Kováčová, Slovenská republika

Do pilotného testovania bolo zatiaľ zapojených 39 pacientov (22 mužov a 17 žien) s diagnózou SM a s vybranými neurologickými ochoreniami.

Každý pacient bol posudzovaný  $\beta$  škálou 3 - krát, a to na začiatku, v strede i na konci pobytu v zdravotníckom zariadení. Dôvodom je to, že pacienti počas svojho pobytu absolvujú vysoko kvalitnú rehabilitačnú liečbu, čo môže ovplyvniť mieru ich sebestačnosti a následne aj výsledky hodnotení.

Obsahová validita  $\beta$  škály bola posúdená expertom v oblasti liečebnej rehabilitácie prof. MUDr. Myrónom Malým, CSc. Reliabilita  $\beta$  škály bola overená Cronbachovým  $\alpha$  koeficientom, ktorého hodnoty sú vo všetkých troch meraniach väčšie ako 0,9 (minimálna hodnota 0,7), čo svedčí o adekvátnej vnútornej konzistencii meracieho nástroja.

Reliabilita škály bude overená aj opakovaním merania s odstupom času (metóda test – retest) a určením zhody hodnotiteľov i napriek tomu, že je v ich hodnoteniach časový odstup.

### **Záver:**

Monitorovanie mnohých aspektov meniaceho sa zdravotného stavu pacientov trpiacich chronickým neurologickým ochorením prostredníctvom relevantných meracích nástrojov, predovšetkým škál, má v zdravotníckej praxi nepochybne svoje opodstatnenie. I to je jeden z kľúčových dôvodov, prečo cieľom nášho príspevku bolo predstaviť nový hodnotiaci nástroj -  $\beta$  škálu.

Ďalším dôvodom bola aj zdravotná gramotnosť obyvateľstva, ktorá zaznamenáva stúpajúci trend. Aj podľa Klímovej a kol. (2020, s. 11) „poznať svoje možnosti a potreby viac či menej determinované ochorením je dôležitou súčasťou zdravotnej gramotnosti. Jej obsahom nie je len mať poznatky o ľudskom organizme, o vymedzení zdravia, chorobách a zdravotnom systéme. Jej obsahom je aj schopnosť reálne odhadnúť situáciu a rozhodovať v každodennom živote s cieľom upevniť, ochrániť



a prinavrátit zdravie nielen sebe, ale aj rodine a širšej spoločnosti, ak je to potrebné“. A to platí aj pre skupinu pacientov trpiacich neurologickými ochoreniami.

Stotožňujeme sa aj s názorom Libovej a kol. (2018, s. 37), podľa ktorej sa hodnotiace škály používajú v zdravotníckych zariadeniach len v malom množstve. Autorky danú skutočnosť pripisujú hlavne tomu, že súčasná ošetrovateľská prax je ešte stále v prevažnej miere zameraná na výkon a sestra neraz zostavuje ošetrovateľský plán bez kvalitného posúdenia pacienta. To má za následok neefektívne plánovanie a vykonávanie často zbytočných a duplicitných intervencií, ktoré v konečnom dôsledku neprispievajú k riešeniu či odstráneniu problémov pacientov.

V procese starostlivosti o pacientov s neurologickými ochoreniami je dôležité posúdiť a zhodnotiť nielen stratégie zvládania záťaže, ale i možné prediktory a osobné zdroje pacienta pre vytvorenie terapeutických zásahov s cieľom zvýšiť kvalitu ich života (Solgajová a kol., 2018, s. 24).

Domnievame sa, že k vyššie deklarovanému cieľu môže významnou mierou prispieť aj  $\beta$  škála. Na dosiahnutie validity uvedeného hodnotiaceho nástroja je však potrebné jeho ďalšie testovanie. Z tohto dôvodu uvítame iniciatívu klinických pracovísk, ktoré by mali záujem predmetnú škálu otestovať. Zaujímá nás názor nielen samotných pacientov, ale aj sestier, ktorým by škála pomohla skvalitniť a zefektívniť ich ošetrovateľskú prax.

#### **Zdroje:**

BARTOŠ., A. et al. (2009) Dotazník soběstačnosti DAD-CZ - česká verze pro hodnocení každodenních aktivit pacientů s Alzheimerovou nemocí. *In Neurologie pro praxi*, 2009, roč. 10, č. 5, s. 320–323. ISSN 1803-5280.

DUFEK, M. (2011) Roztroušená skleróza – EDSS (expanded disability status scale), tzv. Kurtzkého škála. *In Neurologie pro praxi*, 2011, roč. 12 (Suppl. G), s. 6 - 9. ISSN 1803-5280.

KISSEL, E. J., DASSEN, T. LOHRMANN, Ch. (2012) Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *In Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2012, roč. 26, s. 194 - 202. ISSN 0283-9318.

KLÍMOVÁ, E. a kol. (2020) *Využitie aktivizačných techník u chorých s demenciou*, 1. vyd. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov, 2020, 149 s. ISBN 978-80-555-2428-3.

KLÍMOVÁ, E. (2006) Sclerosis multiplex – informácie pre prax. *In Via practica*, 2006, roč. 3, č. 5, s. 249 - 255. ISSN 1339-424X.

LIBOVÁ, L. a kol. (2018) Hodnotiace nástroje a ich využívanie u seniorov. *In Zdravotnícke listy*, 2018, roč. 6, č. 1, s. 33 - 39. ISSN 1339-3022.

LITTTVA, V. a kol. (2019) *Profesijná aplikovaná etika vo verejnom zdravotníctve. Vybrané kapitoly*, 1. vyd. Ružomberok: Verbum, 2019, 174 s. ISBN 978-80-561-0694-5.

SKUPINOVÁ, V. (2012) *Kvalita života u pacientov so sklerózou multiplex*. Diplomová práca. Příbram: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012. 63 s.

SOLGAJOVÁ, A. a kol. (2018) Proaktívne zvládanie záťaže u pacientov so sklerózou multiplex. *In Zdravotnícke listy*, 2018, roč. 6, č. 1, s. 20 - 26. ISSN 1339-3022.

#### **Korespondenční adresa:**

doc. PhDr. Bc. Beáta Frčová, PhD., MPH  
Fakulta zdravotníctva SZU  
Sládkovičova 21  
974 01 Banská Bystrica  
beata.frcova@szu.sk

## PRACOVNÁ MIGRÁCIA SLOVENSKÝCH SESTIER A JEJ DÔSLEDKY PRE OŠETROVATEĽSKÚ PRAX

Ševčovičová A. (1), Miňo L. (1,2)

1-Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi, Rožňava

2-IKEM, Klinika anesteziologie a resuscitace, Oddělení resuscitační KAR, Praha 4

### **Súhrn:**

*Pracovná migrácia a úbytok sestier v systéme zdravotníctva je globálnym problémom. Slovensko eviduje dlhodobý úplný odchod sestier z profesie, ale tiež migráciu do zahraničia v dôsledku lepších pracovných podmienok, rýchlejšieho kariérneho rastu a predovšetkým vyššieho finančného ohodnotenia. Aktuálne pracuje v zahraničí vyše 1500 registrovaných sestier, ktoré našli uplatnenie predovšetkým v Českej republike, nemecky hovoriacich krajinách a vo Veľkej Británii. Nedostatok personálu aj v dôsledku pracovnej migrácie vedie k zhoršovaniu pracovných podmienok, prepracovaniu, vyčerpaniu až vyhoreniu sestier, ktoré zotrvali v systéme, čo sa okrem dôsledkov na vlastnom zdraví môže odzrkadliť na kvalite poskytovanej starostlivosti. Dlhodobá neriešiteľná situácia, pod ktorú sa podpísalo aj pandemické obdobie a nečinnosť kompetentných, vedie len k ďalšiemu prehĺbovaniu problému nedostatku kvalifikovaného personálu.*

**Kľúčové slová:** Pracovná migrácia; Dôsledky migrácie; Nedostatok sestier; Sestry na Slovensku

### **Slovak nurses labour migration and its effects on the nursing practice**

#### **Summary:**

*Labour migration and decrease in number of nurses in the health care system is presently a global issue. Slovakia has been recording a long-term definite leave of nurses from the profession, but also migration abroad with a view of better work conditions, faster career development, and after all higher financial award. Currently more than 1500 registered nurses work abroad, who have found their places in the Czech Republic, German-speaking countries and in the Great Britain. The shortage of personnel, also due to migration, leads to deterioration of work conditions, overwork, exhaust, and even burn-out of nurses, who have remained in the system, what might have consequences not only on own health, but it might also reflect on the quality of provided health care. Long term insoluble situation, underlined by the pandemic times and idleness of the competent, leads to the further deepening of the qualified personnel shortage problem.*

**Keywords:** Labour migration; Migration effects; Shortage of nurses; Nurses in Slovakia

### **Úvod**

Úbytok zdravotníckeho personálu je dlhodobým problém nielen na Slovensku, ale všade vo svete. Celosvetová kampaň Nursing Now 2020 zameraná na podporu sestier a pôrodných asistentiek, upozornila na globálny nedostatok zdravotníckych pracovníkov. Vyjadrenia hovoria o chýbaní niekoľkých miliónov sestier a PA (Ševčovičová, Saporová, 2022).

Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj (OECD) prezentuje k 27. júlu 2022 výsledky dostupné z rokov 2017-2021, ktoré uvádzajú najvyšší pomer sestier na 1000 obyvateľov. Za sestry sú pre účely tejto štatistiky považované všetky sestry poskytujúce priame zdravotnícke služby pacientom, vrátane samostatne zárobkovo činných sestier. V niektorých krajinách, ku ktorým patrí aj Slovensko, tieto počty zahŕňajú profesionálne aktívne sestry pracujúce v zdravotníctve, na manažérskych pozíciách, ako pedagogičky alebo výskumníčky. Medzi päť krajín s najvyšším počtom sestier patrí Švajčiarsko (18,4 sestier na 1000 obyvateľov), Nórsko (18,4), Island (15,6), Írsko (14,7) a Fínsko (13,6). Slovensko sa nachádza na posledných priečkach, keď v roku 2020 registrujeme 5,8 sestier na 1000 obyvateľov. Z našich najbližších susedov je na tom horšie už len Poľsko (5,1). Naopak, Česko (8,7) a Maďarsko (6,6) dosiahlo lepšie skóre.

V posledných rokoch nadobudla pracovná migrácia vstupom Slovenska do Európskej únie celkom inú dimenziu a intenzitu. Na Slovensku pracujú vysoko kvalifikované sestry, ktoré sú veľmi žiadané na zahraničnom trhu práce (Ševčovičová, Saparová, Trnková, 2022). Zdravotnícke zariadenia v Slovenskej republike sú hlboko personálne poddimenzované, pričom situácia sa bude v dôsledku odchodu sestier do dôchodku naďalej zhoršovať. Prítok sestier nie je dostatočný, z dôvodu vysokého podielu odchádzajúcich absolventov za prácou do zahraničia v skúmanej profesii. Situáciu ešte zhoršuje práve emigrácia sestier. Čím väčším nedostatkom sestier zdravotnícke zariadenia v Slovenskej republike trpia, tým väčšie sú emigračné toky sestier z krajiny (Tupá, 2020).

Na Slovensku máme o viac ako 20 % menej pracovnej sily. Priemerný vek sestier dosahuje 47 rokov. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA) stále eviduje viac ako 5 290 sestier nad 60 rokov, ktoré môžu kedykoľvek začať využívať výhody predčasného dôchodku. Podľa aktuálnych údajov z registra sestier a pôrodných asistentiek sa v roku 2020 zrušilo 911 a pozastavilo 973 registrácií. Zaregistrovalo sa len 389 absolventov. Od januára do septembra 2021 sa zrušilo 772 registrácií a o pozastavenie registrácie z dôvodu nevykonávania povolania požiadalo 584 sestier. V tom istom období nastúpilo do systému 240 nových sestier absolventiek. Tento výrazný nepomer prevláda na Slovensku dlhodobo. Zdravotníctvo stráca nielen stovky absolventov ročne, ale tiež skúsené sestry, ktoré odchádzajú kvôli zlým pracovným podmienkam, mzdám alebo trpia vyhorením (Kober, 2021a).

Slovensko je krajina s významnou migračnou skúsenosťou (Ševčovičová, Saparová, 2021). Problémom súčasnosti je skutočnosť, že sestry po ukončení štúdia pracovať do systému vôbec nenastúpia, v lepšom prípade odchádzajú pracovať do zahraničia, kde im zdravotnícky sektor ponúka podmienky, ktorým náš trh práce nateraz nedokáže konkurovať. Tento dlhodobý trend v kombinácii so zvyšujúcim sa počtom sestier odchádzajúcich do dôchodku môže výrazne ohroziť fungovanie slovenského zdravotníctva. Pandemická situácia prispela k ďalšiemu výraznému odlivu vyčerpaných zdravotníkov. Na problém nedostatku sestier, nevyhovujúce pracovné podmienky, nespokojnosť s odmenou za výkon práce dlhodobo upozorňuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Apelujú na politikov, aby úpravou miezd motivovali sestry k výkonu profesie a návratu zo zahraničných destinácií k výkonu povolania do domovskej krajiny.

### **Migrácia slovenských sestier**

Vstupom Slovenska do Európskej únie sa slovenským sestrám otvoril pracovný trh. Nielen čerstvé absolventky, ale aj skúsené sestry z praxe migrujú za prácou do zahraničia v snahe získať nové skúsenosti, zabezpečiť si vyšší životný štandard, spoznať novú kultúru a krajinu a predovšetkým kvôli finančnej nezávislosti. SK SaPA má k dispozícii databázu o pracovnom pôsobení registrovaných sestier. Podľa dostupných údajov pracovalo k novembru 2020 v zahraničí 431 registrovaných sestier/pôrodných asistentiek, v porovnaní s počtom približne 32 000 sestier aktívnych v ambulantnej alebo ústavnej starostlivosti. Vzhľadom na to, že do zahraničia odchádzajú aj absolventky hneď po ukončení štúdia, bez registrácie v stavovskej organizácii, zistiť presné počty slovenských sestier pracujúcich mimo Slovenska nie je možné (Saparová, Ševčovičová, 2021).

Podľa najnovších údajov z SK SaPA (2022) pracovalo k 16. júnu 2022 v zdravotníctve v zahraničí 1519 slovenských sestier s aktívnou registráciou.

Oproti dátam z roku 2020 je badateľný výrazný nárast ich počtu až o 252 %. Tento údaj však nemožno považovať za úplný. V zahraničí pracuje oveľa viac slovenských sestier. Údaj zohľadňuje tie registrované sestry (na Slovensku je registrácia pre sestry v praxi povinná), ktoré oficiálne požiadali stavovskú organizáciu o vydanie potvrdenia o etickej spôsobilosti „Certificate of Good Standing“ na výkon povolania sestry/pôrodnej asistentky v zahraničí. V rámci Európskej únie dochádza v zahraničí k automatickému uznaniu odbornej kvalifikácie a potvrdenie o etickej spôsobilosti na výkon povolania nevyžadujú všetky krajiny. Pri výsledných počtoch migrujúcich sestier nesmieme zabúdať na to, že niektoré sestry nemajú aktualizované dáta v registri, takže aj keď pracovali na Slovensku a medzitým odišli pracovať do zahraničia, v registri sú stále vedené ako sestry pracujúce na Slovensku. Brať do úvahy musíme aj skupinu sestier, ktorá odchádza pracovať do zahraničia hneď po ukončení štúdia

a teda neprechádzajú registráciou v stavovskej organizácii doma na Slovensku. Pre spresnenie je dôležité uviesť tiež to, že SK SaPA neviduje údaje o sestrách pracujúcich ako opatrovatelky v zahraničí, ani o samotných opatrovatelkách.

Podľa Ševčovičovej a Saparovej (2021) sú naše sestry v zahraničí veľmi žiadané, čo im umožňuje po splnení podmienok a vybavení potrebných formalít (uznanie vzdelania a praxe v zahraničí, vybavenie víz, absolvovanie jazykových kurzov) získať zaujímavé pracovné miesta. Rozhodnutie odísť pracovať do zahraničia im uľahčujú pracovné agentúry, ponúkajúce na výber viaceré oblasti. Slovenské sestry v minulosti často odchádzali do Českej republiky, ktorá pre nich predstavuje len minimálnu alebo žiadnu jazykovú bariéru. V súčasnosti pri celosvetovom nedostatku zdravotníckych pracovníkov ponúkajú cieľové krajiny migrácie sestram možnosť absolvovať jazykové kurzy. Podľa údajov SK SaPA pôsobí najviac našich sestier v Rakúsku, Veľkej Británii, Českej republike a v Nemecku. Skúsené slovenské sestry bez jazykových bariér vystriedajú počas svojej kariéry aj viacero zahraničných pracovísk v rôznych krajinách.

### **Dôvody pracovnej migrácie**

Všeobecné príčiny migrácie bez ohľadu na profesiu sú rôzne. Vojtovič (2016) popisuje dve teórie motivácie. Teória pull faktorov (faktorov priťahovania) a push faktorov (odpudivých faktorov) vychádza z nerovnováhy ekonomických a sociálnych činiteľov medzi regiónmi. Medzi faktory, ktoré prinútiť jedinca migrovať patrí nedostatok pracovných miest, slabá zdravotná starostlivosť a zlé podmienky bývania, nezamestnanosť, korupcia a nevykonalnosť práva. K migrácii môže dôjsť aj vtedy, keď jedinca budú priťahovať do cieľovej krajiny práve pull faktory a to v podobe lepších životných podmienok a pracovných príležitostí. Medzi faktory priťahovania možno zaradiť aj lepšiu zdravotnú starostlivosť, vzdelanie, rodinné väzby a vysoké mzdy.

Motivačné faktory migrácie odborníkov sú na jednej strane zhodné s impulzmi k migrácii u väčšinovej populácie, na druhej strane majú množstvo špecifik. Palát (2014) rozdeľuje tieto motívy na finančné a nefinančné. Pokiaľ ide o finančné podnety, potenciálni migranti porovnávajú súkromné náklady a prínosy plynúce z prechodu do inej krajiny. Ak očakávaný nárast prínosov z tohto presunu prevyšuje náklady s ním spojené, motivuje k migrácii. Zároveň však musí zohľadniť ďalšie ekonomické rozdiely, obzvlášť vyššie náklady na bývanie v cieľovej krajine. Finančné podnety sú ďalej ovplyvnené aj daňovými a sociálnymi systémami (štedrosť sociálnych systémov, sadzby dane z príjmov), ktoré existujú v jednotlivých krajinách. Podnetom je aj všeobecne lepšia kvalita života a lepšia životná úroveň, šanca využitia možností existujúceho systému zdravotníctva, dôchodkového systému, pokročilého školského systému s príležitosťou pre vzdelávanie prisťahovalcov a ich detí.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek opakovane upozorňuje, že v aktuálnom období enormného nedostatku sestier v systéme zdravotnej starostlivosti hrozí, že systém zdravotníctva na Slovensku príde vo veľmi krátkom čase o 20 % pracovnej sily v ošetrovatelstve (Kober, 2021b). Sestry sa pre pracovnú migráciu rozhodujú z rôznych dôvodov. Do zahraničných krajín odchádzajú kvôli lepšiemu finančnému ohodnoteniu práce, získaniu nových skúseností, zaujímavejším pracovným vyhlídkam, snahou zabezpečiť si vyšší životný štandard, ale aj s cieľom spoznať novú krajinu a kultúru (Ševčovičová, Saparová, 2021). Príčinou enormného odchodu sestier je aj katastrofálna situácia v nemocniciach, únava, preťaženie, vyhorenie a nízke mzdy. Množstvo nadčasov, zákaz čerpania dovolení, neustály boj a dokazovanie nároku na vyššiu práceneschopnosť v prípade nakazenia sa Covid-19, nepreplácanie nadčasov a množstvo ďalších priam neuveriteľných prekážok podporujú odchod z profesie vykonávanej v domácom prostredí (Kober, 2021b). SK SaPA (2022) spresňuje, že za motiváciou sestier odísť pracovať do zahraničia stála aj pandémia, enormný stres sestier na pracovisku, prepracovanie a celkové vyčerpanie, nezáujem riešiť nedostatok personálu, nedocenenie náročnej práce a vyhorenie.

