



**FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE**  
a  
**ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ**  
**UK 2. LF A FN MOTOL**



## **CESTA K MODERNÍMU OŠETŘOVATELSTVÍ XI.**

*(recenzovaný sborník příspěvků z konference)*

**Daniel Jirkovský (Ed.)**

**Fakultní nemocnice v Motole**  
**17.09. a 18.09. 2009**

**Recenzovali:**

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.

Doc. MUDr. Dr. med. Aleš Hahn, CSc.

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

PhDr. Zdeňka Římovská

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.

**Vydala:**

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84

150 06 Praha 5 – Motol

jako svou 3. publikaci.

Editor: PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Počet stran: 205

Vydání: první, Praha, 2009

Náklad: výtisků

Grafická úprava a tisk: VIVAS prepress a.s., Sazečská 8, 108 25 Praha 10

Neprodejně.

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

Za obsah příspěvků odpovídají jejich autoři.

Copyright © Fakultní nemocnice v Motole

Copyright © Autoři jednotlivých příspěvků

**ISBN 978-80-87347-02-7**

**OBSAH:**

NOVÁKOVÁ Jana <b>Úvodní slovo</b>	6
POVOLNÁ Pavla <b>Rezidenční místa 2009</b>	7
JIRKOVSKÝ Daniel, NOVÁKOVÁ Jana <b>K praktické realizaci dotačního programu MZ ČR "Rezidenční místa 2009" ve FN Motol</b>	10
ARCHALOUSOVÁ Alexandra <b>Mentor / školitel klinické a komunitní praxe</b>	14
JIRKOVSKÝ Daniel, ŠVARCOVÁ Eva, NOVÁKOVÁ Jana <b>Certifikovaný kurz pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání ve FN Motol</b>	19
GUTOVÁ Lenka <b>Vzdělávání na základě potřeb praxe v ÚVN Praha</b>	24
MARGARITOVÁ Martina <b>Výuka psychologie na SZŠ – prezentace projektu „Autorita a já“ – práce žáků CSZŠ J. Pavla II.</b>	31
HLAVÁČOVÁ Marie <b>Studenti a bodyterapie</b>	33
JIRKOVSKÝ Daniel, PÍRKOVÁ Vendula, ARCHALOUSOVÁ Alexandra, MASTILIAKOVÁ Dagmar, NOVÁKOVÁ Jana <b>Trainee program pro zdravotnické asistenty - společný projekt FN Motol a Slezské univerzity v Opavě</b>	37
KOHOUTOVÁ Ivanka, MAURITZOVÁ Ilona <b>Moderní vzdělávání pracovníků v sociálních službách</b>	40
MARKOVÁ Eva <b>Vedoucí sestra v proměnách doby</b>	45
JIRKOVSKÝ Daniel <b>Psychická pracovní zátěž u vybraných skupin všeobecných sester</b>	52
HEŘMANOVÁ Jana, SVOBODOVÁ Hana, ZVONÍČKOVÁ Marie <b>Morální distres</b>	57
ŠVARCOVÁ Eva <b>Psychosociální stres zdravotních sester</b>	62
HALUZÍKOVÁ Jana, ŘÍMOVSKÁ Zdeňka <b>Stres a jak ho zvládat ve zdravotnictví</b>	68
NERUDOVÁ Irena <b>Cesta k ošetřovatelství – péče o člověka</b>	73
VOJTĚCHOVÁ Yveta <b>Postavení sester v lůžkových zdravotnických zařízeních</b>	78
DORKOVÁ Zlatica, KRÁTKÁ Anna, CICHÁ Martina <b>Edukace rodin pečujících o staré, chronicky nemocné a umírající</b>	81
ŠVARCOVÁ Eva <b>Sociální opora dětí vietnamské a ukrajinské minority v ČR</b>	86
FERTALOVÁ Terézia, ONDŘIOVÁ Iveta, DERŇÁROVÁ Lubica <b>Následná starostlivost při pozitivním skriningovém vyšetření sluchu u novorozenců</b>	92

ONDŘIOVÁ Iveta, FERTALOVÁ Terézia, DERŇÁROVÁ Lubica <b>Potreby sluchovo postižených dětí a ich rodin</b>	97
JAKUBÍKOVÁ Marta, FERTALOVÁ Terézia <b>Interakcia a komunikácia sestry s hluchoslepým detským pacientom</b>	106
SUJOVÁ Adriana, BOHUŠOVÁ Ivana <b>Sestra v rámci multidisciplinárneho tímu při starostlivosti o pacienta po poranení mozgu (postakútne štádium)</b>	111
KROUPOVÁ Lenka <b>Komunikace s klientem v terminálním stádiu nemoci</b>	116
JANEČKOVÁ Zuzana, NOVÁKOVÁ Jaroslava <b>Teorie a praxe edukační činnosti sestry</b>	119
ŠRAJEROVÁ Ladislava <b>Etické principy předcházení konfliktů – konflikt a ošetřovatelská profese</b>	124
ONDŘIOVÁ Iveta, FERTALOVÁ Terézia, MAGUROVÁ Dagmar, MROZKOVÁ Slávka <b>Ochrana a podpora dojčenia – trend 21.storočia</b>	130
KRÁLOVÁ Irena, SUCHOPÁROVÁ Hana <b>Edukace pacientů na lůžkovém oddělení léčených I<sup>31</sup></b>	139
BŮZIKOVÁ Mária, MALÝ Myrón <b>Edukácia v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s poraním miechy - čistá intermitentná katetrizácia</b>	142
CIMLOVÁ Jindřiška <b>Ošetrovateľská péče o pacienta s kolorektálním karcinomem a způsoby léčby</b>	148
HORNOFOVÁ Zdeňka <b>Syndrom diabetické nohy</b>	152
ŠRAJEROVÁ Ladislava <b>Zevní kardiostimulace ve spolupráci s RTG pracovištěm</b>	156
VONDRUŠKOVÁ Jitka <b>Sebepoškozování jako současný módní trend</b>	161
KLOUČEK Tomáš <b>Sebepoškozování jako současný módní trend – kasuistika</b>	167
AUSTOVÁ Kateřina <b>Týmová ošetrovateľská péče o pacienta s cystickou fibrózou</b>	170
MÍKOVÁ Kateřina, JIRKŮ Hana <b>Spolupráce multidisciplinárneho tímu na Spinální jednotce Kliniky rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol</b>	173
PERTLOVÁ Andrea, KESLOVÁ Petra, NAGYOVÁ Blanka, SEDLÁČEK Petr <b>Může se dítě po transplantaci kmenových buněk krvetvorby stát v budoucnu biologickým rodičem?</b>	175
ŠUBRTOVÁ Gabriela <b>Psoriatická artritida</b>	183
SLÁMOVÁ Hana <b>Kvalita života nemocných s chronickým obstrukčním plicním onemocněním</b>	190
KLESLOVÁ Jitka <b>Ošetrovateľská kasuistika u pacientky onkologicky nemocné léčené chemoterapií</b>	196
VAŇKOVÁ Petra, KONDELÍKOVÁ Renáta <b>Ošetrovateľská péče o děti s krční esofagostomií</b>	198

ENDLICHEROVÁ Jana, HANUŠOVÁ René  
**Edukace v práci porodní asistentky**

200

*Vážené kolegyně, vážení kolegové,*

*dostáváte do rukou recenzovaný sborník příspěvků z konference „Cesta k modernímu ošetrovatelství“, konané ve Fakultní nemocnici v Motole ve dnech 17.9. - 18.9. 2009. Letošní ročník konference byl již v pořadí jedenáctý a jako již tradičně se taské letos těšil velkému zájmu všeobecných sester, porodních asistentek a dalších nelékařských profesí z České republiky i ze zahraničí.*

*Záměrem pořádání konference bylo soustředit odborníky z ošetrovatelské teorie a praxe a vytvořit jim podmínky pro předání nových poznatků, výměnu zkušeností a vzájemnou diskusi v oblasti ošetrovatelství. Na konferenci zazněly příspěvky v několika blocích zaměřené na profesi sestry, vzdělávání, edukaci a komunikaci v ošetrovatelské praxi, multidisciplinární péči a příklady dobré praxe. Bylo by potěšující, pokud by prezentované příspěvky byly přínosné a inspirativní pro každodenní ošetrovatelskou praxi.*

*Na cestě k modernímu ošetrovatelství jsme už udělali společně mnoho kroků, ale mnoho jich máme ještě před sebou. Cesta je nekonečná...*

*Všem aktivním účastníkům za přednesené příspěvky, pasivním účastníkům za vytvoření příjemného prostředí a organizátorům za přípravu a realizaci konference, patří velký dík.*

*Praha, 18.9. 2009*

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

## **DOTAČNÍ PROGRAM MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ REZIDENČNÍ MÍSTA**

**Pavla Povolná**  
Ministerstvo zdravotnictví ČR

### **Souhrn:**

*Príspevek stručně shrnuje základní charakteristiky nově vzniklého dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR „Rezidenční místa 2009“, který je zaměřen na podporu specializačního vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků.*

### **Klíčová slova:**

*Rezidenční místo; Dotace; Specializační vzdělávání*

### **Úvod:**

Termínem „rezidenční místa“ obohatila náš slovník novela zák. č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zák. č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění zák. č. 189/2008 Sb. Jde o možnost spolufinancování specializačního vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků prostřednictvím dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR.