Vzhľadom na to, že slovenské pracoviská sa prezentujú nízkou mzdovou úrovňou, zostala finančná odmena dominantným benefitom pre migrujúce sestry (Ševčovičová, Saparová, 2022; Ševčovičová, Saparová, Trnková, 2022). Pri motivačných faktoroch migrácie však nemožno hovoriť iba o platových

podmienkach. Niektoré sestry odchádzajú do zahraničia s celou rodinou z dôvodu zvýšenia životného štandardu, iné priťahuje spoločný život s partnerom v inej krajine. Kariérne motivované sestry odchádzajú práve vo vidine lepšieho kariérneho rastu a za lepšími profesionálnymi príležitosťami. Niektoré sestry idú za dobrodružstvom, alebo v snahe spoznať novú krajinu a kultúru. Pre niektoré sestry je motivačnou predovšetkým snaha získať nové skúsenosti, ktoré by po návrate vedeli využiť v slovenskom zdravotníctve, s vidinou lepších pracovných vyhládok. Pre niekoho sú dôvodom odchodu kombinácie viacerých faktorov. Zlé medziľudské vzťahy na pracovisku, nízke finančné ohodnotenie, rozpad partnerstva môžu prehlbovať celkovú frustráciu a vyústiť do opustenia krajiny migrujúc za prácou (Ševčovičová, Saparová, 2021).

### Dôsledky pracovnej migrácie

Sestry sú nedostatkovou profesiou v systéme zdravotnej starostlivosti a dôsledky exodu sestier z profesie sú citelné (Kober, 2021b). Odchod migrujúcich sestier oslabuje už aj tak ich nepriaznivé počty v domácom zdravotníctve, čo môže viesť k zvyšovaniu pracovnej záťaže na zostávajúci personál (Saparová, Ševčovičová, 2021). Nedostatok pracovníkov v odvetví zdravotníctva má ďalekosiahle následky. Ich svedkami sa každodenne stávajú ľudia hľadajúci pomoc v ambulanciách všeobecných i odborných lekárov, v nemocniciach a ďalších organizáciách, ktoré zabezpečujú zdravotnú starostlivosť. V neposlednom rade cítia dopady samotné sestry pracujúce za mzdu pod priemerom hrubej mzdy v národnom hospodárstve, častokrát v dvanásťhodinových službách (kde polovica z nich je nočných a v mesiaci niekoľko služieb pripadne na víkendy či sviatky). Dopadmi je aj zvyšujúci sa počet pacientov na jednu sestru v službe, fyzická i psychická náročnosť práce, stresové zaťaženie, pracovné vyhorenie a iné (Tupá, 2020).

Na rastúce pracovné zaťaženie sestier, ktoré v odbore ostali pracovať upozorňuje Šoporová (2017). Podľa autorky sú sestry vyťažené až do krajnosti, pracujú a žijú v permanentnom strese, čo môže mať fatálne následky nielen na ich zdravie, ale aj na pacientov. Dlhodobá vyčerpanosť bez vidiny zásadnejších zmien v najbližšom období sa v nemalej miere podpisuje pod pracovné výkony sestier. Mnohé z nich sú vystresované, vyčerpané, čo sa odráža nielen na ich zdraví, ale odnáša si to aj pacient. Inak vníma starostlivosť pacient, ktorého ošetruje usmiata sestra ochotne pomáhajúca lepšie bojovať s chorobou, ako vyhorená sestra utiekajúca sa k neprofesionálnemu správaniu, napr. vo forme nadávok. Prezidentka SK SaPA Iveta Lazorová zdôrazňuje, že **podmienky výkonu povolania sú pre slovenské sestry náročné. Vyčerpáva ich veľa služieb, nadčasová práca, svoje zohrávajú aj zlé pracovné podmienky, veľký počet pacientov na jednu sestru v službe, málo pomocného personálu, a častokrát aj slovné útoky agresívnych pacientov a ich príbuzných, vrátane fyzického útoku** (in Šoporová, 2017). Uvedené skutočnosti sú tiež príčinou, ale zároveň aj dôsledkom chýbajúceho personálu, za ktorých počtami môže stáť práve pracovná migrácia.

So zaujímavým zistením prišli Kober a Siska (2021), ktorí tiež zdôrazňujú, že nedostatok sestier a reštrukturalizácia nemocníc vedie k oprávnenému nárastu obáv z negatívneho vplyvu týchto faktorov na pacientov. Opierajú sa o zistenia vedeckých štúdií, ktoré poukazujú na priamu súvislosť medzi nedostatkom ošetrovateľského personálu a nárastom nozokomiálnych nákaz spojených s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Autori realizovali štúdiu v ktorej sa potvrdilo, že nedostatok sestier má za následok chyby a vedie k poškodeniu zdravia pacienta, ale aj zdravotníckeho personálu a ich rodín. Za dôvod šírenia nozokomiálnych nákaz považovali respondenti okrem porušovania pravidiel zameraných na kontrolu infekcií a nedbanlivosti zdravotníckych pracovníkov pri bežnom výkone činnosti, aj nedostatok pracovných ochranných prostriedkov a nedostatok personálu.

Páleník a kol. (2021) sa zaoberali vplyvom starnutia na zdravotnícky systém Slovenska – prognózu dopytu a ponuky do roku 2030. Autori zistili, že najviac zastúpenou vekovou kategóriou na Slovensku sú sestry vo veku nad 40 rokov. Je relatívne málo sestier nad 60 rokov a extrémne málo sestier mladších ako 40 rokov. Vplyvom pandémie ochorenia covid-19 sa situácia zhoršila. Z medializovaných informácií vidno odchod zo systému zdravotníctva najmä u starších lekárov a väčšieho množstva sestier. Autori však prinášajú negatívne prognózy, podľa ktorých bude v dôsledku koronakrízy, ako i dlhodobého

nárastu dlhodobej starostlivosti nedostatok sestier ešte alarmujúcejší. Sestier je nedostatok a bez zásadných zmien ich bude ešte menej, čo vyústi podľa autorov do kolapsu sektora zdravotníctva.

Dopady migrácie však nie sú len negatívne. Porsche (2019) rozlišuje pozitívne, neutrálne a negatívne dopady, ktoré sa môžu aplikovať aj na sektor zdravotníctva. Za pozitívne možno považovať prenos najnovších trendov, šírenie nových nápadov, obsadenie pracovných miest, kde chýbajú zamestnanci, vznik nových priateľstiev, peniaze do štátneho rozpočtu (migranti platia dane, poistenie) a finančnú pomoc do domovskej krajiny posielanú migrantmi z krajiny zamestnania do domovskej krajiny. Neutrálnym dôsledkom migrácie je viac pracovných síl, uplatnenie schopných ľudí, možnosť výberu zamestnancov z väčšieho počtu pracovníkov alebo naopak negatívny dopad v dôsledku väčšej konkurencie, ktorá môže znižovať cenu práce. Porsche (2019) ďalej prezentuje negatívne dopady, ktoré možno vnímať v domovskej krajine práve po odchode migrujúcich sestier. Vzdelaní, úspešní, nadaní a kvalifikovaní ľudia odchádzajú z krajiny, kde dochádza k nedostatku zamestnancov. V prípade odchodu sestier tak môže dôjsť k nedostatku a strate kľúčových kvalifikovaných pracovníkov.

### **Návrat migrujúcich sestier do domovskej krajiny**

Podľa vyššie prezentovaných údajov z SK SaPA pracovalo v júni 2022 v zahraničí vyše 1500 slovenských sestier. Pri ich alarmujúcom nedostatku by síce v hypotetickej rovine návrat týchto sestier zmiernil dôsledky ich nedostatku, ale nezabezpečil by dlhodobú stabilizáciu profesie. Návrat ďalších sestier, ktoré pracujú napr. ako opatrovatelky v nemecky hovoriacich krajinách by tiež mohol prispieť k eliminácii nežiadúcich prejavov chýbajúceho personálu v dôsledku migrácie, reálny však nie je. Slovenský trh práce nedokázal doposiaľ zabezpečiť v zdravotníctve také podmienky, ktoré by motivovali sestry pre návrat domov, resp. ich zotrvanie v profesii. Vzhľadom na zložitú situáciu, pod ktorú sa podpísala pandémia a ďalšie nepriaznivé okolnosti (pracovné podmienky, nízke mzdy, personálne poddimenzovanie, absencia čerstvých absolventov v odbore a iné) si návrat sestier, zvýšenie ich počtov a stabilizovanie v zdravotníctve vyžaduje rozsiahle systémové zmeny, ku ktorým musia neodkladne pristúpiť predstavitelia vlády.

Pre návrat slovenských zdravotníckych pracovníkov na Slovensko je podľa Páleníka a kol. (2021) dôležité zvýšenie priemerného mzdového ohodnotenia, avšak podľa neho nie je potrebné úplné dosiahnutie priemernej mzdy v zahraničí. Navrátilci vďaka svojim skúsenostiam a poznatkom získajú nadpriemerné mzdy a pri svojom rozhodovaní zohľadnia aj iné aspekty (napr. kariérne perspektívy, náklady na bývanie, sociálne zázemie). Najpočetnejšou skupinou sú opatrovatelky v nemecky hovoriacich krajinách, ktorých je podľa odhadu viac ako 40 000. Z nich časť sa môže vrátiť na pozície sestier, ale aj na ďalšie pracovné pozície v slovenskom zdravotníckom a opatrovateľskom systéme. Druhou porovnateľne veľkou skupinou sú zdravotnícki študenti a pracovníci v Českej republike, u ktorých je dosiahnutie porovnateľných platov predstaviteľné, absentuje však snaha o vytváranie aktívnych politík na ich návrat na Slovensko.

Návrat sestier do domovskej krajiny po získaní pracovných skúseností sa ukazuje ako ideálne riešenie pri podpore slovenského zdravotníctva. Humphries et al. (2009) poukazujú na tzv. kruhový spôsob migrácie u Írskych sestier, ktoré migrujú do Spojeného kráľovstva, aby tam absolvovali ďalšie školenie, získali pracovné skúsenosti a vrátili sa. Podobne Škandinávske krajiny zažívajú kruhové migrácie, keď sestry z Fínska odišli pracovať do Švédska a Nórska a vrátili sa na konci svojej kariéry. Mnohí európski lekári migrujú do iných krajín (Spojené kráľovstvo, Švajčiarsko a Spojené štáty americké), aby získali pracovné skúsenosti vo fáze prípravy a neskôr sa vracajú do svojej domovskej krajiny, aby získali vedúce pozície v nemocniciach. Autori prezentujú zaujímavú skúsenosť, ktorú však reálne v našich podmienkach nateraz nemožno docieľiť. Kľúčové krajiny migrácie ponúkajú našim vysokokvalifikovaným sestrám bezkonkurenčné výhody a pre takýto kruhový spôsob migrácie a tým návrat do slovenského zdravotníctva nemáme nateraz k dispozícii silné (skoro žiadne) motivačné faktory.

Disponujeme zdravotníctvom, ktoré je kvalitou poskytovanej starostlivosti a odbornosťou personálu na vysokej úrovni, aj preto nachádza kvalifikovaný personál za hranicami výborne uplatnenie. Nateraz

však platovými možnosťami, pracovnými podmienkami, možnosťami kariérneho rastu nedokáže zahraničiu konkurovať. Ani pandemická situácia, ktorá v okolitých krajinách prinútila vlády konať, čo sa odzrkadlilo vo zvýšení platov sestier sa zatiaľ v podmienkach slovenského zdravotníctva takýmto ústretovým krokom zo strany vlády neprejavila.

#### **Záver:**

Dôsledky pracovnej migrácie sú ďalekosiahle. Predovšetkým krajiny, ktoré nedokážu zabezpečiť dopyt po sestrách pociťujú výrazne ich nedostatok, podobne ako Slovensko. Chýbanie personálu so sebou nesie výraznú fyzickú a psychickú záťaž s dopadom na kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti, možný výskyt pochybenia, prežívanie frustrácie z nezlepšujúcej sa situácie i celkového vyhorenia.

Trend na Slovensku ukazuje na negatíva vývoja personálneho zabezpečenia systému zdravotníctva. Klesá počet kvalifikovaných sestier a rastie počet pacientov na jednu sestru. Zvyšuje sa vplyv motivačných faktorov k emigrácii, čím dochádza k opätovnému prehĺbeniu problému (Tupá, 2020). Pre stabilizáciu situácie na Slovensku je žiaduce prijať rozsiahle systémové zmeny akceptujúce dodržiavanie personálnych normatívu, zlepšenie pracovných podmienok, umožnenie výkonu sesterského povolania za zvýhodnených podmienok (matky na rodičovskej dovolenke, sestry na dôchodku – práca na kratší úväzok), navýšenie platov. Žiaduce a nevyhnutné je zapracovať zmeny podporujúce motiváciu mladých ľudí k štúdiu ošetrovateľstva a zotrvaníu v zdravotníctve i po ukončení štúdia, ako aj motiváciu sestier pracujúcich v zahraničí k návratu do domovskej krajiny, prípadne návrat sestier do systému, ktoré z neho odišli alebo tých, ktoré povolanie dlhodobo nevykonávajú. Všetky opatrenia musia smerovať k stabilizácii nepriaznivej situácie, nakoľko dôsledky nedostatku pracovnej sily aj v súvislosti s migráciou sestier sú rozsiahle a dlhodobo neudržateľné.

#### **Zdroje:**

HUMPHRIES, N., BRUGHA, R. & MCGEE, H. "I won't be staying here for long": a qualitative study on the retention of migrant nurses in Ireland. *Hum Resour Health* 7, 68 (2009). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-68>

PALÁT, M. 2015. *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing 2015. 71 s. ISBN 978-80-7418-228-0.

KOBER, L. 2021a. Dopad pandémie Covid - 19 na súčasnú ošetrovateľskú starostlivosť. In *BABEČKA, J. et al. Ružomberské zdravotnícke dni 2021- XV. ročník*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, VERBUM - vydavateľstvo KU, 2021. s.474-475. ISBN 978-80-561-0903-8.

KOBER, L. 2021b. Pandémia a exodus sestier z profesie na Slovensku. In *BELOVIČOVÁ, M., MAKARA, P., POPOVIČOVÁ, M. Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu: Pečeň a metabolický syndróm. Zborník abstraktov*. 1. vyd. Bardejov: Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, 2021. s. 16-17. ISBN 978-80-973666-4-3.

KOBER, L., SISKÁ, V. 2021. Lack of Nurses and nosocomial infections in Slovakia. In *The 8th international multidisciplinary research conference Society health welfare*. Riga: Riga Stradinš University, 2021. s. 207. ISBN 978-9934-563-81-2.

OECD (2022), Nurses (indicator). doi: 10.1787/283e64de-en (Accessed on 26 July 2022)

PALÁT, M. 2014. *Determinanty vzniku migrace a statistiky cizinců v Evropské unii*. Ostrava: Key Publishing, 2014. 72 s. ISBN 978-80-7418-228-0.

PÁLENIK, M. a kol. 2021. *Vplyv starnutia na zdravotnícky systém Slovenska. Prognózy dopytu a ponuky do roku 2030*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2021. ISBN 978-80-223-5152-2 (online).

PORSCHÉ, S. 2019. *Kulturní, historické a sociální souvislosti migrace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2019. 92 s. ISBN 978-80-7394-751-4.

SAPAROVÁ, I., ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2021. Pracovná migrácia slovenských sestier a jej dôsledky pre zdravotníctvo. In ČERVENÝ, M., DOLEŽALOVÁ, J., KRATOCHVÍLOVÁ, I., NEUGEBAUER, J., ŠAFAŘÍKOVÁ, I. (Eds.) *SBORNÍK ABSTRAKTŮ ze VII. ročníku Studentské vědecké konference ZSF JU (24. března 2021, ZSF JU, České Budějovice)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2021. s.8-9. ISBN 978-80-7394-860-3.

SK SaPA. 2022. Štatistické údaje počtov sestier pracujúcich v zahraničí. E-mailová korešpondencia Miňo, L. – SK SaPA (16.jún 2022).

ŠEVČOVIČOVÁ, A., SAPAROVÁ, I. 2021. Pracovná migrácia slovenských sestier. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia*. E-časopis, 2021, číslo 1. s 42-45. ISSN 1339-5920.

ŠEVČOVIČOVÁ, A., SAPAROVÁ, I. 2022. Contributions and Consequences of Labour Migration from the Slovak Nurses' View. In POSPÍCHAL, J. (ed.) *Quality and Its Perspectives: New Challenges in Healthcare. e-dokument*. Pardubice: University of Pardubice, 2022. s. 25. ISBN 978-80-7560-411-8 (pdf).

ŠEVČOVIČOVÁ, A., SAPAROVÁ, I., TRNKOVÁ, Ľ. 2022. Motivačné faktory pracovnej migrácie sestier do zahraničia. In VANSÁČ, P., CZARNECKI, P. (Eds.) *VIII. Medzinárodná vedecká konferencia Multidisciplinárne skúsenosti z praxe pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti o pacienta/klienta s Covid-19*. Varšava: Collegium Humannum – Szkoła Główna Menedżerska, 2022. s.261-270. ISBN 978-83-964214-0-1.

ŠOPOROVÁ, D. 2017. Odliv zdravotných sestier do zahraničia sa stopnúť zatiaľ nepodarilo. In *Slovenský pacient*. [online]. 01.03.2017 [cit. 2020-07-25]. Dostupné na internete: <https://slovenskypacient.sk/odliv-zdravotnych-sestier-do-zahranicia-sa-stopnut-zatial-nepodarilo/>

TUPÁ, M. 2020. Personálne zabezpečenie systému zdravotníctva v Slovenskej republike kvalifikovanými sestrami v kontexte pracovnej emigrácie. In *Zdravotnícke listy* 2020; 8 (1):38-46. ISSN 2644-4909.

VOJTOVIČ, S. kol. 2016. *Ekonomické a sociálne dôsledky migrácie pracovnej sily do zahraničia*. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, 2016. 205 s. ISBN 978-80-8075-762-5.