### **Čerpání dotace:**

Finanční prostředky ve výši půl miliardy korun byly k realizaci dotačního programu „Rezidenční místa“ uvolněny ze státního rozpočtu a budou poskytovány na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním účastníků tohoto vzdělávání, kteří se stanou rezidenty. Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta po dobu trvání specializačního vzdělávání v délce stanovené vzdělávacím programem vždy pro konkrétní obor. Uvolnění financí z rozpočtové kapitoly Ministerstva zdravotnictví ČR do zdravotnického zařízení s rezidenčním místem v daném oboru specializačního vzdělávání musí předcházet proces vyhotovení a zaslání žádosti o přidělení dotace. Konstrukce žádosti se řídí Metodikou pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo. Tuto metodiku, stejně tak jako počet rezidenčních míst

v jednotlivých oborech specializačního vzdělávání a výši dotace vydává a zveřejňuje ministerstvo každoročně do 31.12.

### **Oprávněný žadatel o dotaci na rezidenční místo:**

Žadatelem o dotaci na rezidenční místo pro nelékařská zdravotnická povolání se může stát zdravotnické zařízení, které má akreditaci k uskutečňování specializačního vzdělávání, ale i zařízení, které akreditováno není, které je však schopno svým případným rezidentům zajistit specializační vzdělávání v akreditovaných zařízeních podle daného vzdělávacího programu v konkrétním oboru specializačního vzdělávání.

### **Posuzování žádostí o poskytnutí dotace:**

Žádosti, které byly podány na ministerstvo v řádném termínu (do 16.3.), prochází dále procesem hodnocení, a to jak po stránce formální, tak z hlediska údajů o odborném zajištění specializačního vzdělávání budoucího rezidenta. Žádosti, které nesplnily podmínku splnění formálních náležitostí v souladu s metodikou, uveřejní ministerstvo nejpozději do 30 dnů ode dne uplynutí termínu pro podání žádostí (tzn. 17.4.). Rozhodnutí o poskytnutí dotace vybraným uchazečům (zdravotnickým zařízením) vydá a zveřejní ministerstvo nejpozději do 30.6. příslušného roku.

### **Postup po vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace:**

Po obdržení kladného rozhodnutí o poskytnutí dotace vyhlásí zdravotnické zařízení s rezidenčním místem v zákonném termínu (do 14 dnů ode dne zveřejnění rozhodnutí) výběrové řízení na schválené rezidenční místo. Vyhlášení výběrového řízení ohlásí zdravotnické zařízení ministerstvu, které toto oznámení uveřejní. Výběr účastníka specializačního vzdělávání na schválené rezidenční místo provede zdravotnické zařízení s rezidenčním místem pro nelékařská zdravotnická povolání nejpozději do 31.8. Zdravotnické zařízení s rezidenčním místem se při konání výběrového řízení řídí pravidly, která jsou stanovena vyhláškou č. 186/2009 Sb. o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta. Vybraný uchazeč specializačního vzdělávání se stává rezidentem okamžikem uzavření stabilizační dohody s ministerstvem. Podepsáním této dohody se rezident mimo jiné zavazuje vykonávat povolání zdravotnického pracovníka na území České republiky po dobu nejméně 5 let od data ukončení specializačního vzdělávání a to v oboru, ve kterém získal specializovanou způsobilost jako rezident.



**Závěr:**

Aktuální informace je vždy možno získat na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) – odborník/zdravotník – vzdělávání a uznávání kvalifikací – dotační řízení – rezidenční místa. Telefonický kontakt pro informace k rezidenčním místům pro nelékařská zdravotnická povolání: 224 972 160 Mgr. Pavla Povolná

**Související legislativa:**

- 1) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ve znění pozdějších předpisů,
- 2) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) ve znění pozdějších předpisů,
- 3) Zákon č. 218/200 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů,
- 4) Vyhláška č. 186/2009 Sb. o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta.

**Korespondence:**

Mgr. Pavla Povolná  
Odbor vzdělávání a vědy  
Ministerstvo zdravotnictví ČR  
Palackého nám. 4  
128 02 Praha 2  
Email: [pavla.povolna@mzcr.cz](mailto:pavla.povolna@mzcr.cz)

## **K PRAKTICKÉ REALIZACI DOTAČNÍHO PROGRAMU „REZIDENČNÍ MÍSTA 2009“ VE FN MOTOL**

**Daniel Jirkovský, Jana Nováková**  
Fakultní nemocnice v Motole

### **Souhrn:**

*Příspěvek přináší základní informace o praktické realizaci dotačního programu Ministerstva zdravotnictví ČR „Rezidenční místa 2009“ ve Fakultní nemocnici v Motole. Hlavní pozornost je věnována realizaci projektu č. 2: Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.*

### **Klíčová slova:**

*Dotační program; Ošetřovatelství; Rezidenční místa; Specializační vzdělávání.*

### **Úvod:**

Ministerstvo zdravotnictví ČR vypsalo v lednu 2009 dotační program „Rezidenční místa 2009“, jehož obecným cílem je finanční podpora specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků realizovaného podle příslušných ustanovení zák. č. 95/2004 Sb., resp. zák. č. 96/2004 Sb., v platném znění. Česká republika, prostřednictvím MZ ČR, tak převzala část nákladů souvisejících se specializačním vzděláváním zdravotnických pracovníků.

### **Situace ve FN Motol:**

Fakultní nemocnice v Motole se aktivně zapojila do dotačního programu Rezidenční místa 2009 tím, že ke dni 16.03. 2009 předložila na MZ ČR celkem 17 žádostí (jeden obor specializačního vzdělávání = jedna žádost) o poskytnutí dotace na 102 rezidenčních míst v celkové výši 22.995.867,- Kč. Z toho v projektu č. 2 „Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků“ předložila FN Motol celkem 6 žádostí o 80 rezidenčních míst s celkovou výší dotace 7.100.000,- Kč.

Po formální kontrole předložených žádostí o poskytnutí dotace všechny žádosti FN Motol postoupily do druhého kola a byly posouzeny jednotlivými akreditačními komisemi. Na základě posouzení žádostí akreditačními komisemi vydalo MZ ČR rozhodnutí o poskytnutí dotace. Úspěšnost žádostí předložených FN Motol, vztáženou k výši požadované dotace, dokumentuje následující přehled.

Projekt č. 1 – Specializační vzdělávání lékařů:	70,36%
Projekt č. 2 – Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků:	100%
Projekt č. 3 – Specializační vzdělávání lékařů:	100%

FN Motol požádala o dotaci v celkové výši 22.985.222,- Kč. Na základě této žádosti MZ ČR rozhodlo o poskytnutí dotace v maximální výši 18.391.067,- Kč. Při přepočtu na finanční prostředky FN Motol uspěla ze 79,97%.

Na základě rozhodnutí MZ ČR vypsal FN Motol v souladu s vyhl. č. 186/2009 Sb., o rezidenčních místech, výběrové řízení na obsazení rezidenčních míst. Ke dni uzávěrky pro zařazení příspěvků do sborníku jsou známy pouze výsledky výběrových řízení na rezidenční místa v projektu č. 2 – „Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků“, která budou podrobně popsána v další části textu.

### **Projekt č. 2: Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a FN Motol**

Na základě rozhodnutí MZ ČR obdržela FN Motol dotaci na 50 rezidenčních míst v oboru Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči, 25 míst v oboru Perioperační péče, 2 místa v oboru Hematologie a transfúzní služba, 1 místo v oboru Klinická biochemie, 1 místo v oboru Lékařská imunologie a 1 místo v oboru Histologie. Následně, 3. července 2009, vypsal FN Motol v souladu s vyhl. 186/2009 Sb., o rezidenčních místech, výběrové řízení na obsazení rezidenčních míst, přičemž stanovila tato kritéria pro hodnocení uchazečů/uchazeček:

- odbornou způsobilost;
- zdravotní způsobilost;
- bezúhonnost;
- motivaci uchazeče/ky pro zařazení ke specializačnímu vzdělávání v oboru a do dotačního programu;
- motivaci uchazeče/ky ke specializačnímu vzdělávání ve FN Motol;
- dosavadní odbornou praxi uchazeče/ky.

A zároveň stanovila následující způsob hodnocení předložených přihlášek, cit.: „Při nesplnění obecných požadavků na odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost

stanovených zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění, bude přihláška z výběrového řízení vyřazena. Ostatní kritéria budou hodnocena takto:

- motivace uchazeče/ky pro zařazení ke specializačnímu vzdělávání v oboru a do dotačního programu – váha kritéria 60%;
- motivace uchazeče/ky ke specializačnímu vzdělávání ve FN Motol – váha kritéria 20%;
- dosavadní odborná praxe uchazeče/ky – váha kritéria 20%“.

Do výběrového řízení se přihlásilo 77 uchazečů o rezidenční místo v oboru Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči, 19 uchazečů v oboru Perioperační péče, 2 uchazeči v oboru Hematologie a transfúzní služba a po jednom uchazeči v ostatních oborech.

Ze 77 uchazečů o rezidenční místo v oboru Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči bylo vyřazeno 7 žádostí pro nesplnění formálních požadavků (nebyl předložen doklad o odborné způsobilosti – požadavek vyplývající ze shora uvedené vyhlášky). Zbývající uchazeči byli seřazeni podle úspěšnosti ve výběrovém řízení a to od nejlepšího k nejhoršímu. Na 51. – 70. místě se zpravidla umístili uchazeči, kteří nevěnovali dostatečnou pozornost motivačnímu dopisu, přestože motivace uchazeče ke studiu, motivace k zařazení do dotačního programu a motivace ke studiu ve FN Motol měly největší váhy při hodnocení žádostí, které uspěly po formální stránce.

Vzhledem k tomu, že FN Motol má alespoň z části akreditované všechny obory specializačního vzdělávání, o které požádala, byli úspěšní žadatelé o rezidenční místa zařazení do nejbližších kurzů specializačního vzdělávání.

Od 14.09. 2009 začne studovat specializační vzdělávání v oboru Ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a v intenzivní péči 15 všeobecných sester. Ke stejnému datu zahájí specializační vzdělávání 9 sester v oboru Perioperační péče. K 1.10. 2009 zahájí studium 1 zdravotní laborantka v oboru Histologie. Zbývajících 73 nelékařských zdravotnických pracovníků studium zahájí do konce měsíce února 2010.

Z prezentovaných informací vyplývá, že se poskytnutím dotace na rezidenční místa výrazně urychlilo zařazování uchazečů do specializačního vzdělávání a hlavně zahájení jejich studia, na které se v řadě oborů čekalo i několik let.

#### **Závěr:**

I přes značnou administrativní zátěž související s dotačním programem na rezidenční místa, vnímáme tento program velice pozitivně a věříme, že jeho praktická realizace přispěje k odbornému růstu zaměstnanců FN Motol.

#### **Literatura:**

- 1) *Metodika pro žadatele o dotaci ze státního rozpočtu na Rezidenční místo pro rok 2009.* vyd. 1. Praha: Ministerstvo zdravotnictví – Sekce zdravotní péče, 24 s.
- 2) Zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění ke dni 01.09. 2009
- 3) Zák. č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění ke dni 01.09. 2009

#### **Korespondence:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Samostatné oddělení vzdělávání  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: daniel.jirkovsky@fnmotol.cz

## MENTOR/ŠKOLITEL KLINICKÉ A KOMUNITNÍ PRAXE

Alexandra Archalousová

Ústav ošetrovatelství Fakulty veřejných politik Slezské univerzity v Opavě

### **Souhrn:**

*Studijní programy pro vzdělávání sester a porodních asistentek spojují univerzitu/vysokou školu a zdravotnické zařízení. Poskytují péči a současně školí budoucí zdravotnické profesionály. Vytváří se vztah partnerství. Z toho důvodu je velmi důležité, aby byla stanovena kritéria pro přípravu těch, kteří budou nad studenty dohlížet při jejich odborné praxi a stanou se jejich průvodcem během studia. Existuje řada termínů pro označení sestry nebo porodní asistentky, jejíž místo je v praxi při vedení studentů – školitelka, průvodce odbornou praxí, instruktorka a další. Evropská strategie používá termín mentor. Mentor - průvodce praxí, který podporuje studenta ve snaze o realizaci jeho individuálního učebního procesu. Mentor je člověk, který poskytuje podporu, zpětnou vazbu a je studentovi přítelem.*

### **Klíčová slova:**

*Mentor; Školitel; Vzdělání; Studijní program; Zdravotnické zařízení; Všeobecná sestra; Porodní asistentka.*

### **Úvod:**

Pojem *mentor* odvozuje svůj původ z řeckého jazyka, od bájného učitele Telemacha, syna Odyssea. Znamená otcovského přítele a poradce, vychovatele, učitele - též mravokárce. Anastassiadou ve své publikaci uvádí, že v německy mluvících zemích se prosadilo označení vyplývající i ze zákonné úpravy - *Praxisbegleiter, Praxisanleiter* - jež významově přesněji vystihuje skutečný obsah své činnosti - doprovázet, zapracovávat. Obdobně je specifikován i jeho svěřenec - příjemce mentorského úsilí - *Auszubildender, Anzuleitender* (Anastassiadou, 2006). Česká legislativa neznala pojem *mentor*, v odborné praxi se používal výraz *odborná vyučující, odborná učitelka, instruktorka*.

### **Vlastní text:**

Požadavky na mentora/ku odborné praxe v ošetrovatelství či v porodní asistenci jsou zakotveny v návrhu národního kurikula pro vzdělávání sester i porodních asistentek. Vyžadují od mentora splnění způsobilosti k výkonu povolání podle platných právních předpisů: má

minimálně 2 roky praxe v oboru, je kvalifikovaným odborníkem ve svém oboru a má vhodnou přípravu pro roli vyučujícího.

Je stanovena doporučená náplň činnosti mentora/ky, která vychází ze Strategie WHO. Počet studentů na jednoho mentora/ku je stanoven podle typu pracoviště. Optimální je 1–3 dle provozu na pracovišti (např. lůžkové nebo ambulantní, primární) a 1–2 studentky na pracovišti, kde probíhá péče o ženu a dítě, JIP/ARO a operační sál).

Dále je stanovena doporučená náplň činnosti mentora/ky odborné praxe ve smyslu nadřízenosti, podřízenosti a jsou vymezeny pravomoce a odpovědnost.

*Nadřízenost, podřízenost:* Mentor/ka je v oblasti vedení odborné praxe metodicky řízen/a vedoucí/m fakulty (katedry, ústavu) ošetřovatelství na VŠ. Při vedení praxe je nadřízen/a přiděleným studentům/tkám.

*Charakteristika funkce:* Mentor/ka aktivně vede odbornou praxi v souladu s obsahovou náplní studijních předmětů. Předává poznatky a dovednosti v souladu s nejnovějšími poznatky z ošetřovatelství či z porodní asistence, a příslušného klinického oboru, v němž působí. Spolupracuje s pracovníky fakulty (katedry, ústavu) ošetřovatelství na organizaci odborné praxe a hodnocení studentů.

*Vymezení odpovědnosti:* Odpovídá za vedení výuky v souladu s akreditovaným studijním plánem. Výuka musí splňovat didaktické zásady, které jsou na ni kladeny. Mentor/ka odborné výuky přiděluje studujícím klienty/pacienty v souladu s jejich vědomostmi a dovednostmi a ověřuje si jejich znalosti, aby nedošlo k ohrožení zdravotního stavu klienta/pacienta. Vyučuje speciální ošetřovatelskou péči v oboru svého působení. Motivuje studující k co nejlepšímu výkonu na pracovišti.