**Korespondenční adresa:**

PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH

Bc. Lukáš Miňo

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

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

ada.sevcovicova@gmail.com

minol16@seuniversity.eu



## MOTIVÁCIA V PREVENCII A LIEČBE OBEZITY

Trnková L.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava

### **Súhrn:**

*Úvod: Obezita je pandemicky sa vyskytujúce ochorenie, ktoré je problémom zdravia, kvality a dĺžky života. Pri redukcii telesnej hmotnosti je motivácia významným krokom k úspechu. Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť, či zlepšenie zdravotného stavu ako motivácie účasti v programe pre redukciiu telesnej hmotnosti prináša efektívnejšie zníženie vybraných antropometrických ukazovateľov nadváhy a obezity ako motivácia estetická a iná. Metodika: Pre mapovanie motivácie respondentov pre absolvovanie redukčného programu sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Výskumnú vzorku tvorilo 244 respondentov, 60,7% žien (n=144) a 39,9% mužov (n=96) a ich výber bol zámerný. Dodržali sme základné etické prístupy pre výskum. Získané údaje sme vyhodnotili pomocou deskriptívnej a inferenčnej štatistiky, programom SPSS 22.0 a Excel. Hodnota hladiny významnosti bola stanovená na  $\alpha = 0,05$ . Výsledky: Pri redukcii telesnej hmotnosti prevažuje u mužov aj žien estetická motivácia nad zdravotnou a viac ako 60 % mužov a žien sa znížiť svoju hmotnosť rozhodlo z vlastnej iniciatívy. Najvyššiu zmenu obvodu pásu sme evidovali u mužov so zdravotnou motiváciou (Mdn=9,5 cm). Ženy so zdravotnou motiváciou majú vyšší rozdiel v BMI (Mdn=3,2cm), s estetickou motiváciou (BMI: Mdn = 2,15; obvod pásu: Mdn = 4 cm, vicerálny tuk: Mdn = 16,95 cm<sup>2</sup>) a inou motiváciou (BMI: Mdn = 2,7; obvod pásu: Mdn = 5 cm, vicerálny tuk: Mdn = 17,2 cm<sup>2</sup>). V ostatných ukazovateľoch rozdiely vzhľadom na motiváciu u žien neboli zistené ( $p > 0,05$ ). Záver: Základným predpokladom zvládnutej redukcie telesnej hmotnosti je správna motivácia klienta k zmene životného štýlu, postojov, správania a stanovenie reálnych cieľov.*

**Kľúčové slová:** Obezita; Motivácia; Redukcia telesnej hmotnosti

### **Motivation in prevention and treatment of obesity**

#### **Summary:**

*Introduction: Obesity is a pandemic disease, causing problems with health, life quality and expectancy. Motivation is a significant aspect in reducing weight. Aim: We investigated whether health improvement as motivation for participation in weight reducing program brings higher decrease of anthropometric indicators of overweight and obesity than aesthetics, etc. Methodology: We used our questionnaire for motivation mapping. We had 244 respondents, 60,7% women (n=144), 39,9% men (n=96). The choice was purposive. Data acquiring method conformed to ethical standards for research. The acquired data were assessed with descriptive and inference statistics. SPSS in 22.0 version and Excel were used. The value of significance level was  $\alpha = 0.05$ . Results: As motivation for weight reduction, the aesthetics prevailed in men and in women. 60% men and women decided themselves. The most significant change of the waistline had men with health motivation (Mdn=9,5cm). Women with health motivation got higher change in BMI (Mdn=3,2cm), waistline (Mdn=6,5cm), visceral fat (Mdn=26,85 cm<sup>2</sup>). Women with the aesthetic motivation (BMI: Mdn = 2,15; waistline: Mdn = 4cm, visceral fat: Mdn = 16,95cm<sup>2</sup>); other motivation type (BMI: Mdn = 2,7; waistline: Mdn = 5cm, visceral fat: Mdn = 17,2cm<sup>2</sup>). There were no other differences related to motivation. ( $p > 0,05$ ). Conclusion: 99 % of people enrolling in weight reduction program say they are motivated to lose weight. However, the actual weight loss is rarely corresponding to their "YES" phrase. In most cases, patients want to reduce their weight but not to change their lifestyle.*

**Keywords:** Obesity; Motivation; Bodyweight reduction

## Úvod

V dnešnej uponáhľanej dobe majú ľudia tendencie pod vplyvom nedostatku času konzumovať polotovary a častejšie využívať prevádzky rýchleho občerstvenia. V kombinácii s nadmerným stresom, nedostatkom pohybu a sedavým zamestnaním sú tak vytvorené ideálne podmienky na vznik nadváhy až obezity (Ševčovičová, 2021). Obezita je závažné chronické, recidivujúce, multifaktoriálne podmienené ochorenie, ktoré je treba chápať aj ako rizikový faktor podieľajúci sa na vzniku ďalších ochorení. Pre obezitu je charakteristické nadmerné hromadenie telesného tuku s ohľadom na vek, výšku a pohlavie (Kunešová, Doležalová, Müllerová, 2016; Fülleová, 2016; Fábryová a kol., 2019).

Motiváciou pre úpravu hmotnosti môžu byť zdravotné problémy, estetický faktor, spoločenské postavenie. Efektívna edukácia, podpora motivácie a adekvátna úprava životného štýlu sú jednoznačne efektívne a dostupné prostriedky na prevenciu vzniku zdravotných rizík spojených s obezitou (Ukropcová, Žiak, Slobodová, 2015). Subjektívnym hodnotením vlastnej telesnej hmotnosti sa zistilo, že obezita v našej populácii nie je dostatočne vnímaná ako choroba. Len 36,8% obéznych mužov a 46,9% obéznych žien vníma obezitu ako ochorenie. Tretina mužov a štvrtina žien si subjektívne nepriznala, že ich hmotnosť je vyššia a muži sú k svojej telesnej hmotnosti menej kritickí. Psychologické determinanty sa podieľajú nielen na vzniku, ale aj udržaní nadváhy či obezity (Málková, 2011, Málková a Málková, 2014). Psychologický pohľad nepovažuje obezitu len za poruchu týkajúcu sa nevhodného zloženia tela, ale vyzdvihuje odlišnosť kognície, postojov a emócií obéznych. Život obéznych ľudí je často ako na hojdačke. Pri úprave nadmernej telesnej hmotnosti je motivácia významným krokom k úspechu. Motivácia je teda jedným z najdôležitejších faktorov pri dosiahnutí akéhokoľvek cieľa, chudnutie nevynímajúc.

Motiváciou označujeme všetky vnútorné podnety, ktoré vedú k určitej činnosti a správaniu. **Poznáme dva základné typy motivácie.** Pri vonkajšej motivácii vidíme pozitívny vzor v niekom inom, prípadne ak niečo robíme kvôli okoliu alebo preto, že sme náhle objavili „zázračný“ návod na chudnutie. V podstate človek vlastne chce chudnúť, ale **hľadal práve vonkajší podnet** a táto motivácia je obvykle len krátkodobá. **Vnútorná motivácia** je oveľa silnejšia a dlhodobejšia. Človek bez ohľadu na to, či má vo svojom okolí nejaké vzory, prípadne cíti tlak okolia, sa pre zmenu rozhodne sám. Dôležitý je správny, dlhodobý dôvod spojený s adekvátnou informovanosťou ohľadom benefitov z pohľadu zdravotného a psychologického prínosu. Pozitívna motivácia prináša oveľa viac ako negatívna. Predovšetkým vtedy, ak má človek podporu svojho okolia a darí sa mu **postupne dosahovať stanovené reálne ciele**. Ak sú viditeľné výsledky, človek je spokojnejší, motivovanejší. Horšie je to však vtedy, ak sa mu nedarí ako si predstavoval, ak boli jeho dôvody pri rozhodovaní sa redukovať a zmeniť zaužívaný životný štýl nesprávne, čo najčastejšie **vedie** k demotivácii a zanechaniu započatých intervencií (Fülleová, 2016; Fülleová, 2016). Pavelová (2017) uvádza, že úroveň motivácie pri vstupe do liečby významne ovplyvňuje jej dĺžku a výsledky. Je však potrebné, aby si každý našiel tú „svoju vlastnú“ motiváciu a uvedomil si, či vôbec a prečo chce schudnúť. Snaha o dosiahnutie stanovených cieľov, predsavzatí riadiť svoj vlastný život a zamedzenie vplyvu druhých sa zaraďuje k činnostnému zdroju motivácie. Základným predpokladom dobre zvládnutej redukcie telesnej hmotnosti je predovšetkým správna motivácia klienta k zmene životného štýlu, postojov, správania a stanovenie reálnych cieľov. Dôležité miesto v tomto procese zohrávajú aj kognitívne techniky, ktorými sa obézny naučí identifikovať nevhodné, automatické, emočne ladené myšlienky súvisiace s jeho problémom, pochopiť súvislosti medzi myslením, emóciami, správaním a negatívne myšlienky nahradiť reálnejšími (Krahulec, Mesárošová, 2016).

## Cieľ

Štúdia sledovala, motiváciu respondentov pre regulovanie telesnej hmotnosti a súvislosť so zmenami vybraných antropometrických ukazovateľov nadváhy a obezity po ukončení intervencie univerzálnej prevencie u mužov a žien.

## Súbor a metodika

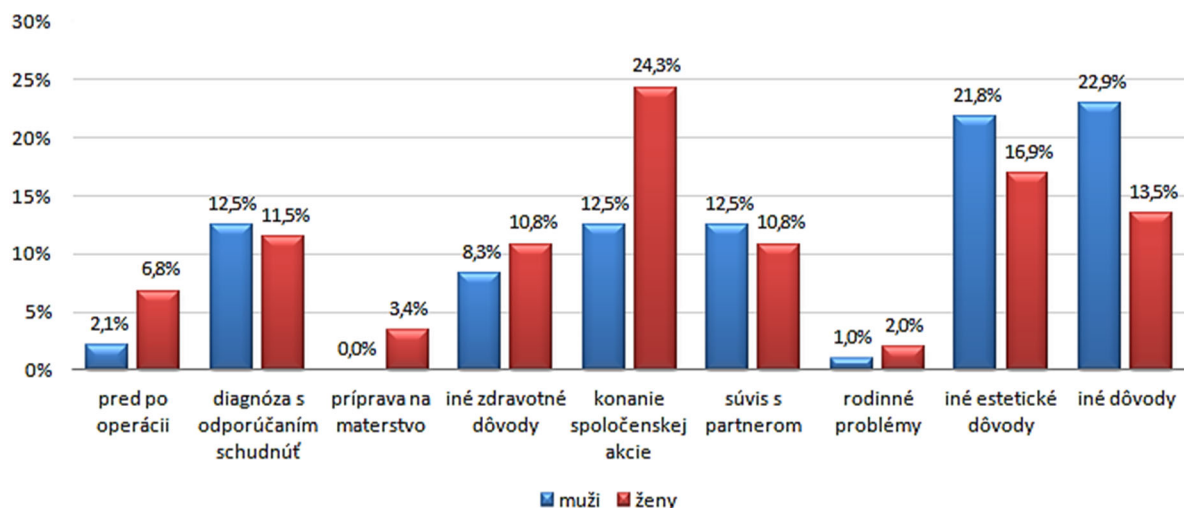
Výskumnú vzorku tvorilo 244 respondentov s nadváhou alebo obezitou vo veku 20 až 65 rokov, 60,7% žien (n=144), 39,9% mužov (n=96). Výber respondentov bol zámerný, zaradení neboli respondenti s endokrínne podmienenou obezitou. Dodržali sme základné etické prístupy pre výskum. Zber dát prebiehal v centre zdravia a výživy vo Zvolene a v Bratislave v roku 2016 až 2020. Sledovali sme viaceré antropometrické ukazovatele s dôrazom na intersexuálne rozdiely. Pre mapovanie motivácie respondentov pre absolvovanie redukčného programu sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Pri konštruovaní výskumného nástroja sme vychádzali jednak z teoretických poznatkov a osobných skúseností. Získané údaje sme štatisticky vyhodnotili, využili sme program SPSS vo verzii 22.0 a Excel. Hodnota hladiny významnosti bola stanovená na  $\alpha = 0,05$ .

## Výsledky

Po analýze získaných dát prinášame jednotlivé zistenia, ktoré prezentujeme v grafoch a tabuľkách vlastného spracovania.

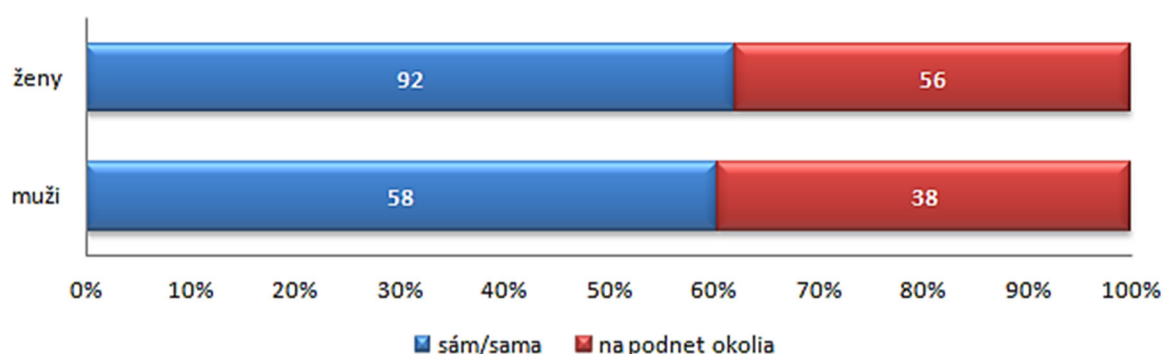
Zo zdravotných dôvodov sa rozhodlo znížiť svoju telesnú hmotnosť 22,9% mužov (n = 22) a 32,4% žien (n = 48). Stav pred, prípadne po operácii uviedlo 2,1% mužov (n = 2) a 6,8% žien (n = 10). Prítomnosť ochorenia s odporúčaním lekára schudnúť uviedlo 12,5% mužov (n = 12), 11,5% žien (n = 17). 3,4% žien (n = 5) uviedlo ako hlavnú motiváciu znížiť svoju telesnú hmotnosť prípravu na materstvo. Iné zdravotné dôvody uviedlo 8,3% mužov (n = 8), 10,8% žien (n = 16). Z estetických dôvodov sa rozhodlo schudnúť 54,2% mužov (n = 52) a 54,1% žien (n = 80). Účasť na spoločenskej akcii motivovala k rozhodnutiu schudnúť 12,5% mužov (n = 12) a 24,3% žien (n = 36). V súvislosti s partnerom (podpora partnera, zmena partnera, mladší partner) sa rozhodlo schudnúť 12,5% mužov (n = 12) a 10,8% žien (n = 16). 1% mužov (n = 1) a 2% žien (n = 3) motivovali rodinné problémy, iné estetické dôvody 28,1% mužov (n = 27) a 16,9% žien (n = 25). Iné ako zdravotné a estetické dôvody uviedlo 22,9% mužov (n = 22) a 13,5% žien (n = 20). Výsledky sú uvádzané v grafe 1.

**Graf 1 Dôvody pre zníženie telesnej hmotnosti u mužov a žien**



Na základe vlastného rozhodnutia chcelo znížiť telesnú hmotnosť 60,4% mužov (n = 58) a 62,2% žien (n = 92), na podnet okolia 39,6% mužov (n = 38) a 37,8% žien (n = 56). Výsledky sú uvádzané v grafe 2.

**Graf 2 Podnet pre zníženie telesnej hmotnosti u mužov a žien**



K hlavným motivátorom pre zníženie telesnej hmotnosti patria zdravotné komplikácie a estetika. Porovnali sme skupiny zvlášť mužov a zvlášť žien pomocou Kruskal Wallisovho testu. Medzi mužmi so zdravotnou, estetickou a inou motiváciou neexistuje štatisticky významný rozdiel medzi telesnou hmotnosťou pred a po intervencii, v rozdiel medzi BMI, WHR pred a po intervencii a v rozdiel medzi úrovňou viscerálneho tuku pred a po intervencii (tabuľka 1). Medzi mužmi s rôznou motiváciou k zmene telesnej hmotnosti existuje štatisticky významný rozdiel v zmene obvodu pásu po intervencii ( $\chi^2(2) = 7,773$ ,  $p = 0,021$ ). Najvyššiu zmenu obvodu pásu sme evidovali u mužov s motiváciou zdravotnou, potom u mužov s motiváciou estetickou a u mužov s motiváciou inou. Vecná významnosť je stredne vysoká.

**Tab. 1 Porovnanie mužov s rôznou motiváciou k zmene telesnej hmotnosti v zmene vybraných ukazovateľov nadváhy a obezity po intervencii**

	motivácia	n	Mdn	$\chi^2$	df	p	$d_{Cohen}$
telesná hmotnosť	zdravotná	22	10,1	3,497	2	0,174	0,256
	estetická	52	8,2				
	iná	22	6,9				
BMI	zdravotná	22	3,15	3,327	2	0,189	0,241
	estetická	52	2,45				
	iná	22	2,15				
obvod pásu	zdravotná	22	9,5	7,773	2	0,021	0,515
	estetická	52	5				
	iná	22	7				
WHR	zdravotná	22	0,055	5,169	2	0,075	0,376
	estetická	52	0,06				
	iná	22	0,03				
viscerálny tuk	zdravotná	22	27,95	1,483	2	0,476	0,15
	estetická	52	24,3				
	iná	22	22,8				

Legenda: n – počet, Mdn – medián,  $\chi^2$  – Chí kvadrát pre Kruskal Wallisov test, df – stupne voľnosti, p – štatistická významnosť,  $d_{Cohen}$  – Cohenov koeficient d (vecná významnosť)

Medzi ženami so zdravotnou, estetickou a inou motiváciou neexistuje štatisticky významný rozdiel v zmene indexu WHR pred a po intervencii. V rozdiel medzi váhou pred a po intervencii existuje štatisticky významný rozdiel u žien s rôznou motiváciou k zmene telesnej hmotnosti ( $\chi^2(2) = 6,852$ ,  $p =$

0,033). Ženy so zdravotnou motiváciou majú vyšší rozdiel v BMI po intervencii než ženy s estetickou a inou motiváciou. Vecná významnosť je stredne vysoká. V prípade rozdielu v BMI po intervencii sme zistili štatisticky významný rozdiel u žien s rôznou motiváciou ( $\chi^2(2) = 10,31$ ,  $p = 0,006$ ). Ženy so zdravotnou motiváciou majú vyšší rozdiel vo váhe po intervencii, ako ženy s estetickou a inou motiváciou. Vecná významnosť je stredne vysoká. Rozdiel bol zistený aj pri zmene obvodu pása po intervencii ( $\chi^2(2) = 6,616$ ,  $p = 0,037$ ). Ženy so zdravotnou motiváciou majú vyšší rozdiel v obvode pása po intervencii než ženy s estetickou a inou motiváciou. Vecná významnosť je stredne vysoká. A nakoniec sme zistili aj rozdiel v množstve viscerálneho tuku u žien vzhľadom na ich motiváciu k zmene telesnej hmotnosti ( $\chi^2(2) = 9,715$ ,  $p = 0,008$ ). Vyšší rozdiel v množstve viscerálneho tuku po intervencii sme zaznamenali u žien so zdravotnou motiváciou. Vecná významnosť je stredne vysoká. Výsledky uvádzame v tabuľke 2.

**Tab. 2 Porovnanie žien s rôznou motiváciou k zmene telesnej hmotnosti v zmene vybraných ukazovateľov nadváhy a obezity po intervencii**

	motivácia	n	Mdn	$\chi^2$	df	p	$d_{Cohen}$
váha	zdravotná	48	8,5	6,852	2	0,033	0,372
	estetická	80	5,75				
	iná	20	7,7				
BMI	zdravotná	48	3,2	10,310	2	0,006	0,493
	estetická	80	2,15				
	iná	20	2,7				
obvod pása	zdravotná	48	6,5	6,616	2	0,037	0,363
	estetická	80	4				
	iná	20	5				
WHR	zdravotná	48	0,04	2,767	2	0,251	0,146
	estetická	80	0,04				
	iná	20	0,03				
viscerálny tuk	zdravotná	48	26,85	9,715	2	0,008	0,474
	estetická	80	16,95				
	iná	20	17,2				

Legenda: n – počet, Mdn – medián,  $\chi^2$  – Chí kvadrát pre Kruskal Wallisov test, df – stupne voľnosti, p – štatistická významnosť,  $d_{Cohen}$  – Cohenov koeficient d (vecná významnosť)

Na základe našich výsledkov sme zistili u mužov s rôznou motiváciou rozdiely v zmene obvodu pása ( $p < 0,05$ ), pričom najvyššiu zmenu sme evidovali u mužov s motiváciou zdravotnou (Mdn = 9,5 cm), u mužov s motiváciou inou (Mdn = 7 cm) a nakoniec u mužov s motiváciou estetickou (Mdn = 5). V ostatných ukazovateľoch (telesná hmotnosť, BMI, WHR, viscerálny tuk) sa rozdiely u mužov s rôznou motiváciou prejavili ako v tomto prípade, len neboli štatisticky významné ( $p > 0,05$ ). U žien sme zistili rozdiely v zmene BMI ( $p < 0,05$ ), obvode pása ( $p < 0,05$ ) a zmene množstva viscerálneho tuku ( $p < 0,05$ ), pričom ženy so zdravotnou motiváciou majú vyšší rozdiel v BMI (Mdn = 3,2), obvode pása (Mdn = 6,5 cm) a množstve viscerálneho tuku (Mdn = 26,85  $cm^2$ ) po intervencii než ženy s estetickou motiváciou (BMI: Mdn = 2,15; obvod pása: Mdn = 4 cm, vicerálny tuk: Mdn = 16,95  $cm^2$ ) a inou motiváciou (BMI: Mdn = 2,7; obvod pása: Mdn = 5 cm, vicerálny tuk: Mdn = 17,2  $cm^2$ ). V ostatných ukazovateľoch ako je (telesná hmotnosť, WHR index) rozdiely u žien vzhľadom na ich motiváciu neboli zistené ( $p > 0,05$ ). Pri redukcii telesnej hmotnosti prevažuje u mužov aj u žien estetická motivácia nad motiváciu zdravotnou a viac ako 60% mužov a žien sa znížiť svoju hmotnosť rozhodlo z vlastnej iniciatívy.

## Diskusia:

Až 99% ľudí s nadváhou alebo obezitou nastupujúcich do redukčného programu, ktorí sa rozhodnú schudnúť, potvrdí na začiatku motiváciu k redukcii hmotnosti. Výskumy však dokazujú, že váhové úbytky zriedka korešponujú so silou prezentovanej motivácie. Ľudia v prevažnej väčšine prípadov chcú schudnúť, ale otázne je, či chcú aj zmeniť životný štýl (Adolfsson, 2004). Prediktory úspechu programov zameraných na zmenu nadmernej telesnej hmotnosti vo svojej prehľadovej štúdii zisťovali Elfhag a Rösner (2010) a zistili, že motivácia je jedným z najdôležitejších faktorov zmeny telesnej hmotnosti. Motivované osoby s nadváhou alebo obezitou dosahujú vyššie váhové úbytky a zotrvávajú v redukčnom programe dlhšie, ako tí menej motivovaní. Autori tiež uviedli, že len jedna štúdia preukázala vzťah medzi nízkou motiváciou a vysokým váhovým úbytkom. Už v roku 1995 sa problematikou motivácie v súvislosti s liečbou nadváhy a obezity zaoberali Biener a Heaton, (1995), ktorí potvrdili, že u všetkých sledovaných respondentov bola redukcia úspešná, pričom pre 2/3 účastníkov štúdie predstavoval hlavný motív zlepšenie zdravotného stavu a pre 37 % účastníkov bol prioritným motívom vzhľad.

Prvým krokom častého neúspechu pri samoredukciách je vytýčenie si nereálnych cieľov a voľba nesprávneho spôsobu redukcie (Málková, 2011). Počas ambulantnej liečby obezity mapovali motiváciu u oboch pohlaví aj Janyšková a Konečný (2007). Najčastejšie udávaným motívom bolo zdravie, fyzická kondícia, vyhnutie sa bolestiam a atraktivita. Objavili sa rozdiely medzi pohlavím. Muži udávali zdravie, kondíciu, atraktivitu, ženy preferovali zdravie, atraktivitu, sociálne faktory ako sebaúcta, psychická pohoda, plodnosť, zamestnanie. Zaujímavým poznáním bolo, že obézni pacienti chcú schudnúť štvrtinu svoje pôvodnej hmotnosti, čo autori považujú za neprimerane vysoký očakávaný úbytok hmotnosti. Výsledky ďalšieho prieskumu poukázali, že estetické dôvody prednostne motivovali k zmene antropometrických ukazovateľov 48 % respondentov, zdravotné problémy 43% respondentov, 9% uviedlo, že sa rozhodli kvôli tlaku blízkeho okolia. Za najväčší problém považovali nedostatok pevnej vôle (Trnková, 2013). Varantian et al. (2011) upravili Motivačný dotazník znižovania hmotnosti, kde sledovali predovšetkým dva motívy redukcie – zdravotné a estetické dôvody. Výsledky štúdie preukázali ako hlavný motív úpravy telesnej hmotnosti zdravotné komplikácie. Mnohé štúdie poukazujú na signifikantne významný vzťah medzi vyššími váhovými úbytkami a zdravotnými dôvodmi motivácie. V našom prípade je zrejmé, že zlepšenie zdravotného stavu ako motivácia redukcie nadváhy a obezity má za následok lepší výsledok vo vybraných antropometrických ukazovateľoch, než iné motivácie. I keď výsledky neboli vo všetkých ukazovateľoch štatisticky významné, minimálne v prípade celkovej hmotnosti, BMI u mužov a celkovej hmotnosti u žien by sme na základe praktickej významnosti mohli pri navýšení respondentov vo výskumnej vzorke dôjsť k štatisticky významným výsledkom. Zároveň je tiež nutné spomenúť, že v našej výskumnej vzorke prevládali muži a ženy s estetickou motiváciou a redukčný program bol plne hradený klientom, čo mohlo zvýšiť zníženie vybraných ukazovateľov nadváhy a obezity bez ohľadu na počiatočnú motiváciu. Štúdia Obezita v Česku 2013 (Matoulek, Svačina, Lajka, 2020), ktorej primárnym cieľom bolo zistiť vplyv stravovania a pohybových návykov na nadváhu a obezitu človeka a s tým spojenú kvalitu života potvrdila, že tolerancia spoločnosti k nadváhe a obezite u mužov vedie k tomu, že priberajú a svoju váhu nevnímajú ako problém. Ani pandemická situácia v začiatkoch podľa Ševčovičovej (2021) nepriala pestovaniu kolektívnych športov a výrazné obmedzenia nastali aj v možnostiach individuálneho športovania. Tieto skutočnosti tiež prispeli k nevyhnutne akceptovanej tolerancii.

## Záver:

Svetová zdravotnícka organizácia označila obezitu za globálnu pandémiu. Determinantom ovplyvňujúcim vznik a rozvoj tohto ochorenia je predovšetkým nezdravý životný štýl. Dôležitú úlohu pri vzniku a udržiavaní obezity zohrávajú aj interpersonálne faktory a negatívny vplyv má aj toxické prostredie. U obézneho dochádza k zníženiu sebahodnotenia, sebaúcty, ponížovaniu sa a k sociálnej izolácii. Veľmi časté sú v jeho živote aj negatívne sociálne zmeny (Fülleová, 2013, Fülleová, 2019). Z hľadiska účinných intervencií je individuálne poradenstvo v primárnej starostlivosti vyhodnotené ako najefektívnejšie z hľadiska prevencie tohto ochorenia. Dôležité miesto tu zohráva podpora motivácie

ku zdravému, aktívnemu životnému štýlu, vytýčenie si reálnych cieľov, voľba vhodných intervencií, pozitívne vnímanie vlastného tela a pozitívne myslenie.

Aj v poredukčnom období je dôležité čo najdlhšie udržiavať kontakt s klientom a podporovať ho k trvalej zmene životného štýlu, ktorá mu prinesie radosť a prospech z dosiahnutia zlepšenia kvality života. Výhodou individuálnych alebo skupinových programov pod odborným dohľadom je individuálny prístup ku každému klientovi, **komplexná starostlivosť** počas celej doby redukcie hmotnosti alebo nutrierapie, ale **aj po ukončení našich intervencií**.

#### Zdroje:

ADOLFSSON B. Obesity, life style and society: psychological and psychosocial factors in relation to body weight and body weight changes. 2004. Stockholm: Karolina University Press.

BIENER L., HEATON A. Women dieters of normal weight: their motives, goals, and risks. *American journal of public health*, 1995. 85, 714 – 717.

ELFHAG K., RÖSSNER S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight maintenance and weight regain. *Obesity reviews*. 2005. 6, 67 - 85.

FÁBRYOVÁ Ľ., UKROPCOVÁ B., MINÁRIK P., UKROPEC J. Prečo treba liečiť obezitu. Bratislava: Raabe. 2019. 54 s. ISBN 978-80-8140-370-5.

FÚLLEOVÁ M. Psychológia obezity. *Klinická obezitológia*. Brno: Facta Medica, 2013. s.125-131. ISBN 978-80-904731-7-1.

JANYŠKOVÁ A, KONĚČNÝ Š. Motivace obézních pacientů k redukci hmotnosti: aneb proč chtějí obézní muži a ženy hubnout. *Sociální procesy a osobnost*. Brno: MSD. 2007. s. 181 – 188. ISBN 978-80-7392-016-6.

KRAHULEC B., MESÁROŠOVÁ D. Diabezita, narastající medicínský problém - diabetolog musí být aj obezitolog. *Via Practica*, 2016; 13 (4): 134 - 137.

KUNEŠOVÁ M., DOLEŽALOVÁ K., MÜLLEROVÁ D. *Základy obezitologie*. Praha: Galén. 2016. 172 s. ISBN 978-80-7492-217-6.

MÁLKOVÁ I. Kognitivne – behaviorální přístup k léčbě obezity. *Základy klinické obezitologie*. 2. prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada Publishing. 2011. s. 231-255. ISBN 978-80-247-3252-7.

MÁLKOVÁ I., MÁLKOVÁ H. *Obezita – malými krůčkami k velké změně*. FORSAPI. 2014. 192 s. ISBN 9788087250242.

MATOULEK M., SVAČINA Š., LAJKA J. Obezita v Česku 2013. *Obezitologie a bariatrie*. 2013. [online] [cit.2022-04-11]. Dostupné na:file:///C:/Users/sevco/Desktop/O&B\_2013\_abstrakty.pdf.

PAVELOVÁ, Ľ.: 2017. Závažnosť problémov vo vybraných oblastiach života závislých osôb vstupujúcich do resocializácie v kontexte celkovej miery ich motivácie. In *KONTAKT XIX/2*:131-138. ISSN 1212-4117.

ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2021. Odborníčky na výživu dokážu meniť život k lepšiemu. In *Sestra*. ročník 20, 2021, číslo 5-6. s.12-13. ISSN 1335-9444.

TRNKOVÁ, Ľ. *Pandémia menom obezita*. Rigorózná práca. 2011, Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. 87 strán.

UKROPCOVÁ B., ŽIAK O., SLOBODOVÁ L. et al. Pohybová aktivita „na mieru“: diagnostika, edukácia a individualizovaná preskripcia cvičenia. *Via Practica*. 2015; 12 (5): 188-192.

VARTANIAN L., WHARTON C., GREEN E. *Appearance vs. Health motives for exercise and for weight loss*. 2011, *Psychology of Sport and Exercise*, 13 /3/, 251 – 256.

#### Kontaktná adresa:

PhDr. Mgr. Ľubica Trnková, PhD., MPH

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

Detašované pracovisko bl. Sály Salkaházi

Kósu Schoppera 22

048 01 Rožňava

dr.trnkovalubica@gmail.com

## VALIDÁCIA NOVEJ METÓDY MERANIA KVALITY ŽIVOTA U PACIENTOV SO SCLEROSIS MULTIPLEX

Majerníková Ľ., Tkáčová Ľ., Obročníková A.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

### **Súhrn:**

*Sclerosis multiplex (SM) je závažné progredujúce ochorenie, zasahuje do všetkých dimenzií kvality života. Pacienti vyžadujú špecifický prístup pri riešení rôznych psycho-sociálnych problémov. Cieľom projektu je skúmať multidimenzionalitu kvality života pacientov so SM. Vychádzajúc zo súčasného stavu predmetnej problematiky, absentuje hodnotiaci nástroj (jeho následná verifikácia pre slovenské pomery), ktorý zohľadňuje špecifiká potrieb a percepciu zmeny kvality života pacienta so SM. Skúmaním multidimenzionality kvality života pacientov so SM bude cieľom projektu vypracovať, overiť a sprístupniť jednotnú, medzinárodne akceptovanú a odporúčanú metodiku jej hodnotenia. Projekt je zameraný na vysokoškolské prostredie vzdelávania v študijných odboroch ošetrovateľstvo, pôrodná asistancia a zdravotnícke vedy, kde verifikovaný nástroj a jeho implementácia do praxe posluží v rámci klinickej výučby študentom, klinickým a vedeckopedagogickým pracovníkom.*

**Kľúčové slová:** Ošetrovateľstvo; Kvalita života; Sclerosis multiplex.

### **Validation of New Method of Measuring Quality of Live Patients with Multiple Sclerosis**

#### **Summary:**

*Multiple sclerosis (MS) is a serious progressive disease, affecting all dimensions of quality of life. Patients require a specific approach in solving various psycho-social problems. The goal of the project is to investigate the multidimensionality of the quality of life of patients with MS. Based on the current state of the issue, there is no evaluation tool (its subsequent verification for Slovakian conditions) that takes into account the specific needs and the perception of changes in the quality of life of a patient with MS. By investigating the multidimensionality of the quality of life of patients with MS, the goal of the project will be to develop, verify and make available a uniform, internationally accepted and recommended methodology for its assessment. The project is aimed at the higher education environment in the fields of nursing, midwifery and health sciences, where the verified tool and its practical implementation will serve students, clinical and scientific teaching staff in clinical teaching.*

**Keywords:** Nursing; Quality of life; Sclerosis multiplex.

### **Úvod**

Koncept kvality života zahŕňa dimenzie telesného a duševného zdravia. Má jednoznačne multidimenzionálny charakter a zasahuje do rôznych oblastí osobnosti jedinca. Je v súlade so všeobecne definovaným zameraním ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie a iných zdravotníckych vied, využívajúcich poznatky nielen z medicínskych, ale aj z humanitných odborov, ktoré v konečnom dôsledku zasahujú v svojej komplexnosti do oblasti sociálnej, výchovnej a edukačnej. Poznatky z uvedených odborov umožňujú komplexný pohľad na človeka v jeho bio-psycho-sociálnej jednote v kontexte pedagogiky, psychológie, sociológie, ako aj participácii ďalších odborov (Magurová, Majerníková, 2016).

### **Validácia dotazníka Multiple Sclerosis Quality of Life Questionnaire**

Súčasný stav hodnotenia kvality života u pacientov so SM charakterizuje značná nejednotnosť a početné diferenciacie v súvislosti s využívaním hodnotiacich nástrojov (Klímová a kol., 2015). Medzi generické dotazníky, určené výsostne pre klinickú prax, patria: Short Form 36, Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile (Łabuz-Roszak et al., 2013; Ramagopolan, et al., 2010; Votava et al., 2003). Klinická prax, demografické zmeny v zmysle starnutia populácie, nárast polymorbidity a chronicity ochorení, potreba ohľadne potrieb jedinca a holistický pohľad na jedinca si vyžaduje používanie



špecifických dotazníkov, ktoré okrem zdravotného stavu pacienta sledujú aj jeho kvalitu života. Ide o špecifické dotazníky pre pacientov so SM: MSQOL-54 (Multiple Sclerosis Quality of Life Questionnaire) a MusiQOL (Multiple Sclerosis International Questionnaire) (Vickrey et al. 1995; Moore, Vickrey, Fortin, Lee, 2015). Dotazník MSQOL-54 bol pôvodne vytvorený pre anglicky hovoriacich pacientov so SM doktorkou Barbarou G. Vickrey et al. a skladá sa z dvoch častí. Prvú časť tvoria otázky, hodnotiace všeobecné zdravie, ktoré vychádzajú z dotazníka SF-36. Druhá časť je tvorená osemnástimi otázkami, vytvorenými špeciálne pre pacientov so SM k popísaniu ich špecifických problémov a vychádzajú z názorov odborníkov a rešerše odbornej literatúry. Dovedna, päťdesiatštyri otázok je rozdelených do niekoľkých okruhov a zisťujú údaje o fyzickom, duševnom a citovom zdraví respondentov, ich kognitívnych schopnostiach, spoločenských aktivitách, obmedzeniach, vyplývajúcich z fyzických a afektívnych ukazovateľov, intenzite bolesti, únavy, energii, o sexuálnom živote respondentov, otázky zamerané na subjektívne vnímanie zdravia, zdravotnej záťaže a kvality života (Nortved, Rise, 2003). Vzhľadom na jeho multidimenzionálne a obsahové zameranie je žiaduca ich validácia a inkorporácia do klinickej praxe (Vickrey et al., 1995).

Proces validácie dotazníka bol uskutočnený po konzultácii s prof. Barbarou Vickrey z University of California, Los Angeles, US. Samotný validovaný dotazník bol a bude využívaný vo vzdelávacom procese vysokoškolského štúdia v odbore ošetrovateľstvo, pôrodnej asistencie a iných zdravotníckych vied. Študent tak bude môcť osobne získať skúsenosť s vedeckou prácou priamo vo vyučovacom procese v jeho teoretickej ako aj praktickej rovine.

Riadenie a organizačné zabezpečenie realizácie projektu bolo manažované vedúcim riešiteľom a jeho zástupcom prostredníctvom pracovných stretnutí riešiteľského tímu (workshopov) v pravidelných obdobiach s ohľadom na časovú dotáciu celého projektu. Projekt bude realizovaný v časovom horizonte 3 rokov.

#### **Prípravná fáza: 01/2020 - 12/2020**

Zorganizovať pracovné stretnutie riešiteľského tímu (workshop), diferenciacia úloh, riešenie čerpania finančných zdrojov, delegovanie úloh.

Plánovať logistickú prípravu zabezpečenia podmienok potrebných pre začatie realizácie výskumu.

Spracovať rešeršu a sprehľadnenie štúdií zameraných na hodnotenie kvality života pacientov so SM.

Identifikovať špecifiká, potenciálne ovplyvňujúce kvalitu života pacientov v kontexte uspokojovania potrieb.

Metodicky pripraviť realizáciu výskumu (získanie súhlasu autora na použitie vybraného dotazníka MSQOL-54, certifikovaný spätný preklad dotazníka, identifikácia výskumnej populácie).

#### **Realizačná fáza: 01/2021 - 12/2021**

Vypracovať jazykovo-kultúrnu adaptáciu uznávaného a vo svete štandardne používaného dotazníka MSQOL-54 (dvojitý nezávislý preklad z anglického jazyka do slovenského a spätný preklad do anglického jazyka).

Pilotná štúdia realizovaná na vybranej vzorke respondentov s jej vyhodnotením a potrebnou korekciou v súlade s komisiou – neurológ, výskumník, lingvista.

Distribúcia dotazníkov MSQOL-54.

Zber dát, triedenie, sumarizácia dát.

Štatistické spracovanie dát; psychometrické testovanie dát, analýza a syntéza výsledkov.

Prezentácia parciálnych výsledkov.

### **Diseminačná fáza: 07/2021 - 12/2022**

Pracovné stretnutie riešiteľského tímu (workshop), diferenciacia úloh, prehodnocovanie čerpania finančných zdrojov, delegovanie úloh.