Od mentor/ky se očekává, že se soustavně vzdělává v teoretických poznacích v ošetřovatelství, v příslušném klinickém oboru, andragogice, didaktice vzdělávání dospělých a účastní se připravovaných vzdělávacích seminářů, kurzů připravovaných vzdělávací institucí. Účastní se pravidelných metodických schůzek zaměřených na plánování odborné praxe a jejího hodnocení.

*Vymezení pravomoci:*

1. Přiděluje studujícím vhodné klientky /pacientky s ohledem na jejich vědomosti a dovednosti.
2. Rozděluje ve spolupráci s vedoucí porodní asistentkou/staniční sestrou studující do směn. Kontroluje a eviduje docházku studujících a zaznamenává splněné výkony, popřípadě počet hodin. Průběžně si ověřuje znalosti a dovednosti studujících. Hodnotí studentky/ty individuálně dle kritérií stanovených vzdělávací institucí; vždy sděluje pokroky studentky/studenta a případné konkrétní nedostatky při hodnocení. Účastní se závěrečného hodnocení odborné praxe studujících s pracovníky fakulty (katedry, ústavu) vysokých škol.
3. Provádí zápisy do Záznamníku praxe (logbooku) studenta/ky, ale neprovádí zápisy do indexu studenta/ky.
4. Nepovolí vykonávání odborné praxe u studujících nespĺňujících požadavky vymezené pracovně právními předpisy (vliv alkoholu a omamných látek, zřetelná únava a nedostatek spánku, zdravotní problém bránící vykonávat odbornou praxi).
5. Podle potřeby domlouvá se studujícím náhradu odborné praxe.

**Závěr:**

Na závěr uvedme diskutované okruhy problematiky mentorství: jako potřeba připravenosti na tuto roli, legislativní rámec, zájem o mentoring. Stanovená kritéria naší země byla upravována v souladu se Strategickými dokumenty. Na základě analýz těchto dokumentů lze uvést další diskutované okruhy problematiky mentorství a supervize. *Potřebné pedagogické kompetence sestra/porodní asistentka získá úspěšným absolvováním mentorského kurzu v rámci systému celoživotního vzdělávání. Je to nezbytné? Pokud ano, co je obsahem přípravy mentora?* Postupy se v některých evropských zemích liší. Směry, které preferují připravenost absolventa jak bakalářského a následně magisterského studijního programu k mentorství, bez absolvování speciální přípravy. Mentoring je součástí akreditovaného vzdělávacího programu. Absolventka může vést studentku, další příprava je možná ovšem není podmínkou. Naopak směry, které preferují absolvování speciální přípravy. Zastánců tohoto směru je více. I u nás je doporučeno absolvovat v současné době mentorský kurz v rámci celoživotního vzdělávání a to formou akreditovaného certifikovaného kurzu. Potřebnost specifické přípravy mentorů v oblasti aplikovaných pedagogických a pedagogicko – psychologických věd u nás potvrzuje řada šetření z posledních let. Mezi ně například patří i výsledky evaluace a autoevaluace



vybraných pedagogických a manažerských dovedností mentorek klinické praxe a školitelek pracovní adaptace absolventů škol (Jirkovský, 2009 a Jirkovský et al., 2009).

*Jaké předpoklady by měla splňovat osoba, aby se stala dobrým mentorem?* Mentorství a supervize, které hrají nezastupitelnou roli ve vzdělávání studentů s cílem získat odborné dovednosti, se začíná stávat předmětem výzkumu v porodní asistenci i ošetřovatelství. Výzkumem se zabývají jak pedagogové, tak sestry a porodní asistentky z klinické i komunitní praxe. Zajímavé jsou výsledky potvrzené výzkumem v rámci klinického dohledu, jež potvrzují, že ti, co učí nepraktikují. To je negativní jev, který má počátky v systému vzdělávání „odborných učitelů“, které působily a působí na školách bez odborné praxe v přímé ošetřovatelské péči o ženu. Jistě existuje několik možností řešení tohoto negativního jevu. Například zaměstnanec pracovní poměr ve zdravotnickém zařízení na část úvazku a část u vzdělávací instituce. Tento systém je zaveden například u lékařů. Stejně tak sestry/porodní asistentky z praxe musí integrovat nové poznatky teorie do praxe. Jde o vzájemné pochopení dvou světů - vzdělání a praxe. Výzkum Simočkové ukázal na nízkou pedagogickou připravenost porodních asistentek na mentoring z pohledu studentů (Simočková, 2008). Zamboriová ve svém průzkumu uvádí, že silným motivačním faktorem pro sestry/porodní asistentky k úloze mentora je získání nových informací využitelných v jejich každodenní praxi (Zamboriová, 2005). Kadučáková prezentuje první zkušenosti ze studijního programu mentorství, který se uskutečnil na jejich pracovišti (Kadučáková, 2007). Podle výzkumu ukončeného roku 2007 u porodních asistentek (Archalousová, 2007) ze 14 výukových pracovišť projevil zájem o vzdělání v mentorství a supervizi pouze 19% porodních asistentek. Jednou z uváděných příčin je i vysoká pracovní zátěž, nedostatek času. Možnost řešení je v nových formách studia, a to distančních E-learningových kurzů, s minimem kontaktních hodin (Mesárošová, 2007).

### **Literatura:**

- 1) ANASTASSIADOU, H. (2006). Mentorská činnost v klinické praxi. In.: *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství*. Sborník příspěvků I. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí. Slezská univerzita, Opava 2006, s. 5-9. ISBN 80-7248-388-9
- 2) JIRKOVSKÝ, D. (2009) Výsledky autoevaluace vybraných pedagogických a manažerských dovedností všeobecných sester - mentorek klinické praxe. In *Pracovní den Marty Staňkové – Inovace v pregraduálním a v postgraduálním vzdělávání sester – sborník příspěvků z konference konané dne 26.3. 2009 na UK 1. LF v Praze* (v tisku).

- 3) JIRKOVSKÝ, D., ŠVARCOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, J. Hodnocení školitelek pracovní adaptace absolventů škol v oboru všeobecná sestra In. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV. – sborník příspěvků ze IV. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané ve dnech 5. – 6. května 2009.* s. 66 – 72, 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009, ISBN 978-80-7248-521-5
- 4) KADUČÁKOVÁ, H.(2007). Mentor – profesionál klinickej výučby. In.: *Ošetrovatelstvo teória, výskum a vzdelávanie.* [CD-ROM]. Ed. J. Čáp, K. Žiaková, 1. vyd. Martin : UK Bratislava, JLF Martin, ÚO, 2007. 701 s. ISBN 978-80-88866-43-5, s. 209-213.
- 5) MESÁROŠOVÁ, J. (2007). Možnosti e-learningového vzdelávania sestier v klinickej praxi v oblasti potrieb a v ošetrovateľskom procese. In: *Dny Marty Staňkovej IV - vzdelávanie sestier a jeho proměny.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-476-8 s. 94-98.
- 6) SIMOČKOVÁ, V. (2008). Zkušenosti s výukou mentorek v klinické praxi. In.: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III. Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí.* Slezská univerzita, Opava 2008, s.0-53 .ISBN 978-80-7248-470-6
- 7) ZAMBORIOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V. (2005). Motivácia ako dôležitá súčasť vzdelávania v ošetrovatelstve. In.: *Sestra nositeľka zmien v ošetrovatelstve : Sborník 6. mezinárodnej konferencie.* Ed. J. Gombárová. Praha : VZŠ, Duškova 7. 2005. s. 108-109.
- 8) WHO (2000). World Health Organization, Regional office: *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (I).* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. ISBN 80-85047-20-9

#### **Korespondence:**

Doc. PhDr. Alexandra Archalousová, PhD.  
Ústav ošetrovatelství FVP SU v Opavě  
Hauerova 4  
746 01 Opava  
Email: alexandra.archalousova@fvp.slu.cz

## **CERTIFIKOVANÝ KURZ PRO PŘÍPRAVU MENTORŮ KLINICKÉ PRAXE A ŠKOLITELŮ SPECIALIZAČNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE FN MOTOL**

**Daniel Jirkovský<sup>1)</sup>, Eva Švarcová<sup>2)</sup>, Jana Nováková<sup>3)</sup>**

<sup>1)</sup> Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

<sup>2)</sup> Katedra pedagogiky a psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové

<sup>3)</sup> Fakultní nemocnice v Motole

### **Souhrn:**

*Příspěvek přináší základní informace o Certifikovaném kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání akreditovaného FN Motol v srpnu 2009. Popisuje teoretická a praktická východiska přípravy tohoto kurzu, jeho cíle a náplň.*

### **Klíčová slova:**

*Klinická praxe; Mentoring; Ošetřovatelství; Výchova; Vzdělávání.*

### **Úvod:**

V souvislosti se zkvalitňováním pregraduální přípravy všeobecných sester na vysokých školách a vyšších odborných školách nabývá problematika mentoringu klinické praxe na stále větším významu. Celá řada dříve realizovaných studií potvrzuje nutnost specifické přípravy mentorek klinické praxe a školitelek specializačního vzdělávání jako předpokladu pro další rozvíjení vzdělávacích programů určených pro přípravu všeobecných sester a porodních asistentek, včetně jejich rozšiřování o kombinované formy studia.

### **Teoretická a praktická východiska pro přípravu certifikovaného kurzu:**

Evropská strategie Světové zdravotnické organizace vymezující směry ve vzdělávání v oborech ošetřovatelství a porodní asistence z roku 2000, která rozpracovává cíl č. 18 Evropského zdraví 21 „Příprava pracovních sil pro zdravotnictví“ stanoví, že: „Klinické sestry nebo porodní asistentky, které učí a působí jako mentorky a které podporují studenty v průběhu jejich praxe, musí:

- být odborníky ve své oblasti praxe;
- projít odpovídající přípravou na své poslání učitelů, mentorů a poskytovatelů podpory a pomoci;
- udržovat si svou klinickou způsobilost.“ (WHO, 2000, s. 42).

Potřeba přípravy a realizace nového systému přípravy mentorek klinické praxe, školitelek specializačního vzdělávání a školitelek pracovní adaptace absolventů škol (dále jen mentorky) vzešla také z vlastních šetření (Jirkovský, 2009 nebo Jirkovský et al, 2009) zaměřených na evaluaci a autoevaluaci činnosti mentorek klinické praxe. Z nich vyplynulo, že mentorky klinické praxe pocítují nejistotu při aplikaci a integraci teoretických znalostí v klinické praxi, ve schopnosti podporovat kreativitu studentů a vzbuzovat jejich zájem o procvičované dovednosti. Nejisté jsou také při stanovování priorit v průběhu klinické praxe a v oblasti podpory kritického myšlení studentů a ve způsobu jejich hodnocení. Deficit znalostí a dovedností pak mentorky klinické praxe vidí nejčastěji v celém komplexu aplikovaných pedagogických a psychologických věd.

Na podkladě těchto skutečností jsme ve FN Motol připravili a na Ministerstvu zdravotnictví ČR v srpnu 2009 úspěšně akreditovali, nový certifikovaný kurz, jehož úspěšní absolventi se uplatní jako:

- mentoři klinické praxe v rámci kvalifikačního vzdělávání zdravotnických pracovníků v ošetrovatelských profesích na středních, vyšších odborných a vysokých školách;
- školitelé teoretické i praktické části specializačního vzdělávání všeobecných sester a porodních asistentek;
- školitelé teoretické i praktické části akreditovaných kvalifikačních kurzů pro přípravu sanitářů, ošetrovatelů a zdravotnických asistentů;
- školitelé pracovní adaptace absolventů škol.

#### **Stručná charakteristika certifikovaného kurzu:**

Smyslem certifikovaného kurzu je vybavit všeobecné sestry a porodní asistentky základními poznatky z pedagogiky, psychologie, didaktiky a také příslušnými metodickými znalostmi a dovednostmi, vztahujícími se k praktickému vyučování a napomoci jim k lepší orientaci v metodice praktického vyučování a zároveň tím přispět ke zkvalitňování klinické (eventuelně i komunitní) praxe žáků a studentů, případně dalších účastníků vzdělávání.

V této souvislosti jsme stanovili tři základní vzdělávací cíle:

- vybudovat u všeobecných sester a porodních asistentek systém kompetencí v oblasti pedagogiky a psychologie pro kvalifikovaný výkon činnosti mentora klinické praxe / školitele specializačního vzdělávání – pro úspěšné prognózování, realizaci a evaluaci

výchovně vzdělávacího procesu v odborné praxi žáků, studentů a dalších účastníků vzdělávání;

- prohloubit pedagogické a psychologické myšlení o jevech výchovně vzdělávací reality pro hlubší pochopení příčin, průběhu a následků pedagogických i životních situací a pro kvalifikovanější rozhodování ve výchovně vzdělávací oblasti.
- přispět k samostatnosti, tvořivosti a flexibilitě v pedagogické práci. Přispět k integraci nových teoretických poznatků s dosavadními zkušenostmi v oblasti vedení praktického vyučování z vlastní praxe účastníků vzdělávání.

Tyto cíle jsme rozpracovali do jednotlivých předmětů tvořících níže uvedený učební plán certifikovaného kurzu.

TAB 1: Učební plán certifikovaného kurzu

<b>Část vzdělávacího programu / předmět:</b>
<b><i>Teoretická část vzdělávacího programu:</i></b>
<b>Pedagogické vědy:</b>
Základy pedagogiky
Obecná didaktika
Didaktika praktického vyučování v ošetřovatelství a v porodní asistenci I
Aplikovaný pedagogický výzkum
Teorie výchovy
<b>Psychologické vědy:</b>
Obecná a vývojová psychologie
Pedagogická psychologie
Sociální psychologie a psychologie osobnosti
<b>Repetitorium teorie ošetřovatelství:</b>
<b><i>Praktická část vzdělávacího programu:</i></b>
Didaktika praktického vyučování v ošetřovatelství a v porodní asistenci II
Odborná praxe

Celková délka vzdělávacího programu byla stanovena na 180 hodin, z čehož 130 hodin připadá na teoretickou a teoreticko – praktickou přípravu a 50 hodin na praktické vyučování v simulační učebně a na klinickém pracovišti pod vedením supervizora předmětu Odborná praxe.

Úspěšný absolvent vzdělávacího programu certifikovaného kurzu by měl vykazovat následující etalon výstupních znalostí a dovedností potřebných pro správné vedení praktického vyučování:

- orientuje se v aktuální problematice moderní pedagogiky a teorie ošetřovatelství; je schopen nejnovější poznatky v oboru přenášet do klinické praxe, včetně praktické aplikace vybraných teoretických modelů ošetřovatelství;
- prokazuje dostatečné znalosti z psychologie, pedagogiky a didaktiky, včetně didaktiky speciální;
- zná základní pojetí mentoringu;
- zná základní způsoby řešení konfliktů a dokáže je aplikovat v praxi;
- zná přístupy a postoje k hodnocení studentů, včetně nejčastějších chyb v hodnocení;
- zná náplň a cíle praktického vyučování studentů.
- vede studenta k odpovědnému přístupu k profesi, vystupuje jako profesní vzor;
- rozvíjí schopnosti aplikovat a integrovat znalosti, teoretické vědomosti a postoje studenta v praxi;
- vzbuzuje zájem studenta o rozvoj konkrétní dovednosti;
- povzbuzuje studenta a pomáhá mu při úvahách nad prací kritickým myšlením;
- hodnotí studenta způsobem, který jej posiluje, povzbuzuje a motivuje k dalšímu zdokonalování a rozvoji;
- prokazuje komunikační dovednosti vedoucí k efektivnímu zvládnání problémů;
- chová se proaktivně a kolegiálně – partnersky;
- podporuje kreativitu a seberealizaci studenta.

### **Závěr:**

Vzhledem k tomu, že Fakultní nemocnice v Motole bude při realizaci certifikovaného kurzu úzce spolupracovat s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, získají úspěšní absolventi tohoto studia nejen zvláštní odbornou způsobilost k přímé pedagogické činnosti v rozsahu samostatného vedení, koordinace a hodnocení praktického vyučování a odborné praxe v oblasti ošetřovatelství nebo porodní asistence studentů středních, vyšších odborných a vysokých škol a specializačního vzdělávání v oboru své specializace, ale také způsobilost pro výkon povolání učitele praktického vyučování zdravotnických studijních oborů podle zák. č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění. Realizací kurzu budou splněny předpoklady pro zkvalitňování výuky ve stávajících studijních programech UK 2. LF realizovaných ve FN Motol a pro jejich rozšíření o kombinované formy studia.