Verifikácia hodnotiaceho nástroja MSQOL-54.

Prezentácia výsledkov na vedecko - odborných podujatiach.

Spracovanie a publikácia vedeckej monografie v domácom a zahraničnom vydavateľstve a odbornej monografie v domácom vydavateľstve.

Vo výskumnej časti sme použili dotazník Multiple Sclerosis Quality of Life-54 (MSQol-54). Dotazníky patria všeobecne medzi najviac frekventované formy, ktoré sa používajú na zber údajov. Keďže hovoríme o metóde, ktorá je špecifická a štandardizovaná, je nutné aby spĺňala podmienky, ktoré sú: validita, objektivita a reliabilita (Škodová 2013). Validita (platnosť), uvádza do akej miery meria v skutočnosti metóda to, na čo bola vytvorená. Validita je zabezpečovaná predovšetkým správnym dodržiavaním postupov pri zostavovaní dotazníka. Objektivita je definovaná ako relatívna absencia osobných chýb. Reliabilita (spoľahlivosť, presnosť metódy merania), uvádza relatívnu absenciu chýb počas merania (Urbánek a kol. 2011). Ukazovateľom reliability je koeficient  $r$ , ktorého hodnoty sa pohybujú od 0 po 1. Všeobecne platí, že presnosť nástroja merania je tým vyššia, čím je vyšší tento koeficient (Škodová 2013). Autorom dotazníka, ktorý bol použitý v našej práci je doktorka Barbara Vickrey z univerzity v Kalifornii. Slovenskú verziu dotazníka spolu so skórovacou škálou na vyhodnotenie preložili doktorky z Prešovskej univerzity v Prešove, fakulty zdravotníckych odborov. Keďže v dotazníku neboli prítomné otázky súvisiace s demografickými údajmi pacientov, rozhodli sme sa dotazník doplniť o otázky, ktoré boli orientované na zistenie dĺžky liečby ochorenia, napĺňanie sociálnych potrieb, pracovný status, pohlavie, rodinný stav, úroveň sebestačnosti, vek, liečbu ochorenia, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, zamestnanie a sociálnu oporu.

MSQol-54 je meracím nástrojom mnohých dimenzií, ktorého cieľom je merať kvalitu života u pacientov, ktorí trpia ochorením sclerosis multiplex. Tento dotazník je špecifický najmä tým, že je kombináciou generických a špecifických otázok, ktoré sú zhrnuté do osobitného inštrumentu. Tento nástroj bol vytvorený v roku 1995. Jeho základ tvorí generický komponent SF-36, ktorý doktorka Barbara Vickrey doplnila o 18 otázok, ktoré sú špecifické pre sclerosis multiplex. Ide o tieto tieto dimenzie: sexuálne fungovanie a spokojnosť so sexuálnym životom, zdravotný stav, sociálne fungovanie, bolesť, energia, kognitívne fungovanie a celková kvalita života. Tento inštrument má 54 otázok a vyhodnocuje sa prostredníctvom skórovacej škály. Tá hodnotí 2 doplnkové položky a 12 subškál, ktoré sú: telesné zdravie, obmedzenia v súvislosti s emocionálnymi problémami, obmedzenia v súvislosti s fyzickými problémami, emocionálne zdravie, energia, sociálne fungovanie, vnímanie zdravia, kognitívne funkcie, fungovanie v sexuálnej oblasti, obavy o zdravie, bolesť a celková kvalita života. Doplnkové merania sú: zmeny v zdraví a spokojnosť so sexuálnym životom. Postupne je každá subškála zatriedená do dvoch zhrňujúcich položiek, na základe ktorých sa môže vypočítať psychický a telesný element zdravia. 11-18 minút je čas, za ktorý je schopný respondent vyplniť celý dotazník. Naš dotazník vykazuje prostredníctvom Cronbachovho koeficientu alfa význačný stupeň spoľahlivosti, pretože má hodnotu 0,75-0,96.

### **Záver**

Mnoho vedných disciplín, ktoré sa zaoberajú človekom diskutuje na odbornej úrovni o kvalite života. Súčasťou diskusií sú filozofi, psychológovia, sociológovia, etici a pracovníci v zdravotníctve, ktorí poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť pacientom, vrátane zamestnancov pôsobiacich v službách sociálnej sféry. K rozvoju témy o kvalite života veľmi prispeli mnohí odborníci. Podľa autorov veľkého slovníka sociológie nie je termín kvalita života veľmi prepracovaný. Tento termín je vyznačovaný kvalitatívnymi parametrami v oblastiach: životný štýl, ľudský život, spôsob života a životné podmienky society. Kvalita je vzťahovaná k duchovným hodnotám, a teda reprezentuje niečo, čo presahuje

potreby, ktoré sa môžu uspokojiť skrze hmoty. Naším príspevkom sme chceli priblížiť rámcovo proces validácie vybraného meracieho nástroja pre potreby neurologického ošetrovateľstva, ktorý bude umožňovať používať tento nástroj v klinickej praxi v podmienkach našej krajiny so všetkými špecifikami.

***Tento príspevok bol vytvorený v rámci riešenia grantového projektu KEGA: Návrh metodiky hodnotenia kvality života pacientov so sclerosis multiplex č. 002PU-4/2020.***

#### **Zdroje:**

KLÍMOVÁ, E. a kol. 2015. Manažment liečby pacientky s vysoko aktívnou relapsujúcou/ remitujúcou sclerosis multiplex a graviditou - popis vlastného prípadu a diskusia. In *Neurológia*. 2015. roč. 10, č. 2, s. 5-9. ISSN 1336-8621.

ŁABUZ-ROSZAK, B. et al. 2013. Quality of life in multiple sclerosis – association with clinical features, fatigue and depressive syndrome. In *Psychiatria Polska*. [online]. 2013, vol. 47, No. 3, pp. 433–441. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. ISSN 0033-2674.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. 2016. Teoretické východiská edukácie v zdravotníckej praxi. Lipovce pri Prešove: A-print, 2016. 172. s. ISBN 978-80-89721-13-9.

MOORE, F., VICKREY, B., FORTIN, K., LEE, L. 2015. Two Multiple Sclerosis Quality of Life Measures: Comparison in a National Sample. In *The Canadian Journal of Neurological Sciences*. [online]. 2015, vol. 42, Issue 1, pp. 55–63. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <http://dx.doi.org.proxy.kib.ki.se/10.1017/cjn.2014.128>. E-ISSN 2057-0155.

National Multiple Sclerosis Society. 2022. [online]. [cit. 2022-02-14]. Dostupné na internete: [https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-MS-Researchers/Research-Tools/Clinical-Study-Measures/Multiple-Sclerosis-Quality-of-Life-54-\(MSQOL-54\)](https://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-MS-Researchers/Research-Tools/Clinical-Study-Measures/Multiple-Sclerosis-Quality-of-Life-54-(MSQOL-54))

RAMAGOPOLAN, S. V. et al. 2010. Multiple sclerosis: risk factors, prodromes, and potential causal pathways. In *The Lancet Neurology* [online]. 2010. vol. 9, Issue 7, pp. 727–739. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: doi:10.1016/S1474-4422(10)70094-6. E-ISSN 1474-4465.

ŠKODOVÁ, Z., 2013. *Praktický úvod do metodológie výskumnej práce*. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine. ISBN 978-80-89544-43-1

URBÁNEK, T. a kol., 2011. *Psychometrika: Měření v psychologii*. Praha: Portál s.r.o. ISBN 978-80-7367-836-4

VICKREY, B.G. et al. 1995. A health-related quality of life measure for multiple sclerosis. In *Qual Life Res*. 1995, vol. 4, No. 3, pp. 187–206. ISS: 1573-2649.

VOTAVA, J. et al. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 978-80-246-0708-5.

#### **Korespondenční adresa:**

PhDr. Ľudmila Majerníková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Partizánska 1

08001 Prešov

ludmila.majernikova@unipo.sk

## **B. ABSTRAKTA**

## TRAJEKTORIE KVALITY ŽIVOTA U MLADÝCH DOSPĚLÝCH PO ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODĚ

Šaňáková Š., Gurková E., Štureková L., Bartoníčková D.  
Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetřovatelství

### ABSTRAKT:

**Úvod:** Celosvětově se zvyšuje incidence ischemické cévní mozkové příhody (CMP) v mladších věkových skupinách. Dopad CMP na kvalitu života se odráží ve všech aspektech celostního pojetí člověka. V České republice dosud absentují studie zaměřené na tuto problematiku. **Cíle:** Analýza faktorů a dlouhodobých následků, které ovlivňují kvalitu života u mladých dospělých po ischemické CMP. **Metody:** Na základě metodiky Joanna Briggs Institute (JBI) bylo zpracováno scoping review s cílem vyhledat studie zaměřené na faktory HRQoL u mladých dospělých po iCMP a validní hodnotící a měřící nástroje následků CMP. Do přehledu bylo zařazeno celkem 12 studií splňujících zařazující kritéria. **Výsledky:** V rámci scoping review jsme identifikovali 16 prediktorů kvality života, které byly sledované u mladých dospělých po CMP. Tyto prediktory jsou pro přehlednost rozděleny do 3 skupin: závažnost CMP, funkční stav a klinické faktory, psychosociální faktory. **Závěry:** U mladých dospělých byla v porovnání se starší populací shledána nižší míra výskytu dlouhodobých funkčních následků a reziduálního neurologického deficitu. Na druhé straně byly u mladých dospělých výraznější psychosociální důsledky a psychická zátěž – přítomnost tzv. neviditelných symptomů. Byla zjištěna široká škála poiktových následků od fyzických (funkční disabilita, poiktová bolest anebo epilepsie) po psychosociální (deprese, úzkost, návrat do práce). Získané výsledky v prediktivním modelu kvality života budou využity jako konceptuální východisko pro prospektivní studii Faktory ovlivňující kvalitu života u mladých dospělých po ischemické cévní mozkové příhodě: prospektivní studie u mladých pacientů do 50 let v České republice, podpořenou AZV (NU22-09-00021).

*Studie byla podpořena z programového projektu Agentury pro zdravotnický výzkum Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU22-09-00021.*

*Klíčová slova:* CMP; Kvalita života; Mladí dospělí; Prediktory; Review

### Korespondenční adresa:

Mgr. Šárka Šaňáková, Ph.D.  
Ústav ošetřovatelství  
Fakulta zdravotnických věd UP  
Hněvotínská 3  
775 15 Olomouc

## DETERMINANTY PERCEPCIE KLINICKÉHO STRESU U ŠTUDENTOV OŠETROVATEĽSTVA A PÔRODNEJ ASISTENCIE

Magurová D., Mrosková S., Tkáčová Ľ, Ondriová I., Schlosserová A.  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

### ABSTRAKT:

**Ciele.** Klinické vzdelávanie je neoddeliteľnou súčasťou vzdelávanie sestier a pôrodných asistentiek. Avšak proces vzdelávania je sprevádzaný stresom, ktorý môže negatívne zasahovať do vzdelávacieho procesu a profesného rozvoja osobnosti študenta. Z uvedeného dôvodu je dôležité analyzovať percepciu stresu a faktory, ktoré ho modifikujú. **Metódy.** Realizovali sme prierezovú štúdiu u 324 študentov 1.ročníkov (61,4%) a 2.ročníkov (38,6%) v odbore ošetrovateľstvo (57,7%) a pôrodná asistencia (42,3%). Študenti po absolvovaní klinickej výučby na štandardných oddeleniach posudzovali úroveň stresu (numerická škála v rozmedzí 0 – 10), náročnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, kvalitu simulačnej, demonštračnej predprípravy na klinickú prax (známka A-FX), a úroveň spokojnosti s klinickou praxou (rozmedzie: 0 – 10). **Výsledky.** Zistili sme strednú úroveň percepcie klinického stresu u študentov ( $M = 4,10$ ,  $SD = 2,71$ ). Úroveň stresu signifikantne pozitívne asocjuje s kvalitou simulačnej predprípravy študentov ( $r: 0,429$ ,  $p=0,000$ ), náročnosťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti ( $r: 0,543$ ,  $p=0,000$ ), a negatívne asocjuje s klinickou skúsenosťou ( $r: -0,283$ ,  $p=0,000$ ). Následná regresná analýza opätovne preukázala signifikantný vplyv všetkých skúmaných faktorov na klinický stres: 1. simulačná predpríprava ( $\beta: 0,730$ ,  $p=0,000$ ), 2. náročnosť ( $\beta: 0,624$ ,  $p=0,000$ ), 3. klinická skúsenosť ( $\beta: -0,310$ ,  $p=0,000$ ). Nami skúmané faktory vysvetľujú 39% variancie klinického stresu. **Záver.** Výsledky výskumu poukazujú na to, že kvalitnejšou simulačnou prípravou študentov na vzdelávacej inštitúcii a zvýšením kvality klinického vzdelávania je možné pozitívne ovplyvniť intenzitu prežívaného stresu u študentov počas klinickej praxe.

*Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA č. 031PU-4/2021: Intermediálna učebňa na nácvik ošetrovateľských postupov u dojčiat, ako prostriedok zvýšenia kvality vzdelávacieho procesu a prepájania teórie s praxou.*

**Kľúčová slova:** Klinický stres; Študent ošetrovateľstva; Študent pôrodnej asistencie; Simulačná výučba; Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti; Klinická skúsenosť

## DETERMINANTS OF THE PERCEPTION OF CLINICAL STRESS AMONG NURSING AND MIDWIFERY STUDENTS

### ABSTRACT:

**Aims:** Clinical education is an integral part of the education of nurses and midwives. However, the educational process is accompanied by stress, which can negatively interfere with the educational process and the professional development of the student's personality. For this reason, it is important to analyze the perception of stress and the factors that modify it. **Methods:** We conducted a cross-sectional study of 324 first-year (61.4%) and second-year (38.6%) students in nursing (57.7%) and midwifery (42.3%). After completing clinical teaching in standard departments, students assessed the level of stress (numerical scale in the range of 0-10), the difficulty of providing nursing care, the quality of simulation, demonstration preparation for clinical practice (grade A-FX), and the level of satisfaction with clinical practice (range: 0 – 10). **Results:** We found a medium level of perception of clinical stress among students ( $M = 4.10$ ,  $SD = 2.71$ ). The level of stress is significantly positively associated with the quality of pre-simulation training of students ( $r: 0.429$ ,  $p=0.000$ ), the difficulty of providing nursing care ( $r: 0.543$ ,  $p=0.000$ ), and negatively associated with clinical experience ( $r: -0.283$ ,  $p=0.000$ ). Subsequent regression analysis again demonstrated the significant influence of all investigated factors on clinical stress: 1. simulation preparation ( $\beta: 0.730$ ,  $p=0.000$ ), 2. difficulty ( $\beta: 0.624$ ,  $p=0.000$ ), 3. clinical experience ( $\beta: -0.310$ ,  $p=0.000$ ). The factors examined by us explain 39% of the variance of clinical

stress. **Conclusions:** The results of the research show that by better simulation training of students at an educational institution and by increasing the quality of clinical education, it is possible to positively influence the intensity of stress experienced by students during clinical practice.

***The contribution was created with the support of KEGA project No. 031PU-4/2021: Intermediate Classroom for Training of Nursing Procedures in Infants, as a Medium of Increasing the Quality of the Educational Process and Connecting Theory with Practice.***

**Keywords:** Clinical stress; Nursing student; Midwifery student; Simulation teaching; Provision of nursing care; Clinical experience.

**Korespondenční adresa:**

PhDr. Dagmar Magurová, PhD.  
University of Presov, Faculty of Health Care  
Department of Nursing  
Partizanska 1  
080 01 Presov, SR  
dagmar.magurova@unipo.sk

## INOVACE VÝUKY PERIOPERAČNÍCH SESTER-PROJEKT ERASMUS+ „MY OPERATING ROOM NURSE COACH“

Škvrňáková J. (1), Wichsová J. (1,2), Vojtěchová M. (1,3)

1 - Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství

2 - Nemocnice Pardubického kraje a.s., Pardubická nemocnice, Centrální operační sály

3 - Nemocnice Jihlava, Centrální operační sály

### ABSTRAKT:

**Druh studie** teoretická, výstupy z projektu. **Hlavní téma** Světová zdravotnická organizace se dlouhodobě zabývá bezpečností pacienta při poskytování zdravotní péče. Ročně se odhaduje ve světě 230 milionů provedených velkých operací, hlášená hrubá úmrtnost po velkých chirurgických výkonech je od 0,2-10 %. To znamená 1 milionu úmrtí a minimálně 7 milionů závažných komplikací ročně (WHO, 2008). Faktory které významně ovlivňují kvalitu a bezpečnost poskytované perioperační péče jsou technologie, proces řízení, dovednosti a vzdělání zdravotnického personálu, dodržování standardů a trvalá kontrola výskytu perioperačních komplikací a nežádoucích událostí. Od perioperačních sester očekáváme poskytování vysokého standardu péče založeného na vědeckých důkazech. Vzdělávání perioperačních sester je spolu se specializací všeobecná sestra v intenzivní péči jedním z nejčastěji realizovaných specializačních vzdělání ve státech Evropské unie (EU). **Cílem projektu** je sjednocení a zlepšení kvality specializačního vzdělávání v odbornosti perioperační sestra ve státech EU. Dalším cílem je podpora inovativních přístupů a digitálních technologií pro výuku a učení. **Posloupnost** Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice se v roce 2016 zapojila do vzdělávacího programu EU projektem Key Skill Management in Operating Room – KSMOR (Klíčové dovednosti sester na operačním sále), na něj navazuje projekt My Operating Room Nurse Coach – MYORCO (Kouč perioperační sestry), který je řešen v období 2020–2023. Oba projekty byly a jsou podpořeny Evropskou asociací sálových sester (European Operating Room Nurses Association-EORNA) a Českou asociací sester – sekce perioperačních sester. Na řešení projektu se podílí 6 zemí EU, Česká republika, Belgie (hlavní řešitel), Finsko, Švédsko, Řecko a Francie. Všechny zúčastněné státy jsou zapojeny do projektu profesními organizacemi perioperačních sester, vysokými školami, které specializaci realizují nebo vzdělavateli, kteří všeobecné sestry pro perioperační péči školí. **Závěry** Výstupem projektu jsou tři produkce-sady instruktážních videí, pedagogická internetová platforma a pedagogická uživatelská příručka v anglickém a francouzském jazyce, včetně modifikací pro jednotlivé státy zapojené do projektu. Instruktážní videa prezentují základní dovednosti perioperačních sester tak i dovednosti dle jednotlivých specializací (např. neurochirurgie, ortopedie). Sada instruktážních videí (celkem 130) se připravovala dle scénářů, které vypracovali zúčastnění odborníci z jednotlivých zemí. Každý scénář procházel připomínkovým řízením a odbornou diskusí, aby byla shoda v postupech, procesech včetně respektování bezpečnosti pacienta a perioperační sestry. Dále je vytvořena internetová platforma pro budoucí uživatele. Tvorba pedagogické uživatelské příručky je plánována jako poslední fáze řešení projektu. Součástí každého projektu je propagace. Souborná informace proběhla na kongresu European Operating Room Nurses Association (EORNA) v roce 2022, další prezentace je plánována na duben 2023 v rámci kongresu The Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Je velkou příležitostí pro naši univerzitu/fakultu zapojit se do mezinárodního projektu. Kromě kontaktů, zkušeností, znalostí o vzdělávání perioperačních sester v jiných státech EU, je to vědomí, že v ČR vzdělávání perioperačních sester je na velmi dobré úrovni. Výstupy z projektu budou součástí výuky ve specializačních navazujících magisterských studijních programech naší fakulty. Dopad projektu bude na místní, regionální a evropské úrovni s předpokladem rozšíření výsledků projektu mimo Evropu prostřednictvím International Federation of Perioperative Nurses (IFPN).

***Autoři děkují za finanční podporu, která byla poskytnuta z prostředků EU pro vzdělávání Erasmus+ 2020-1-BE01-KA202-074922.***



SAFETY, WHO Patient, et al. Implementation manual: WHO surgical safety checklist. World Health Organization, 2008

**Klíčová slova:** Bezpečnost; Perioperační péče; Projekt; Vzdělávání

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.  
Fakulta zdravotnických studií  
Univerzita Pardubice  
Průmyslová 395  
532 10 Pardubice 2  
jana.skvrnakova@upce.cz

## MANAGEMENT RIZIK PŘI PŘÍPRAVĚ A PODÁVÁNÍ LÉČIV SESTROU

Brabcová I.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

### ABSTRAKT:

**Úvod:** Otázka bezpečnosti pacientů se stále více dostává do popředí celosvětového zájmu. Chyby při přípravě a podávání léčiv jsou častým typem hlášených nežádoucích událostí. Úlohou zdravotnických pracovníků je medikační rizika vyhledávat a aktivně jim předcházet. **Cílem studie** bylo identifikovat faktory, které zvyšují riziko vzniku pochybení v průběhu přípravy a podávání léků sestrami. Určit v jakém rozsahu jsou chyby při podávání léčiv hlášeny a jaké jsou bariéry hlášení medikačních pochybení. **Metodika:** Design empirického výzkumu byl tvořen kvantitativní metodou, technikou standardizovaného dotazníku Medication Administration Error Survey (MAE survey). Výzkumné studii se zúčastnilo 112 sester ze čtyř nemocnic Jihočeského regionu (Nemocnice Strakonice, Jindřichův Hradec, Písek a České Budějovice). **Výsledky:** Dle názoru sester mezi rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost medikačního pochybení, patří: velký počet ordinovaných léčiv na jednoho pacienta (69,7 %), podobnost názvů (62,6 %) a balení léků (68,7 %), časté změny medikací (43,7 %), nečitelnost preskripce (42,8 %), nahrazování originálních léků levnějšími generiky (55,4 %), nedostupnost klinického farmaceuta na pracovišti (52,6 %), vyrušení při výkonu (57,2 %), nedostatečné proškolení (25,0 %) nebo nedostatek personálu (25,9 %). Jen část medikačních pochybení je sestrami nahlášeno. Ochota sester hlásit pochybení statisticky významně klesala s věkem ( $p < 0,01$ ) a délkou klinické praxe sester ( $p < 0,05$ ). Mezi důvody nízké motivace hlásit medikační pochybení patří: strach z obviňování za zhoršení zdravotního stavu pacienta (51,8 %), strach z reakce lékaře na medikační chybu (31,3 %), represivní odpověď vedení nemocnice na hlášení pochybení (35,7 %) nebo hledání viníka nikoliv systémové příčiny pochybení (34,0 %). **Závěr:** Rizikové faktory medikačních pochybení lze dle podobnosti klasifikovat do tří kategorií: lidský faktor (pracovní přetížení, únava, vyčerpání, nedostatek personálu, negativní atmosféra v pracovní skupině), intervence (neúplná, nejasná, nečitelná preskripce, častá generická záměna léčiv) a systém (absence vnitřních předpisů, podobnost názvů a obalů léčiv). Standardizovaný dotazník MAE survey je efektivním manažerským nástrojem, který pomáhá identifikovat rizika při podávání léků sestrami. Mezi preventivní opatření minimalizující riziko medikační chyby patří budování netrestajícího nemocničního systému hlášení nežádoucích událostí, zavedení elektronické preskripce léků, dobrá komunikace ve zdravotnickém týmu, spoluúčast klinických farmaceutů na preskripci léků a pravidelné vzdělávání zdravotnického personálu v oblasti farmakoterapie.

*"Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU20-09-00257. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena."*

**Klíčová slova:** Medikační chyba; Podávání léčiv; Rizikové faktory; Sestra; Systém hlášení nežádoucích událostí\*

## RISK MANAGEMENT IN THE PREPARATION AND ADMINISTRATION OF DRUGS BY NURSES

### ABSTRACT:

**Introduction:** The issue of patient safety is increasingly coming to the forefront of global concern. Errors in the preparation and administration of medications are common reported adverse events. The role of healthcare professionals is to identify and actively prevent medication risks. **This study aimed** to identify factors that increase the risk of errors during the preparation and administration of medications by nurses and determine to what extent (1) errors in medication administration are reported and (2) what barriers exist to reporting medication errors. **Methodology:** The research utilized a standardized questionnaire, the Medication Administration Error Survey (MAE survey). One-

hundred and twelve nurses from four hospitals in the South Bohemian region took part in the study (Strakonice Hospital, Jindřichův Hradec, Písek and České Budějovice). **Results:** The nurses identified the following risk factors that increased the likelihood of medication errors: the large number of prescribed drugs per patient (69.7%), similarities in drug names (62.6%) and drug packaging (68.7%), frequent drug changes (43.7%), prescriptions that were unreadable (42.8%), generic substitutions of original medicines (55.4%), limited access to a clinical pharmacist at the workplace (52.6%), workplace distractions while preparing medications (57.2%), lack of training (25.0%), and understaffing (25.9%). The study showed that many medication errors go unreported. The willingness to report medication errors decreased statistically significantly with age ( $p < 0.01$ ) and length of clinical practice ( $p < 0.05$ ). Reasons for not reporting medication errors included fear of being blamed for the deterioration of the patient's health (51.8%), fear of the doctor's reaction to a medication error (31.3%), a repressive response from hospital management to medication errors (35.7%), and placing too much emphasis on the human factor in medication errors (34.0%). **Conclusion:** The risk factors of medication errors can be classified into three categories: human factor (work overload, fatigue, exhaustion, understaffing, a negative atmosphere in the workplace), intervention (incomplete, unclear, illegible prescriptions, frequent generic drug substitution), and system (absence of internal regulations, similarity of names and packaging of drugs). The standardized MAE survey is an effective management tool for identifying risks associated with drug administration by nurses. Preventive measures to minimize the risk of medication errors include building a non-punitive system for reporting adverse events, introducing electronic drugs prescription, good communication within the medical team, the participation of clinical pharmacists in the prescription process, and regular training of medical personnel in pharmacotherapy.

***Supported by the Ministry of Health of the Czech Republic, reg. No. NU20-09-00257. All rights under intellectual property regulations are reserved.***

**Keywords:** Medication error; Drug administration; Risk factors; Nurse; Incident reporting systems\*

**Korespondenční adresa:**

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

J. Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

brabcova@zsf.jcu.cz

## MOBILNI SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE V PRAZE

Šedivá P., Tulachová K.  
Cesta domů z.ú.

### **ABSTRAKT:**

Naše sdělení je zaměřeno na osvětu a propojení služeb v péči o paliativní pacienta. Včasný kontakt nemocného i rodiny s paliativním týmem či s paliativní ambulancí. Snažíme se rozkrýt překážky a obavy při informování nemocného o vhodném zahájení paliativní péče. Na Kazuistice názorně ukazujeme, předání pacienta z nemocničního prostředí do zajištěné domácí paliativní péče.

**Klíčová slova:** Cesta domů z.ú.; Domácí hospic; Paliativní péče

## MOBILE SPECIALIZED PALLIATIVE CARE IN PRAGUE

### **ABSTRACT:**

Our communication is focused on the education and the connection of services in the care of palliative patients. Timely contact of the patient and the family with the palliative care team or with the palliative care clinic. We try to recognize the obstacles and concerns in informing the patient about the appropriate initiation of palliative care. In the case study, we clearly show the transfer of a patient from a hospital environment to assured home palliative care.

**Keywords:** Cesta domů z.ú.; Home hospic; Palliative care

### **Korespondenční adresa:**

Kateřina Tulachová, Bc.  
Cesta domů, z.ú.  
Heleny Kočvarové 1583/1  
140 00 Praha 4  
katerina.tulachova@cestadomu.cz

## POMOC K AKTIVNÍMU ZAPOJENÍ SESTER PRCHAJÍCÍCH Z UKRAJINY

Čermáková I. (1), Bakusová T. (2), Zvoníčková M. (2)

1 - Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav jazyků

2 - Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství

### ABSTRAKT:

**Druh studie:** Metodologická studie. **Problém / Hlavní téma:** Mezioborová a mezifakultní spolupráce při tvorbě učebnice češtiny pro ukrajinské zdravotníky. **Posloupnost výkladu:** Válka na Ukrajině a masivní příchod uprchlíků do České republiky přinesly i do akademického světa nové výzvy. Vystala potřeba urychleně vytvořit učebnici zdravotnické češtiny pro nelékařské obory, zejména sestry, protože nevládnutá jazyková komunikace může zásadním způsobem ohrozit účinné a důstojné začlenění ukrajinských zdravotníků do práce v českých nemocnicích. **Cílem příspěvku** je popsat metodologická, jazyková a věcně odborná specifika, která s přípravou publikace tohoto typu souvisejí. Na věcně obsahovou stránku dohlížely vyučující z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK. Metodologickou a filologickou oporu poskytli zástupci FF UK, jazykově a didakticky celý materiál koncipovala vyučující z Ústavu jazyků 3. LF UK. Tým tvořily i dvě studentky: rodilé ukrajinské mluvčí (jedna z Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK, druhá filoložka z FF UK). **Závěry:** Výsledkem mezioborové a mezifakultní spolupráce je m-kniha (multimediální kniha) s názvem Léčíme česky: Čeština pro sestry a jiné zdravotníky, vydaná v nakladatelství Karolinum v rekordním čase. Učebnice je založena na ukrajinštině, kompletně interaktivní, opatřená nahrávkami všech dialogů, užitečných frází, slovníkem a klíčem ke cvičením. Tištěná kniha se též intenzivně připravuje k vydání.

**Klíčová slova:** Čeština; Komunikace s pacientem; Komunikace s personálem; Ukrajinština; Zdravotnický pracovník

## HELPING TO ACTIVELY SUPPORT NURSES FLEEING UKRAINE

### ABSTRACT:

**Type of study:** methodological study. **Problem/Main Theme:** Interdisciplinary and interfaculty cooperation in the preparation of a textbook of Czech for Ukrainian health professionals. **Subject:** The war in Ukraine and the massive arrival of refugees to the Czech Republic have brought new challenges to the academic world. There is a need to urgently create a textbook of medical Czech for non-medical disciplines, especially nurses, because unskilled language communication can fundamentally endanger the effective and dignified integration of Ukrainian health professionals into the work in Czech hospitals. **The aim** of the paper is to describe the methodological, linguistic and subject matter specifics related to the preparation of a publication of this type. The substantive content was supervised by lecturers from the Department of Nursing, 3rd Faculty of Medicine, Charles University. The methodological and philological support was provided by representatives of the Faculty of Arts, Charles University, and the linguistic and didactic content was conceived by teachers from the Department of Languages of the 3rd Faculty of Medicine, Charles University. The team also included two students: native Ukrainian speakers (one from the Department of Nursing of the 3rd Faculty of Medicine, the other a philologist from the Faculty of Arts, Charles University). **Conclusions:** The result of interdisciplinary and interfaculty cooperation is a m-book (multimedia book) entitled Léčíme česky: Čeština pro sestry a jiné zdravotníky, published by Karolinum Publishing House in record time. The textbook is based on Ukrainian, completely interactive, with recordings of all dialogues, useful phrases, a vocabulary and a key to exercises. The printed book is also being intensively prepared for publication.

**Keywords:** Communication with patient; Communication with staff; Czech; Health care worker; Ukrainian

**Korespondenční adresa:**

Mgr. Iveta Čermáková  
Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta  
Ústav jazyků  
Ruská 87  
100 00 Praha 10  
iveta.cermakova@lf3.cuni.cz

## POTŘEBA ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PODPORY RODINNÝM PEČOVATELŮM

Brabcová I.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

### ABSTRAKT:

**Úvod:** Neformální rodinná péče představuje významnou složku systému dlouhodobé zdravotní a sociální péče. **Cílem studie** bylo zjistit v jakém rozsahu mají neformální rodinní pečovatelé zájem o podporu a pomoc při pečování o blízkou osobu v domácím prostředí. **Metodika:** Pro získání dat o rodinných pečovateli byl použit dotazník vlastní konstrukce. Soubor respondentů tvořilo 168 rodinných pečovateli, kteří pečují o děti nebo seniory se sníženou schopností sebezpečí v domácím prostředí déle než tři měsíce, minimálně osm hodin týdně. Výzkum byl realizovaný ve druhé polovině roku 2020. **Výsledky:** Zájem o zajištění podpory a pomoci při pečování o blízkou osobu v domácím prostředí ze strany sociálního pracovníka mělo 24,7 % rodinných pečovateli. Podporu ze strany zdravotní sestry poptávalo 17,5 % pečovateli. Zájem o pomoc ze strany praktického lékaře mělo 15,1 %, psychologa 17,3 %, fyzioterapeuta 27,5 %, dobrovolníka 24 % a jiného pečovatele 20,4 % rodinných pečovateli. **Závěr:** Výzkum upozornil na potřebu navýšení systémové podpory rodinných pečovateli prostřednictvím poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, státní správy a samosprávy nebo zakládáním svépomocných skupin pečovateli či dobrovolníků.

*Tato publikace vznikla se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ÉTA v rámci projektu č. TL03000518 „Podpora neformálních pečovateli v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality.“*

**Klíčová slova:** Klíčová slova: domácí péče; podpora; neformální pečovateli; zdravotní a sociální služby.

## THE NEED FOR HEALTH AND SOCIAL SUPPORT FOR FAMILY CAREGIVERS

### ABSTRACT:

**Introduction:** Informal family care represents an important component of the long-term health and social care system. **The aim** of the study was to find out to what extent informal family caregivers are interested in support and help in caring for a close person in the home environment. **Methodology:** A self-constructed questionnaire was used to obtain data on family caregivers. The group of respondents consisted of 168 family caregivers who care for children or elderly people with reduced self-care ability in the home environment for more than three months, at least eight hours a week. The research was carried out in the second half of 2020. **Results:** 24.7% of family caregivers were interested in obtaining support and assistance in caring for a close person in the home environment from a social worker. Support from a nurse was requested by 17.5% of caregivers. 15.1% of family caregivers were interested in help from a general practitioner, 17.3% from a psychologist, 27.5% from a physiotherapist, 24% from a volunteer, and 20.4% from another caregiver. **Conclusion:** The research drew attention to the need to increase the systemic support for family caregivers through providers of health and social services, state administration and local government, or by establishing self-help groups of caregivers or volunteers.

*This publication was processed with the governmental support of the Czech Technological Agency as a part of the ÉTA program, project TL03000518 called “Support to Informal caregivers in the South Bohemian Region through Audio-visual Means, including Virtual Reality”.*

**Keywords:** Keywords: home care; support; informal carers; health and social services.

**Korespondenční adresa:**

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

J. Boreckého 1167/27

370 11 České Budějovice

brabcova@zsf.jcu.cz



## DOBROVOLNÍCI JAKO SOUČÁST TÝMU FN MOTOL

Blažková J. (1), Hurdová J. (1,2), Vejdělek J. (1)

1 - Fakultní nemocnice v Motole, Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči - Dobrovolnické centrum

2 - Psychiatrická nemocnice Bohnice

### ABSTRAKT:

Fakultní nemocnice v Motole je nemocnice s nejdéle zavedeným dobrovolnickým programem v ČR. První dobrovolníci začali docházet již v roce 1999. Od doby fungování interního modelu (r. 2004) dobrovolnický program organizačně spadá pod Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a je tak součástí struktury FN Motol. Úkolem Dobrovolnického centra je výběr, příprava a poskytování zázemí a opory dobrovolníkům, na každém oddělení, kam docházejí dobrovolníci, je pak odpovědnou osobou tzv. kontaktní osoba (nejčastěji staniční sestra, příp. herní terapeut). Posláním dobrovolnického programu je vnášet do nemocnice více lidského kontaktu, posilovat duševní pohodu pacienta a jeho postoj k aktivní spolupráci na uzdravení. Jelikož dobrovolníci ve FN Motol jsou v přímém kontaktu s pacienty, je nutné, aby procházeli důkladným výběrem v Dobrovolnickém centru. Každý zájemce o dobrovolnictví absolvuje úvodní pohovor s koordinátorem a poté se rozhoduje, zda bude pokračovat jako nepravidelný či pravidelný dobrovolník. Všichni pravidelní dobrovolníci prochází podrobným školením, podepisují Dohodu o dobrovolnické činnosti, předkládají výpis z rejstříku trestů a mají možnost využívat skupinové i individuální supervize, případně služby interventů FN Motol.

**Dobrovolníci ve FN Motol.** Dobrovolník jako člověk přicházející ze "zdravého světa" může pomoci překlenout náročné chvíle v nemocnici a přispět k lepšímu průběhu a efektu léčby. Na rozdíl od nemocničního personálu (často i rodiny) se dobrovolníci nezajímají o zdravotní stav, což může pro pacienta znamenat vítanou změnu a příležitost k odpoutání od nemoci. Prospěšným však není jen pro pacienty, ale i doprovody a personál. V žádném případě nenahrazuje práci odborného personálu, ale na úrovni svých možností a schopností ji vhodně podporuje a doplňuje. Svou aktivitu vždy přizpůsobuje zdravotnímu stavu pacientů, omezení vycházející ze zdravotního stavu pacienta nemusí být pro dobrovolnické aktivity překážkou. Dobrovolníci také mohou svou činnost přizpůsobit na základě předchozí domluvy a doporučení odborného personálu (např. fyzioterapeuta) a zaměřit se tak na rehabilitaci. Dobrovolník v žádném případě nechodí na oddělení kontrolovat práci personálu, zaměřuje se pouze na rozptýlení pacientů a vždy respektuje pokyny a doporučení personálu. I zvířecí pomocníci mají dveře otevřené. Canisterapie ve FN Motole probíhá od roku 2003 v rámci dobrovolnického programu. Do nemocnice dochází dobrovolníci se svými speciálně připravenými psy především potěšit a rozveselit pacienty. Věnují se jak dětem, tak dospělým na různých odděleních. Zaměřují se jak na individuální, tak skupinovou canisterapii. V Dobrovolnickém centru se věnujeme důkladné přípravě canisterapeutických týmů a jejich následné koordinaci. Dobrovolníci společně se psy prochází školením, které je nezbytné pro praktikování canisterapie ve FN Motol, následně psi skládají canisterapeutickou zkoušku přímo pro nemocnici. Dobrovolníci se psy se věnují převážně aktivitám za přítomnosti psa, ale mohou participovat i na terapii, kdy úzce spolupracují např. s lékařem, psychologem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem apod. Příznivé účinky canisterapie můžeme pozorovat přímo ze spontánních reakcí pacientů, které jsou např. úsměv, uvolnění, ale také zaznívají ve zpětných vazbách zdravotnického personálu, pacientů, rodičů, dobrovolníků. Ve FN Motol probíhá také zooterapie. Pacienty navštívili již dobrovolníci např. se strašilkami, agamou, chameleonem, zakrslými králíky, morčetem. I návštěvy s ostatními zvířaty mají svá daná pravidla. Využíváme metodiku výcviku zvířat dle pozitivní motivace. Vycházíme z dlouholeté zkušenosti praktikování canisterapie a zooterapie ve FN Motol, inspirujeme se konceptem bazální stimulace a také metodik aktivit a terapie se zvířaty v jiných zařízeních. Každý dobrovolník i pes registrovaný v Dobrovolnickém centru se po nemocnici pohybuje řádně označený.