### Literatura:

- 4) DRACUP, K., BRYEN – BROWN, Ch.,W. From Novice to Expert to Mentor: Shaping the Future. *American Journal of Critical Care*, 2004, roč. 13, č. 6, s. 448 - 450.
- 5) HAYES, E., F. Approaches to Mentoring: How to Mentor and Be Mentored. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2005, roč. 17, č. 11, s. 442 - 445.
- 6) JIRKOVSKÝ, D. Výsledky autoevaluace vybraných pedagogických a manažerských dovedností všeobecných sester - mentorek klinické praxe. In *Pracovní den Marty Staňkové – Inovace v pregraduálním a v postgraduálním vzdělávání sester – sborník příspěvků z konference konané dne 26.3. 2009 na UK 1. LF v Praze* (v tisku).
- 7) JIRKOVSKÝ, D., ŠVARCOVÁ, E., NOVÁKOVÁ, J. Hodnocení školitelek pracovní adaptace absolventů škol v oboru všeobecná sestra In. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství IV. – sborník příspěvků ze IV. Slezské vědecké konference ošetřovatelství s mezinárodní účastí konané ve dnech 5. – 6. května 2009*. s. 66 – 72, 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009, ISBN 978-80-7248-521-5
- 8) JIRKOVSKÝ, D. *Vzdělávací program Certifikovaného kurzu pro přípravu mentorů klinické praxe a školitelů specializačního vzdělávání*, 180 s., FN Motol, 2009 (interní materiál FN Motol)
- 9) Zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění ke dni 01.09. 2009
- 10) Zák. č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, v platném znění ke dni 01.09. 2009

### Korespondence:

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

## VZDĚLÁVÁNÍ NA ZÁKLADĚ POTŘEB PRAXE V ÚVN PRAHA

**Lenka Gutová**

Ústřední vojenská nemocnice Praha

### **Souhrn:**

*Příspěvek se zabývá problematikou celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v ÚVN Praha. Autorka představuje koncepci vzdělávání ošetřovatelského personálu akreditovaného zdravotnického zařízení, která byla vypracována v rámci programu kontinuálního zvyšování kvality péče s cílem dalšího rozvoje odborných kompetencí a individuálního plánování profesního růstu zaměstnanců.*

### **Klíčová slova:**

*Celoživotní vzdělávání; E-learning*

### **Úvod:**

Systém kontinuálního vzdělávání ošetřovatelského personálu v ÚVN Praha je zpracován v souladu s požadavky mezinárodních akreditačních standardů JCI – SQE (Staff Qualifications and Education). Za koncepční činnost v oblasti vzdělávání a plán kontinuálního vzdělávání odpovídá **Tým pro výuku a vzdělávání ÚVN Praha**. Tým je jmenován ředitelem ÚVN a je poradním orgánem hlavní sestry. Prioritou činnosti týmu je obsahová příprava kurzů elektronického vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

### **Vlastní text:**

Rámcová koncepce vzdělávání je navržena do 3 stupňů, jenž odpovídají profesnímu růstu a kariérovému plánování v akreditovaném zdravotnickém zařízení. V úvodu 1. stupně absolvuje sestra vstupní školení (0. stupeň), v němž získá základní informace a teoretické znalosti potřebné k zahájení výkonu praxe v ÚVN Praha. Vstupní školení je realizováno v průběhu 1. týdne po nástupu do zaměstnání společně pro všechny nastupující pracovníky vždy k 1. pracovnímu dni příslušného kalendářního měsíce. Na výuce se podílejí odborníci zodpovědní v ÚVN za konkrétní oblast činnosti. Cílem vstupního školení je usnadnění adaptace a orientace nových zaměstnanců v novém sociálním prostředí. Neméně důležitým cílem je usnadnit kmenovým pracovníkům a především vedoucím pracovníkům ÚVN přijetí nového pracovníka do pracovního kolektivu..



**Vstupní školení:**

- Bezpečnost práce
- Manipulace s chemickými látkami a biologickým odpadem
- Nemocniční hygiena. Hygiena rukou
- Neodkladná resuscitace
- Ošetřovatelský proces
- Zásady vedení zdravotnické dokumentace
- Celoživotní vzdělávání. E-learning.
- Edukační program ÚVN
- Péče o rizikové pacienty-léčba ran
- Komunikace, image zdravotnického pracovníka
- Duchovní potřeby
- Interakce léčiv s potravou
- Plánované a akutní přijetí
- Zdravotně sociální služby
- RDG vyšetření, metody
- Laboratorní vyšetření, metody
- Akreditace, kvalita I
- Škola zad

1. stupeň vzdělávacího programu podporuje jako teoretická základna adaptační proces nových pracovníků. Do programu byla vybrána klíčová témata, jejichž teoretické zvládnutí je nezbytné pro ukončení adaptačního procesu a zahájení praktické činnosti bez odborného dohledu.

- Péče o diabetiky
- Péče o výživu, malnutrice, obezita
- Systém zvyšování kvality péče
- Péče o žilní vstupy
- Prevence ICHS
- Interakce léků s potravou
- Organizace psychologické péče
- Psychosociální rehabilitace. Péče o handicapované
- Rehabilitační ošetřování

- Kardiopulmonální resuscitace
- Trombembolická nemoc
- EKG
- Zásady účelné hemoterapie
- Multikulturní ošetřovatelství

Postup do 2. stupně není možný bez překonání všech tématických okruhů včetně získání zpětné vazby formou ověření znalostí testem. Poskytování ošetřovatelské péče na specializovaných pracovištích je návazně i lépe finančně ohodnoceno a předpokládáme, že postup do 2. stupně bude pro nové pracovníky dostatečnou motivací k získání vyššího finančního ohodnocení. Absolvování 2. stupně vzdělávacího programu tedy přináší pracovníkům postupný růst v profesi zaměřený na odbornou specializace. Organizaci tak přináší dostatečně početnou a erudovanou základnu specializovaných pracovníků především pro jednotky intenzivní péče a resuscitační stanici.

- Specializace v oboru
  - anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče
  - perioperační péče
  - ošetřovatelská péče v klinických oborech dle aktuální potřeby praxe ÚVN
- Fyzioterapie
- Bazální stimulace

3. stupeň programu je určen pro vysoce motivované sestry, jež plánují své celoživotní vzdělávání uvědoměle s cílem jasného profesního růstu. U těchto pracovníků se předpokládá kariérní růst. Obsahově bylo zvoleno zaměření – pedagogika, management a výzkum v ošetřovatelství

### ***Orientace – pedagogika:***

#### *úroveň č. 1 – pro začínající pedagogy – kompetence edukační sestra*

- Základy výchovy a vzdělávání dospělých se zaměřením na nemocné
- Komunikační dovednosti v edukaci nemocných a jejich blízkých.
- Příprava edukačních materiálů pro nemocné
- Edukace nemocných a jejich blízkých
- Edukace nemocných v oboru specializace

úroveň č. 2 – kompetence k výuce nižších zdravotnických pracovníků

- Základy výchovy a vzdělávání dospělých
- Základy didaktiky dospělých
- Příprava vyučovací hodiny, tématického celku, kurzu
- Základy tvorby e-learningových vzdělávacích kurzů (E-learning I)

úroveň č. 3 – kompetence – výuka PSS, mentorka praxe

- Adaptační proces
- Tvorba vzdělávacích programů v ošetřovatelství
- Mentoring
- E-learning II

***Orientace management:***

1.úroveň - pro začínající manažery

- Spolupráce v týmu
- Zvládání konfliktů
- Prevence stresu
- Myšlenkové mapy
- Time management
- Základy ekonomiky
- Delegování
- Právní odpovědnost

2. úroveň – staniční sestry

- Kvalita péče
- Hodnocení podřízených
- Zvládání konfliktů
- Vedení porad
- Vyjednávání
- Základy pedagogiky pro manažery

### 3. úroveň – vrchní sestry

- Strategické plánování
- Ekonomika a finance
- Zvládání stresů
- Zvládání konfliktů
- Leadership
- Pedagogika pro manažery II. – výuka v kurzech pro vrchní sestry

### ***Orientace – výzkum v ošetrovatelství***

#### 1. úroveň – začátečník

- Práce s informačními databázemi
- Prezentační dovednosti
- Čtení a hodnocení odborných článků
- Etika práce ve výzkumu
- Kvantitativní výzkum I.
- Účast na sběru dat
- Jak psát odborný článek

#### 2. úroveň - podíl na zpracování výzkumných studií

- Kvantitativní výzkum II.
- Zpracování dat
- Analýza výsledků
- Prezentace výsledků
- Kvalitativní výzkum
- Základy pedagogiky pro výuku výzkumné problematiky

#### 3. úroveň – lídr ve výzkumu

- Tvorba výzkumných studií
- Financování výzkumu

### ***Elektronické vzdělávání – „Učit se - kdekoliv, kdykoliv“***

K vlastní praktické realizaci vzdělávacího programu byla zvolena převážně distanční forma vzdělávání a to jeho aktuální technologický prvek – e-learning. V ÚVN Praha byl zvolen systém elektronického vzdělávání - Learning Management System eDoceo, který je určen pro správu prezenčních a elektronických vzdělávacích programů. Lze jej provozovat v rámci intranetové sítě, včetně testování, vyhodnocování a sledování výsledků studia. LMS eDoceo lze propojit přímo do personální databáze. Forma elektronického vzdělávání je zaměstnanci velmi pozitivně hodnocena a do budoucna bude tvořit klíčový prvek celoživotního vzdělávání v ÚVN Praha.