**Klíčová slova:** Canisterapie; Dobrovolnické centrum; Dobrovolnický program; Dobrovolník; Koordinátor dobrovolníků; Zooterapie

**Korespondenční adresa:**

Bc. Jana Blažková

Fakultní nemocnice v Motole, Dobrovolnické centrum

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 - Motol

dobrovolnik@fnmotol.cz

## ZÁKLADNÁ LATINSKÁ TERMINOLÓGIA PRE POTREBY CHIRURGICKÉHO OŠETROVATEĽSTVA

Ilievová L., Poliaková N., Gerlichová K.

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

### ABSTRAKT:

**Druh štúdie** – oznam o publikačnom výstupe riešenia grantu Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky KEGA č. 1 004TnUAD-4/2020 s názvom „Optimalizácia výučby latinského jazyka v študijnom odbore Ošetrovateľstvo reagujúca na potreby klinickej praxe a trhu práce“.

**Problém:** Na študijný program v študijnom odbore Ošetrovateľstvo je v zmysle § 56 Zákona č. 131/2002 o Vysokých školách základnou podmienkou prijatia na štúdium získanie úplného stredného alebo úplného stredného odborného vzdelania, t. z., že uchádzačmi a následne študentami nie sú len absolventi stredných zdravotníckych škôl, ale aj absolventi gymnázií a iných stredných škôl s iným odborným zameraním. Z uvedeného vyplýva, že časť študentov študijného odboru Ošetrovateľstvo, ktorí nemajú ukončenú strednú zdravotnícku školu, nemajú základy z latinského jazyka a nemali možnosť v praxi používať latinský jazyk. Výučba latinského jazyka je na stredných zdravotníckych školách orientovaná viac na elementárne poznatky gramatiky latinského jazyka a základy medicínskej a farmakologickej terminológie, čo je nepostačujúce pre aktuálnu klinickú ošetrovateľskú – sesterskú prax. **Výklad:** Je potrebné, aby sestra ovládala odbornú latinskú terminológiu nielen pre potreby zvládnutia propedeutických predmetov, ale aj pre potrebu zvládnutia terminológie patologických klinických stavov, diagnostických a terapeutických postupov. V nariadení vlády SR č. 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania nie je explicitne definovaná povinná výučba latinského jazyka v študijnom odbore Ošetrovateľstvo. Napriek uvedenému, na každej z 10 vysokých škôl v SR pripravujúcich v študijnom odbore Ošetrovateľstvo na povolanie sestry latinský jazyk figuruje v zozname povinných predmetov v 1. ročníku v bakalárskom stupni štúdia. Vysokoškolská učebnica Odborná terminológia v klinickom ošetrovateľstve Základná latinská terminológia pre potreby chirurgického ošetrovateľstva obsahuje základnú charakteristiku najčastejších lekárskejších diagnóz a odborných výrazov zo základných chirurgických odborov s akcentom aj na latinskú terminológiu. S problematikou sú študenti ošetrovateľstva konfrontovaní najmä v predmete Chirurgia a Chirurgické ošetrovateľstvo. Obsahové zameranie učebnice môžu študenti ošetrovateľstva využívať aj v predmete predmetu Ošetrovateľský proces a taktiež v rámci klinickej praxe na chirurgických, traumatologických, urologických, ORL a očných oddeleniach alebo klinikách. Učebnica je štruktúrovaná podľa aplikovaných odborov ošetrovateľstva v rámci ktorých je popísaná latinská terminológia súvisiaca s vybranými ochoreniami. Úvodnú kapitolu učebnice tvoria informácie o chirurgickom ošetrovateľstve, perioperačnej starostlivosti, najčastejších výrazoch používaných v chirurgii v starostlivosti o pacienta, ktorého stav si vyžaduje chirurgický výkon. V ďalších kapitolách sa študenti zoznámia s latinskými názvami najčastejších lekárskejších diagnóz používaných vo všeobecnej chirurgii, traumatológii, urológii, otorinolaryngológii, oftalmológii. Každý latinský výraz má uvedený slovenský ekvivalent so stručným popisom ochorenia. Súčasťou každej kapitoly sú otázky a námety na premýšľanie a doplnenie si vedomostí študentov. V závere učebnice je spracovaný abecedný zoznam latinských a slovenských pojmov, ktoré sa nachádzajú v hlavnom texte. **Záver:** Učebnicu sme vytvorili na základe vlastných skúseností z ošetrovateľskej praxe a pedagogickej činnosti. Pri tvorbe učebného textu sme použili odborné a vedecké zdroje. Jedným z nich je Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a príbuzných zdravotných problémov – MKCH-10 predstavujúca systém položiek, ktorými sa označujú choroby a ich varianty podľa dohodnutých kritérií.

**Štúdia je výstupom z riešenia grantu Ministerstva školstva Slovenskej republiky KEGA (1 004TnUAD-4/2020) s názvom „Optimalizácia výučby latinského jazyka v študijnom odbore Ošetrovateľstvo reagujúca na potreby klinickej praxe a trhu práce“.**

**Kľúčová slova:** Latinský jazyk; Ošetrovateľstvo; Terminológia; Učebné texty; Vysokoškolské vzdelávanie

**ABSTRACT:**

**Type of study** – report regarding publication output of solution of a grant of the Ministry of Education, Science, Research and Sport of the Slovak Republic KEGA No. 1 004TnUAD-4/2020 entitled „Optimization of Latin language teaching in the Nursing field of study as a response to the needs of clinical practice and job market“. **Proposition:** Completion of the secondary or secondary professional education is required for admission to the study programme in the Nursing field of study according to § 56 of the Law No. 131/2002 on Higher Education, which means that graduates of secondary medical schools as well as graduates of grammar schools and secondary schools with different professional orientation can become candidates and subsequently students of this field of study. This results in the fact that a significant number of students of Nursing has no basic knowledge of Latin language. Teaching of Latin language at secondary medical schools focuses on elementary knowledge of grammar and basic medical and pharmacological terminology, which is insufficient for current clinical nursing practice. **Explanation:** Government Regulation of the Slovak Republic No. 296/2010 does not contain an explicit requirement of compulsory education of Latin language in the Nursing field of study. However, Latin language can be found on the list of compulsory subjects on the 1st grade of bachelor's degree of study at each of the ten institutions of higher education in Slovakia in the Nursing field of study. A higher education textbook entitled Professional Terminology in Clinical Nursing Basic Latin terminology for the needs of surgical nursing contains fundamental characteristics of most frequent medical diagnoses and professional terms related to basic surgical fields with emphasis put on Latin terminology. Students of nursing are confronted with this issue mainly when it comes to subjects Surgery and Surgical nursing. The content of the textbook can be used by students of nursing also for the study of the subject Nursing process as well as within the framework of clinical practice in healthcare institutions in surgical, traumatological, urological, ORL and ophthalmological departments or clinics. The textbook is structured in accordance with applied fields of nursing, within which the Latin terminology related to particular diseases is described. Initial chapter of the textbook consists of information regarding surgical nursing, perioperative care, most frequently used terms in surgery in the context of care for patients whose condition requires surgical intervention. In the following chapters, students are presented with Latin names of most frequent medical diagnoses used in general surgery, traumatology, urology, otorhinolaryngology, ophthalmology. Each Latin term is supplemented with its Slovak equivalent and a brief description of the disease. Every chapter contains questions and ideas for reflection and widening of student's knowledge. Conclusive part of the textbook consists of alphabetic list of Latin and Slovak terms that can be found in the main text. **Conclusion:** The textbook has been created on the basis of our own experiences from nursing practice and pedagogical activity as university teachers. Professional and scientific resources have been used in the process of elaboration of the text, including International statistical classification of diseases and related health problems – MKCH-10, which represents the system of terms used for particular diseases and their variants according to agreed and established criteria.

***The study is the result of a grant from the Ministry of Education of the Slovak Republic KEGA (1 004TnUAD-4/2020) entitled „Optimization of Latin Language Teaching in Nursing in Response to Clinical Practice and Labor Market Needs“.***

**Keywords:** Latin language; Nursing; Terminology; Textbooks; University education

**Korespondenční adresa:**

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.  
Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne  
Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva  
ul. Študentská 2  
911 50 Trenčín  
lubica.ilievova@tnuni.sk

## PŘIDĚLOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE A VÝSKYT NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ

Jarošová D. (1), Zeleníková R. (1), Plevová I. (1), Mynaříková E. (2), Kachlová M. (1,2)

1 - Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství a porodní asistence

2 - Fakultní nemocnice Ostrava, Oddělení ošetřovatelské péče

### ABSTRAKT:

Průřezová multicentrická studie. **Cíl:** Cílem studie bylo zjistit rozdíly ve výskytu nežádoucích příhod a infekcí spojených se zdravotní péčí u hospitalizovaných pacientů v českých nemocnicích akutní péče podle typu nemocnice a typu oddělení. **Metody:** Do výzkumu bylo zapojeno 105 interních a chirurgických jednotek ze 14 nemocnic akutní péče v ČR. Údaje o nežádoucích událostech a infekcích souvisejících se zdravotní péčí byly hlášeny měsíčně od června 2020 do října 2020. **Výsledky:** Výskyt infekcí spojených se zdravotní péčí, dekubitů a medikačních chyb byl ve velkých nemocnicích výrazně nižší. Dále byly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi výskytem dekubitů, pádů bez poranění a pádů s poraněním na chirurgických a interních odděleních. **Závěry:** Typ nemocnice a typ oddělení ovlivnily výskyt nežádoucích příhod v nemocnicích akutní péče. Pro snížení nežádoucích příhod by měl být podporován systém systematického měření a hlášení nežádoucích příhod.

*Podpořeno z programového projektu MZ ČR s reg. č. reg. č. NV18-09-00420. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.*

**Klíčová slova:** Přidělovaná-nedokončená ošetřovatelská péče; Hospitalizovaní pacienti; Nežádoucí události; Infekce spojené se zdravotní péčí

## RATIONING NURSING CARE AND ADVERSE EVENTS IN HOSPITALISED PATIENTS

### ABSTRACT:

**Objectives:** The aim of the study was to determine the occurrence of adverse events and healthcare associated infections in hospitalised patients in Czech acute care hospitals by type of hospital and type of ward and to establish links with rationing-unfinished nursing care. **Methods:** Cross-sectional multicentre study. The research involved 105 medical and surgical units from 14 acute care hospitals in the Czech Republic. Data on adverse events and healthcare associated infections were reported monthly from June 2020 to October 2020 (n = 1784). Unfinished nursing care was evaluated by the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (805 nurses). **Results:** The most common adverse events were pressure ulcers and falls and urinary tract infections. The incidence of healthcare associated infections, pressure ulcers and medication errors was significantly lower in large hospitals. Significant differences were found between the incidence of pressure ulcers, falls without injury and falls with injury in surgical and medical departments. Furthermore, significant relationships between unfinished nursing care and falls with injury and gastrointestinal tract infections were confirmed. **Conclusions:** The type of hospital and the type of department influenced the incidence of adverse events in acute care hospitals. Systematic measurement and reporting of adverse events should be encouraged to reduce adverse events.

*Supported by Ministry of Health of the Czech Republic, grant nr. NV18-09-00420. All rights reserved.*

**Keywords:** Rationing-Unfinished Nursing Care; Hospitalized Patients; Adverse Events; Healthcare Associated Infections

**Korespondenční adresa:**

prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Syllabova 19

703 00 Ostrava-Zábřeh

darja.jarosova@osu.cz

## ZKUŠENOSTI SESTER A PACIENTŮ SE SPÁNEM BĚHEM HOSPITALIZACE: KVALITATIVNÍ STUDIE

Jarošová D. (1), Locihová H. (2), Stuchlíková K. (3), Slonková J. (3), Zoubková R. (2), Šonka K. (4)

1 - Ostravská univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

2 - Ostravská univerzita, LF, Katedra intenzivní medicíny, urgentní medicíny a forenzních oborů

3 - Fakultní nemocnice Ostrava

4 - Všeobecná fakultní nemocnice

### ABSTRAKT:

**Cíle:** Zjistit zkušenosti sester se saturací potřeb spánku hospitalizovaných pacientů, zjistit postoje sester k intervencím podporujícím spánek a současně popsat osobní zkušenosti pacientů se spánkem v nemocnici. **Metody:** Kvalitativní studie – tematická obsahová analýza. Data byla získávána skupinovými rozhovory ze tří ohniskových skupin (květen–červen 2022). Dvě ohniskové skupiny tvořilo šestnáct sester, třetí ohnisková skupina byla sestavena z osmi pacientů. Rozhovory byly nahrány a data byla analyzována tematickou obsahovou analýzou. Data byla převedena do textové podoby, s využitím metody barvení textu byla analyzována a kódována, byly identifikovány hlavní kategorie. **Výsledky:** Sestry vyjádřily přání a přesvědčení pracovat způsobem, který více podporuje spánek pacientů během hospitalizace. Současně uvedly, že chod nemocnice ke spánku není moc přívětivý. Navíc jejich schopnost efektivně podporovat potřebu spánku pomocí nefarmakologických strategií naráží na nedostatečné znalosti o spánku, a proto stále převažují jako první volba hypnotika. Sestry zdůrazňovaly význam spánku pro pacienty s tím, že této oblasti by měla být věnována mnohem větší priorita. Pacienti ze svých zkušeností uvádějí, že jejich spánek je ovlivněn interakcí více ukazatelů, které je možno zařadit do tří vzájemně propojených kategorií: (1) Prožívání komplexních interakcí s prostředím (ošetrovatelské činnosti, děsivé nebo rušivé zvuky, sused na pokoji, horko, průvan); (2) prožívání intenzivních emocí a pocitů (strach/obavy; stav opuštěnosti; nejistota, co bude; neschopnost fungovat) a (3) základní stav (přidružená onemocnění a přítomnost bolesti). **Závěry:** Výsledky naznačují, že sestry nemají dostatečné znalosti o spánku a intervencích podporujících jeho kvalitu. Jejich současné intervence jsou založeny spíše na osobní zkušenosti a subjektivní rozvaze než na důkazech. Na spánek a jeho prožívání má vliv několik faktorů, které se vzájemně ovlivňují – naše pilotní studie ukazuje, že psychologické faktory hrají důležitou roli při poruchách spánku a mohou převažovat nad faktory environmentálními.

*Podpořeno z programového projektu MZ ČR s reg. č. NU22-09-00457. Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.*

**Klíčová slova:** Hospitalizovaní pacienti; Potřeba spánku; Spánkové intervence; Zkušenosti sester a pacientů

THE EXPERIENCE OF NURSES AND PATIENTS WHEN SLEEPING DURING HOSPITALISATION: QUALITATIVE STUDY

### ABSTRACT:

**Objectives:** To find out the experience of nurses with saturation of sleep needs of hospitalized patients, to find out the attitudes of nurses to sleep-promoting interventions, while describing the personal experiences of patients with sleep in the hospital. **Methods:** Qualitative study – thematic content analysis. Data were obtained by group interviews from three focus groups (May-June 2022). Two focus groups were composed of sixteen nurses, the third focus group was composed of eight patients. Interviews were recorded and data were analyzed by thematic content analysis. Data were converted to text form, analyzed and coded using the text coloring method, main categories were identified. **Results:** Nurses expressed a desire and conviction to work in a way that is more supportive of patients' sleep during hospitalization. At the same time, they stated that the hospital's progress towards sleep

is not very welcoming. Moreover, their ability to effectively support the need for sleep through non-pharmacological strategies runs up against a lack of knowledge about sleep and therefore still prevails as the first choice of hypnotic. Nurses emphasized the importance of sleep for patients, saying that this should be given much greater priority. Patients report from their experience that their sleep is influenced by the interaction of multiple indicators, which can be categorized into three interconnected categories: 1. Experiencing complex interactions with the environment (nursing activities, scary or disturbing sounds, neighbor in the room, heat, draft of air); 2. experiencing intense emotions and feelings (fear/apprehension; state of abandonment; uncertainty about what will happen; inability to function) and 3. underlying condition (associated diseases and presence of pain).

**Conclusions:** Results suggest that nurses do not have sufficient knowledge about sleep and interventions to support its quality. Their current interventions are based more on personal experience and subjective deliberation than evidence. Several factors interact with each other to influence sleep and how it is experienced – our pilot study shows that psychological factors play an important role in sleep disorders and may outweigh environmental factors.

***Supported by Ministry of Health of the Czech Republic, grant nr. NU22-09-00457. All rights reserved.***

**Keywords:** Hospitalized Patients; Sleep Need; Sleep Interventions; Experience of Nurses and Patients

**Korespondenční adresa:**

prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.  
Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta  
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence  
Syllabova 19  
703 00 Ostrava-Zábřeh  
darja.jarosova@osu.cz



## **NEREALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ**

Klokočková Š., Tomová Š.

1 - Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

2 - Fakultní Thomayerova nemocnice, Chirurgická klinika 1. LF UK a FTN

### **ABSTRAKT:**

Příspěvek se zaměřuje na vybrané situace v ošetřovatelské péči, které mohou být rozdílné při nástupu absolventa do zdravotnické praxe po jeho úspěšném zakončení profesionální přípravy a realitou praxe v průběhu let. Energie, chuť pomáhat, aktivita, nápaditost, radost z pomoci jsou aspekty, které ovlivňují již samotnou volbu povolání sestry. S těmito předpoklady a vlastnostmi většina z nás nastupuje do vlastní praxe. S přibývajícemi zkušenostmi a léty praxe se každý z nás profiluje a motivace pomáhat nabývá jiného významu. Jelikož ošetřovatelská práce je především o kontaktu sestry s pacientem, je naše ošetřovatelská péče ovlivněna do značné míry jedním z nejdůležitějších faktorů, a to zpětnou vazbou pacienta, jeho chováním, jednáním v době nemoci. Motivace k výkonu zdravotnické profese může být různorodá. Každý člověk, který si ji zvolil, vstupuje do zdravotnictví ze specifických osobních důvodů, s nějakými konkrétními očekáváními, která bývají obvykle naplněna. V horším případě naplněna nejsou a jsou pak zdrojem nespokojenosti, nenaplněnosti, ale i mnoha horších emocí, například úzkosti, vzteku, deprese, které v této náročné profesi mohou vést k úplnému vyčerpání až syndromu vyhoření.