#### ***Výhody elektronického vzdělávání***

- Studenti si sami mohou určovat místo a čas, kdy a kde se vzdělávají
- Samostatné určení míry studijního tempa a obsahu vzdělávání
- Sami si určují, které znalosti si chtějí prohloubit
- Možnost přístupu k různým informačním zdrojům
- Možnost kdykoliv se vracet k již absolvovanému vzdělávání - otevřený přístup k zdrojům vzdělávání
- Možnost mezioborového vzdělávání: studující se mohou účastnit kursů z jiných oblastí

#### ***Výhody pro organizátory vzdělávání***

- Možnost průběžného a pružného celoživotního vzdělávání, doškolování a přeškolení zaměstnanců
- Možnost průběžného testování znalostí
- Zefektivnění řízení a správy vzdělávání jednotlivců a pracovních týmů
- Snížení cestovních a dalších nákladů spojených se vzděláváním
- Snížení nároků na lidské a materiální zdroje při vzdělávání (učebny, učebnice atd.).
- Zkrácení nepřítomnosti pracovníků na pracovišti z důvodů vzdělávání
- Možnost vytváření specializovaných znalostních kursů (směrnice, pokyny atd.), které mohou být průběžně aktualizovány a doplňovány
- Nejefektivnější je využití e-learningu při požadavku na proškolení velkého počtu zaměstnanců během krátké doby, například při nasazení nových vnitronemocničních

systémů nebo při požadavku průběžného proškolení zaměstnanců a zvyšování jejich úrovně znalostí

**Závěr:**

Koncepce celoživotního vzdělávání v ÚVN Praha položila základ ke komplexnímu plánování celoživotního vzdělávání nelékařských profesí na základě potřeb praxe. Vždy však bude záležet především na motivaci a snaze o profesionální růst každého jednotlivce.

**Literatura:**

- 1) ZLÁMALOVÁ, H. *Distanční vzdělávání a eLearnig*. Univerzita J.A.Komenského. Praha 2008, ISBN 978-80-86723-56-3

**Kontaktní adresa:**

Mgr. Lenka Gutová, MBA  
Hlavní sestra  
Ústřední vojenská nemocnice Praha  
U Vojenské nemocnice 1200  
169 02 Praha 6  
Email: lenka.gutova@uvn.cz

**VÝUKA PSYCHOLOGIE NA SZŠ – PREZENTACE PROJEKTU  
„AUTORITA A JÁ“ – PRÁCE ŽÁKŮ CSZŠ JANA PAVLA II.**

**Martina Margaritovová a studentky 2. ročníku  
CSZŠ Jana Pavla II. Praha 2, Ječná 33**

**Souhrn:**

*Autorka příspěvku se zamýšlí nad použitím alternativních metod výuky v souvislosti s osobnostním růstem, profesní výchovou a tvorbu žádoucích postojů budoucích zdravotnických pracovníků. Přibližuje proces tvorby soutěžní práce studentek na téma „Autorita a já“.*

**Klíčová slova:**

*Alternativní metody výuky; Cíle afektivní; Komunikace*

**Úvod:**

Ve svém příspěvku si Vám dovoluji představit výsledky trochu „jiné“ výuky psychologie na zdravotnické škole. Předmět psychologie a komunikace je teoreticko–praktický předmět, který má zásadní význam při vytváření psychoterapeutického a psychosomatického způsobu uvažování studentky. Důležité jsou v tomto předmětu nejen cíle kognitivní a konativní (poznání a jednání), ale i část prožitková (afektivní). Jde o úsilí o určitý růst studentky, její profesní výchovu a tvorbu žádoucích postojů, a to jak k nemocným, tak sama k sobě. Tady jsou alternativní a skupinové metody, které podporují aktivitu žáků a vzájemnou komunikaci nezbytností. Důležitá často není výsledná znalost a množství poznatků, které je žák schopen reprodukovat, ale spíše proces vzájemné komunikace včetně komunikace neverbální, zainteresovanost žáka, zážitek, rozvoj empatie a jiných schopností žáka, změny postojů žáků.

**Vlastní text:**

Ve svém vystoupení vám studentky 2. ročníku oboru zdravotnický asistent představí výsledky práce na téma „Autorita a já“, se kterou uspěly v celostátním kole soutěže zdravotnických škol Den psychologie a získaly zde 1. místo. Oslovily množství respondentů různých věkových kategorií a zjišťovaly jejich názory na autoritu, uplatňování autority a respektování autority tak, jak se mění v souvislosti s věkem člověka. Typické a zajímavé názory respondentů studentky zachytily kamerou. Materiály zpracovaly a výsledek máte možnost posoudit sami.

Z hlediska výchovy a přípravy na povolání je však důležitější než předkládaný výsledek proces vzniku prezentace. Tedy to, co se dělo během půlroční práce na projektu. Studentky musely vytvořit skupinu, připravit plán a návrhy, prodiskutovat vše mezi sebou navzájem, ale i se mnou, jako s jejich vyučující. Musely obhájit své nápady, přijmout nebo odmítnout rady. Musely oslovit velké množství respondentů a vyrovnat se s převažujícím odmítáním respondentů vystoupit a hovořit na kameru. Studentky se také musely připravit na besedu s takovou autoritou, jakou je pan biskup V. Malý. Musely se vypořádat s technickými problémy. Byly nuceny vzhledem k časovému omezení příspěvku určit, co je důležité a vhodné k zařazení do prezentace. Musely si připravit úvodní a závěrečné slovo. Hlavně však musely samy vystoupit před spolužáky a na veřejnosti.

Vše je tedy stálo hodně času, který mnohdy chyběl při běžné přípravě na školní výuku. Z výše uvedeného je však zřejmé, že to nebyl čas promarněný. Viditelný výsledek se vejde do 15 minut, ale určitě tu byl vliv na osobnostní a profesní růst žáka (postoje žáka, rozvoj empatie, komunikace). To je však na první pohled neviditelné, často těžko prokazatelné a hodnotitelné. V běžné školní praxi se pak tento rozpor stává problémem, protože učitel má omezený čas, žáka má hodnotit a výsledky práce mají být prokazatelné a komplexní. Výchovný zisk tak často bývá přehlušen hodnocením výkonu v oblasti reprodukce.

### **Závěr:**

Možná bychom si měli někdy připomenout moudrá slova lišky z „Malého prince“ A. de Saint-Exupéryho: „Správně vidíme jen srdcem. Co je důležité, je očím neviditelné“ a alespoň někdy se jimi řídit.