**Klíčová slova:** Espero; Komunikační strategie; Motivace; Očekávání; Stres

### **Korespondenční adresa:**

Mgr. Šárka Klokočková

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

sarka.klocockova@lfmotol.cuni.cz

## PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ SESTER NA DĚTSKÝCH A DOSPĚLÝCH INTERNÍCH ODDĚLENÍCH BĚHEM PANDEMIE COVID-19

Bartoníčková D. (1,2), Kalánková D. (2), Bečvářová R. (1), Gurková E. (3), Mazalová L. (1)

1 - Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

2 - Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovatelstva

3 - Fakulta zdravotnických odborov Prešovská univerzita v Prešove, K

### ABSTRAKT:

**Úvod:** Hodnocení pracovního prostředí sester je důležitým ukazatelem pro poskytování bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče. Příznivé pracovní prostředí má pozitivní vliv na výsledky pacientů, ale i sester. Během pandemie COVID-19 však mohlo být významně narušené, a to zejména vlivem reorganizace personálního obsazení. **Cíle:** Cílem příspěvku bylo zjistit, jak hodnotí pracovní prostředí ošetrovatelské péče sestry na dospělých a dětských interních pracovištích, a zda jsou v jejich hodnocení patrné rozdíly. **Metody:** Sběr údajů byl realizovaný prostřednictvím nástroje The Practise Environment Scale of Nursing Work Index (PES-NWI) od ledna do března 2021. Cílovou skupinu respondentů tvořily sestry pracující na dětských a dospělých lůžkových pracovištích interního typu v České republice (n = 258). Data byla analyzována prostřednictvím deskriptivní a induktivní statistiky ve statistickém programu SPSS 25.0. **Výsledky:** Průměrné kompozitní skóre nástroje PES-NWI bylo na dětských interních pracovištích 2,93 ( $\pm 0,44$ ), na dospělých pak 2,41 ( $\pm 0,47$ ). Signifikantní rozdíly mezi pracovišti byly identifikovány ve všech subškálách pracovního prostředí, tak v celkových průměrných skóre ( $p = 0,00$ ). Na dospělých interních pracovištích byla nejhůře hodnocenou subškálou 'Personál a adekvátnost zdrojů' 2,04 ( $\pm 0,63$ ), na dětských pak 'Účast sestry na nemocničních záležitostech' 2,73 ( $\pm 0,53$ ). **Závěry:** Personální nedostatek sester při péči o dospělé pacienty s COVID-19 se významně promítl do hodnocení pracovního prostředí sester na dospělých interních pracovištích. Situace byla po celém světě obdobná, nicméně kvalitní a bezpečná péče mohla být ovlivněna. Předvídání potřeb sester prostřednictvím vnímání pracovního prostředí může být pro management zdravotnických pracovišť velmi užitečné. Výsledky mohou přispět k tvorbě úspěšných intervencí pro zlepšení pracovního prostředí sester v České republice.

*Část studie týkající se dětských pracovišť byla podpořena IGA Chybějící ošetrovatelská péče a charakteristika pracovního prostředí sester v pediatrii (IGA\_FZV\_2021\_013).*

**Klíčová slova:** pracovní prostředí, ošetrovatelská péče, sestra, nemocnice, COVID-19

### Korespondenční adresa:

Mgr. Daniela Bartoníčková

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Hněvotínská 976/3

775 15 Olomouc

bartonickovadaniela@gmail.com

## **SIMULAČNÍ MEDICÍNA JAKO PRAKTICKÉ VZDĚLÁVÁNÍ PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY**

Vosátková E., Truhlářová S., Strymplová M., Corea S.

Fakultní nemocnice v Motole, Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

### **ABSTRAKT:**

Práce ve zdravotnictví vyžaduje rozsáhlé vzdělání a hodiny rigorózního školení, sestry musí být připraveny zvládnout jakoukoli situaci s jistotou a znalostmi tak, aby jejich pacienti byli v bezpečí. Nicméně získání praktických zkušeností a motivace sester představuje velkou výzvu. Simulace zdravotní péče je moderní způsob, jak vzdělávat a školit ošetrovatelské profesionály, aniž byste riskovali bezpečí pacienta. Simulační trénink se může zdát jako luxus, ale pravdou je, že je to nutnost. Ošetrovatelský simulační výcvik je zvláště užitečný v situacích, které vyžadují rychlou týmovou reakci zahrnující tzv. „měkké dovednosti“, jako je komunikace a týmové interakce. Simulace poskytuje bezpečné vzdělávací prostředí, kde kultura, týmová práce, vzácné klinické stavy, nouzové situace u lůžka a mnoho aspektů moderní zdravotní péče lze zažít v realistickém prostředí. To vše umožňuje zdravotnickým pracovníkům zlepšit své dovednosti v péči o pacienty a získat jistotu praktických dovedností.

**Klíčová slova:** Dovednosti; Sestra; Simulace ; Simulační ; Trénink; Výcvik; Vzdělání ; Zdravotní;

## **MEDICAL SIMULATION AS PRACTICAL EDUCATION FOR NURSES**

### **ABSTRACT:**

Working in healthcare requires extensive education and hours of rigorous training, nurses must be prepared to handle any situation with confidence and knowledge so that their patients are safe. However, getting hands-on experience presents a lot of a challenge. Healthcare simulation, is the modern day way to educate and train nursing professionals without risking patient safe. Simulation training may seem like a luxury, but the truth is that it is a necessity. Nursing simulation training is particularly useful in situations that require a rapid team response involving the so called “soft skills” such as communication and team interactions. Simulation provides a safe learning environment where safety, culture, teamwork, rare clinical conditions, bedside emergencies and many aspects of modern healthcare can be experienced in a realistic environment. All this allows healthcare workers to improve their patient care skills and become confident with practical skills.

**Keywords:** Education; Healthcare; Learning; Nurses; Practical; Simulation; Skills ;Teamwork; Training

### **Korespondenční adresa:**

Bc. Susan Corea Gamboa

Fakultní nemocnice v Motole

Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84/1

150 06 Praha 5 - Motol

susan.gamboa@fnmotol.cz

## POSÚDENIE KVALITY ŽIVOTA ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

Botíková A., Uríčková A., Lajdová A., Tobisová M.

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

### ABSTRAKT:

**Úvod:** Vnímanie kvality života nie je proces bez hlbšej štruktúry. Je to naopak vysoko organizovaná činnosť na zachytenie subjektívneho pohľadu na svoj život a zmeny v súvislosti s onkologickým ochorením. **Cieľ:** Hlavným cieľom je poukázať na subjektívne vnímanie a hodnotenie kvality života onkologických pacientov v rôznych dimenziách. **Metodika:** Prieskum sme realizovali prostredníctvom štandardizovaného dotazníka WHO (WHOQOL-BREF) vo vybraných nemocniciach na Slovensku so súhlasom etických komisií. Dotazník bol anonymný a zameraný na štyri dimenzie - fyzickú a psychickú stránku, sociálne vzťahy a prostredie. Zber údajov prebiehal v mesiacoch november 2021 – február 2022. Vzhľadom k tomu, že v uvedenom období boli obmedzené podmienky v zdravotníckych zariadeniach z dôvodu pandémie Covid-19, podarilo sa nám získať pre spoluprácu 69 (100%) respondentov. Výber vzorky bol zámerný – pacient s onkologickou diagnózou, osoba orientovaná v čase, osobe a priestore. Získané údaje sme vyhodnotili v programe Excel. **Výsledky:** Pri analýze a vyhodnocovaní nášho prieskumu sme zistili, že respondenti hodnotia kvalitu svojho života na priemernej úrovni. Pozitívnym výsledkom je, že najkladnejšie hodnotia oblasť prostredia vo svojom živote, naopak negatívnym výsledkom je zistenie hodnotenia spokojnosti so svojim zdravím, ktoré obsahuje najnižšie skóre spolu s oblasťou fyzického zdravia. **Záver:** Každý onkologický pacient je holistická bytosť s jeho bio- psycho-sociálno-duchovnou štruktúrou. Je dôležité pomôcť každému chorému človeku čo najvyššej možnej miere a aktívne sa podieľať na pozitívnom ovplyvnení kvality života.

*Príspevok bol podporený projektom KEGA 010TTU-4/2021 Využitie multimedialnych nástrojov pri tvorbe učebného materiálu etiky v ošetrovateľstve s cieľom rozvoja hodnotovej orientácie budúcich sestier vo vzťahu k profesii.*

**Kľúčová slova:** Onkologický pacient; Kvalita života; Dotazník WHOQOL- BREF; Prieskum.

## ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF ONCOLOGICAL PATIENTS

### ABSTRACT:

**Introduction:** The perception of the quality of life is not a process without a deeper structure. On the contrary, it is a highly organized activity to capture a subjective view of one's life and changes in connection with an oncological disease. **Objective:** The main objective is to point out the subjective perception and evaluation of the quality of life of oncology patients in different dimensions. **Methodology:** We carried out the survey using a standardized WHO questionnaire (WHOQOL-BREF) in selected hospitals in Slovakia with the approval of ethical commissions. The questionnaire was anonymous and focused on four dimensions - physical and psychological aspects, social relations and environment. Data collection took place in the months of November 2021 - February 2022. Due to the fact that the conditions in medical facilities were limited during the mentioned period due to the Covid-19 pandemic, we managed to get 69 (100%) respondents for cooperation. The selection of the sample was deliberate - a patient with an oncological diagnosis, a person oriented in time, person and space. We evaluated the obtained data in the Excel program. **Results:** When analyzing and evaluating our survey, we found that the respondents rate their quality of life at an average level. A positive result is that they evaluate the environment in their life most positively, on the other hand, a negative result is the finding of an assessment of satisfaction with their health, which contains the lowest score together with the area of physical health. **Conclusion:** Every cancer patient is a holistic being with his bio-psycho-

social-spiritual structure. It is important to help every sick person as much as possible and actively participate in positively influencing the quality of life.

***The contribution was supported by the project KEGA 010TTU-4/2021 The use of multimedia tools in the creation of teaching material on ethics in nursing with the aim of developing the value orientation of future nurses in relation to the profession.***

**Keywords:** Oncological patient; Quality of Life; WHOQOL-BREF questionnaire; Research.

**Korespondenční adresa:**

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD., MPH  
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Katedra ošetrovateľstva  
Univerzitné nám. 1  
917 01 Trnava  
andrea.botikova@truni.sk

## ZAISTENIE BEZPEČNOSTI NA PRACOVISKÁCH PSYCHIATRIE V KONTEXTE PRÍPRAVY SESTIER

Dubovcová, M. (1,2)

1 - VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava, Nové Zámky

2 - Univerzita Komenského, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Psychiatrická klinika

### ABSTRAKT:

Safewards model ponúka inšpiratívny pohľad na vytváranie pozitívnej a najmä bezpečnej atmosféry na psychiatrických pracoviskách. Výskumný tím pod vedením prof. Lena Bowersa, ktorý túto metódu vyvinul a implementoval na akútnych psychiatrických oddeleniach, deklaruje jeho jedinečnosť v kontexte prevencie konfliktov a redukcie používania obmedzovacích prostriedkov. Autori tejto metodiky popisujú základné zdroje konfliktov, ich spúšťače a možné reakcie personálu. Rozsiahle výskumy poukazujú na význam využívania intervencií, ktorých cieľom je minimalizovať výskyt konfliktov, nežiaducich udalostí a používanie obmedzovacích postupov. Skúsenosti s používaním tejto metodiky modelu Safewards majú mnohé európske krajiny, ako Veľká Británia, Poľsko, Nemecko, Švajčiarsko, Česká republika, Dánsko, Holandsko i v kontexte vzdelávania sestier v špecializačnej príprave.

**Kľúčová slova:** Bezpečnosť; Psychiatria; Safewards; Sestry;

## ENSURING SAFETY IN PSYCHIATRY WORKPLACES IN THE CONTEXT OF EDUCATION OF NURSES

### ABSTRACT:

The Safewards model offers an inspiring perspective on creating a positive and especially a safe atmosphere in psychiatric institutions. Research team under led by prof. Len Bowers, who developed and implemented this methodology at acute psychiatric wards, declares its uniqueness in the context preventing conflicts and reducing the use of restraints. The authors of this methodologies describe the basic sources of conflicts, their triggers and possible responses personnel. Extensive research points to the importance of using interventions that the aim is to minimize conflicts, adverse events and usage restriction procedures. Experience using this model Safewards methodology have many European countries, such as Great Britain, Poland, Germany, Switzerland, Czech Republic, Denmark, Netherlands in the education of nurses in postgraduate level.

**Keywords:** Safety; Psychiatry; Safewards; Nurses;

### Korespondenční adresa:

doc. Mgr. Martina Dubovcová, PhD., MPH

Univerzitná nemocnica Martin, Psychiatrická klinika

Kollárova 2

036 59 Martin

## PREVENCE ÚRAZŮ A NÁSILÍ V EVROPSKÉM REGIONU WHO – PREVENTIVNÍ ČINNOST CENTRA ÚRAZOVÉ PREVENCE 2. LF UK A FN MOTOL

Švancarová A. (1,2)

1 - Fakultní nemocnice v Motole, Centrum úrazové prevence 2. LF UK a FN Motol

2 - Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LF UK

### ABSTRAKT:

Příspěvek si klade za cíl přiblížit aktuální problematiku v oblasti prevence úrazů a násilí v rámci WHO regionu – Evropa, kde úrazy a násilí zůstávají hlavní příčinou úmrtí mladých lidí ve věku 5-29 let. Mortalita je zapříčiněna zejména sebepoškozováním, pády a dopravními úrazy. Zvyšování zdravotní gramotnosti v dané oblasti představuje klíčový preventivní nástroj, jehož implementace do praxe bez zapojení pomáhajících profesí nemůže dosáhnout žádoucího efektu. Odborné intervence se musí opírat o validní data, národní i mezinárodní strategie a vše musí být aplikováno s ohledem na místní kulturní a sociální zvyklosti. CÚP je kontaktním pracovištěm WHO pro ČR pro oblast prevence úrazů a násilí a příspěvek by měl představit aktivity v dané oblasti na našem území.

**Klíčová slova:** Násilí; Prevence; Úraz; WHO; Zdravotní gramotnost

PREVENTION OF INJURIES AND VIOLENCE IN THE EUROPEAN WHO REGION – PREVENTIVE ACTIVITY OF THE CENTER FOR INJURIES PREVENTION OF CHARLES UNIVERSITY 2ND FACULTY OF MEDICINE AND MOTOL UNIVERSITY HOSPITAL

### ABSTRACT:

Violence and unintentional injuries cause a significant amount of deaths, human suffering and disability in the WHO European Region every year. Although deaths have fallen over the last decade, injuries and violence are still leading causes of inequality and social injustice in Europe. Injury and violence remain the leading causes of death in young people aged 5-29 years in the WHO Region – Europe. The three most prevalent causes of violence and injury-related mortality were self-directed injuries, falls and road-traffic injuries.

The improvement of patients' health literacy is crucial. Higher literacy means better health outcomes, both in an individual point of view and for the general population, in everyone levels of preventive approach. Thus, literacy is a relevant determinant of individual health and a public health priority.

The Center is the WHO contact point for the WHO Region – Europe in the area of injury and violence prevention, and the presentation should present activities in the Czech Republic.

**Keywords:** Health literacy; Injury; Prevention; Violence; WHO

### Korespondenční adresa:

PhDr. Alena Švancarová

Fakultní nemocnice v Motole

Centrum úrazové prevence 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84/1

150 06 Praha 5 – Motol

alena.svancarova@fnmotol.cz

## MENTORSTVÍ A ROLE MENTORKY Z POHLEDU BÝVALÉ ABSOLVENTKY

Průšová K., Hromádková J., Nikodemová H.

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

### ABSTRAKT:

Příspěvek se zabývá problematikou mentorství a rolí mentora klinické praxe ve FN Motol, která se s požadavky na zkvalitnění pregraduálního vzdělávání zdravotních sester stává stále významnější. Praktická výuka je nepostradatelnou součástí studia při vzdělávání sester a její průběh výrazně ovlivňuje budoucí profesní osud studentů. Tato část studia by měla být pro studenty příjemná, motivující a především užitečná. Velký vliv na průběh praktické výuky mají především mentoři, kteří studenty praktickou výukou provází a stávají se součástí vzdělávacího systému na vysokých a vyšších odborných školách. Pokud mentorství probíhá správně, pak prospívá mentorovi, studentovi i organizaci. Pozici mentora zastávají na řadě pracovišť staniční nebo vrchní sestry. 2.LF UK v roce 2009 zavedla certifikovaný kurz v oboru Mentor klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence. Od toho roku kurzem prošlo pouze 152 absolventů, sester z různých nemocnic ČR. Výsledkem obsahové analýzy evaluací a autoevaluací studentů je shrnutí pozitiv a negativ odborné praxe očima studentů. Studenti bakalářských studijních programů 2.LF UK vnímají tyto pozitiva praktické výuky: klinická praxe ve FN Motol a spojení nemocnice s fakultou; množství pracovišť a výkonů, se kterými se studenti mohou seznámit; ochota a profesionální přístup některých mentorů; vhodná komunikace a spolupráce se studenty na některých pracovištích; přijetí do pracovního týmu a spolupráce se všemi členy týmu na některých pracovištích. Negativně studenti vnímají: neochotu a neprofesionální přístup některých mentorů; nevhodnou komunikaci a nespolečnou práci se studenty na některých pracovištích; přidělování práce pro sanitáře studentům na některých pracovištích (dezinfekce povrchů, rozvážení pacientů po vyšetřeních); nemožnost časového přizpůsobení praktické výuky svým možnostem a v neposlední řadě společnou výuku již vystudovaných zdravotníků a nezdravotníků.

**Klíčová slova:** Mentor; Mentorství; Praktická výuka

### Korespondenční adresa:

Mgr. Kateřina Průšová

Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství 2. LF UK a FN Motol

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

katerina.prusova@lfmotol.cuni.cz



## MOŽNOST ZASTUPOVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NEJEN PRO PEČUJÍCÍ OSOBY V OBLASTI SOCIÁLNĚ - PRÁVNÍ/ZAJIŠTĚNÍ PÉČE

Mach P.  
A DOMA z.s.

### ABSTRAKT:

Příspěvek se bude zaměřovat na možnosti zastoupení osob se zdravotním postižením (v rámci nejen duševního onemocnění, ale i osoby, kterým zdravotní stav brání realizovat svá práva a spravovat svůj majetek). Zaměřen bude nejen na:

- potřeby v rámci správy finančních prostředků (především důchodů a jejich doručení – např. v případě hospitalizace, propuštění ze zdravotnického zařízení či zjištění dalších forem poskytování zdravotních služeb – terénní či ambulantní péče),
- ale i na další potřeby zastoupení a řešení situace dané osoby (např. žádosti o dávkové systémy, zastoupení v rámci potřeby zajištění služby a to ať terénní či pobytové sociální služby – zastoupení obecním úřadem obce s rozšířenou působností/městskou částí) vč. možnosti pomoci dalších institucí.

### Korespondenční adresa:

Mgr. Petr Mach  
A DOMA z. s.  
Na Strži 1683/40  
140 00 Praha 4  
petr.mach@a-doma.cz

## VYUŽITÍ HODNOTÍCÍCH TESTŮ U SENIORŮ

Michálková H. (1,2), Topinková E. (1,2), Vágnerová T. (1), Šedová L. (2)

1-Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN

2-Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetřovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

### ABSTRAKT:

**Současný stav:** Geriatrická křehkost je velký problém geriatrického ošetřovatelství a hodnocení v této oblasti by mělo patřit mezi základ komplexní ošetřovatelské péče. **Cíle:** Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat využití vybraných hodnotících nástrojů v geriatrickém ošetřovatelství. Nalezení vhodného měřicího nástroje k zhodnocení geriatrického pacienta. **Metodika:** Cíle byly naplněny kvantitativním výzkumným šetřením. U seniorů nad 70let bylo provedeno komplexní ošetřovatelské vyšetření pomocí vybraných nástrojů. Pro sběr dat bylo využito: Kritéria křehkosti podle Friedové, Barthelové test aktivit denního života, WHODAS, MMSE, EUROQol – 5D. **Výsledky:** Testování dle Friedové vykazuje vysokou senzitivitu k testování seniorů. Hodnocení samostatnost seniorů koreluje s výsledky hodnocení křehkosti podle Friedové. **Využití v praxi:** Nalezení vhodného testování je zásadní pro validní hodnocení seniora a následnému stanovení přesné ošetřovatelské diagnózy a ošetřovatelských intervencí.

### Korespondenční adresa:

Mgr. Helena Michálková, Ph.D.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta

Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN

Helena.Michalkova@lf1.cuni.cz