### **Korespondence:**

PhDr. Martina Margaritovová  
Církevní střední zdravotnická škola Jana Pavla II.  
Ječná 33  
120 00 Praha 2  
Email: m.margaritovova@volny.cz



## STUDENTI A BODYTERAPIE

Marie Hlaváčová

Ústav ošetřovatelství, UK 2. LF a FN Motol

### Motto:

*„...duše je závislá na těle a tělo je závislé na duši.“*

C. G. Jung, 1935

### Souhrn:

*Příspěvek zachycuje stručný nástin principů bodyterapie, která byla zařazena do nabídky volitelných předmětů na UK 2. LF. Skupina studentek byla seznámena se základy psychoterapie zaměřené na tělo, jejímž cílem je proces směřování k duševní harmonii a tělesné rovnováze. Seminář umožňuje pochopit koncepci holismu pomocí sebezkušnostních technik, které jsou aplikovatelné v oblasti primární prevence i v běžné zdravotnické praxi.*

### Klíčová slova:

*Bodyterapie, Psychoterapie zaměřená na tělo; Holismus; Biorelease masáž, Relaxace*

### Úvod:

Pojem bodyterapie je zpravidla překládán jako psychoterapie zaměřená na tělo, somatická psychoterapie apod. Jedná se o odvětví psychoterapie, které zahrnuje přímou i nepřímou práci s tělem jako prostředkem terapeutického kontaktu, diagnózy a intervence. Někdy je bodyterapie pojímána jako most mezi východními naukami o vědomí a západní psychologií. Cílem je pomoci člověku získat lepší kontakt se svým vlastním tělem, jde o proces směřování k duševní harmonii a rovnováze.

### Vlastní text:

Za zakladatele bodyterapie je považován Wilhelm Reich, žák a asistent Sigmunda Freuda, který šel později vlastní cestou průzkumu základních aspektů spojení mezi tělem a myslí. Rozvinul terapeutickou metodu nazvanou vegetoterapie, která se stala základem mnoha současných terapií zaměřených na tělo. Mezi jeho pokračovatele patří americký lékař a psychoterapeut Alexander Lowen, který byl přesvědčen, že každý člověk disponuje životní energií, která může být blokována vnitřními zábranami. Ty se mohou vytvořit negativním prožitkem především např. v dětství, což se v našem těle projevuje jako tzv. energetický blok – svalový pancíř, který negativně ovlivňuje distribuci energie v těle. A. Lowen vytvořil

typologii osobností podle toho, ve kterém směru proudění energie stojí blok. Rozpracoval metodu určenou k obnově a uvolnění vitality člověka, kterou nazval bioenergetika. Jejím úkolem je zvyšování hladiny energie a jejího volného proudění v těle. Člověk s dostatkem energie působí vitálně a radostně, pohybuje se uvolněně, lehce, harmonicky a klidně. Psychoterapie zaměřená na tělo zdůrazňuje v terapeutických procesech důležitost podpory. Jde o jeden ze základních principů této práce. V průběhu terapie je dále uplatňován terapeutický potenciál vztahu mezi terapeutem a klientem. Tento vztah někdy sám o sobě dokáže obnovit normální, zdravý autoregulační mechanismus u klienta a může vést k žádoucí změnám. Fenomén dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem je známý, jeho psychoterapeutické účinky při léčbě bolesti popsal např. Jaro Křivohlavý v roce 1992.

Metody a přístupy psychoterapie zaměřené na tělo jsou stejně početné a rozmanité jako metody a přístupy verbální psychoterapie. Předmět Základy bodyterapie poskytl studentkám možnost získat základní informace o bodyterapii včetně vlastní praktické zkušenosti s vybranými způsoby práce s tělem. Setkala jsem se se skupinou vesměs nadšených studentek, které neměly žádnou výchozí zkušenost s bodyterapií. Motivačí k navštěvování tohoto předmětu byla především zvědavost, zajímavý nebo nevědění název předmětu. Po teoretickém úvodu jsem pojala praktickou část výuky jako snahu o respektování přirozených mechanismů v organismu. A jak to působilo na mé studentky? Například tak obyčejná věc, jako vyzout obuv a chodit po místnosti bez ní, vyvedla z míry přinejmenším polovinu zúčastněných...

Nejvíce studentky ocenily možnost vidět vybranou techniku na dobrovolnici a po té si ji vyzkoušet. Cvičení zpravidla probíhala ve dvojicích, a tak si všechny měly možnost prožít roli klienta i roli terapeuta. Často jsem se setkávala s názory studentek, že díky bodyterapeutickým cvičením vnímají člověka celostněji. Zažily si prakticky, co znamená holistický přístup a ví, že psychické prožívání ovlivňuje naše zdraví. Nyní mají tendenci se na své budoucí pacienty dívat komplexněji. Těší mě, že se naučily vnímat své tělo citlivěji, lépe mu porozumět. V technikách, které zažily našly i takové, které mohou sloužit jako prevence či léčba syndromu vyhoření. Při závěrečné zpětné vazbě uvedly, že bodyterapie pomáhá lépe vnímat své tělo, jeho potřeby a změnou postoje sama k sobě učí např. včas odpočívat než dojde k vyčerpání. Všichni víme, že negativní emoce, negativní duševní rozpoložení zatěžují prostřednictvím hormonálního systému organismus. Bioenergetická cvičení jsou tedy užitečná nejen pro zdravého člověka, ale jsou přínosem i pro nemocné trpící tzv. psychosomatickými chorobami.

Studentky jako nejpřínosnější a nejzajímavější vnímaly vybrané biorelease masáže, a to jak v roli klienta, tak i terapeuta. Většinou byly překvapené účinností masáže, kdy díky správně volené kombinaci doteku, tlaku, rychlosti a pohybu je možné dosáhnout poměrně rychle hlubokého uvolnění. Často popisovaly velkou radost, když vnímaly, jak jim klient úplně „taje“ pod rukama a po skončení masáže s úsměvem relaxuje. Některé studentky po masáži překvapila intenzita uvolnění a návalu povznesené nálady. Nakonec, kdo by si nepřál být ve škole masírován? Masáže, které jsem vybrala, považuji za velmi dobře použitelné v běžném životě i v oblasti ošetřovatelské péče.

Vedení semináře mi přineslo cenné zkušenosti. Některé studentky hodnotily jako velmi přínosnou i práci s dechem, a přály si věnovat jí příště více prostoru, vyzkoušet si další cvičení. Zajímavé bylo vnímání času, většinou studentkám čas utekl neuvěřitelně rychle a to v roli klienta i terapeuta. Postupně jsem zjistila, že méně znamená více, a že je pro studenty nutné si každé cvičení „zažít“.

Nebylo pro mě vždy jednoduché skloubit roli pedagoga a terapeuta. To se projevilo drobnými problémy s organizací, protože např. najít volné odpoledne u studentů z šesti studijních kruhů nebylo snadné. Moje role pedagoga byla především spojená s přednášením, vytvářením textů ke cvičením, demonstrací, vedením cvičení, organizací časové a tématické náplně semináře, řešením případné absence, zadáváním různých úkolů atd. Role terapeuta se pojí s přijetím, pochopením, pěstováním pohody i důvěry v terapeuta, neboť to je důležité pro uvědomování a sdělování pocitů v těle. Mojí snahou bylo předat esenci terapeutického vztahu, která podporuje sebeotevření. Měla jsem štěstí, setkala jsem se vesměs s nadšenými, vstřícnými a vnímavými studentkami, které byly schopné zachytit terapeutickou atmosféru, ochotné absolvovat jednotlivá cvičení a sdílet své pocity, za což jim děkuji.

### **Závěr:**

Jedním z úkolů sestry je snaha zaměřit se na prevenci nemocí, pojetí předmětu respektuje tento úmysl. Pochopení holismu v praxi může být přínosem pro pracovníky pomáhajících profesí v osobní i pracovní oblasti.

Účelem předmětu nebylo vyškolit terapeutky, ale dát studentkám možnost nahlédnout do bodytherapeutické kuchyně, aby měly vlastní představu. Šlo o úvodní přiblížení konkrétní realizace holistického přístupu k člověku na úrovni well-being. Potěšilo mě, že své dovednosti

uplatňovaly s nadšením i u svých blízkých. Myslím, že předmět přispěl i k budoucí týmové spolupráci. Při zpětné vazbě zazněl názor, že bychom si měli terapeutů vážit, protože je to poměrně namáhavá práce, po které nedojde k prohození rolí...

**Literatura:**

*u autorky*

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Marie Hlaváčová  
Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84,  
150 06 Praha 5 - Motol  
Email: marie.hlavacova@lfmotol.cuni.cz

**TRAINEE PROGRAM PRO ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY  
SPOLEČNÝ PROJEKT FN MOTOL A SLEZSKÉ UNIVERZITY V OPAVĚ**

**Daniel Jirkovský<sup>1)</sup>, Vendula Pírková<sup>2)</sup>, Dagmar Mastiliaková<sup>3)</sup>,  
Alexandra Archalousová<sup>3)</sup>, Jana Nováková<sup>1)</sup>**

<sup>1)</sup>Fakultní nemocnice v Motole

<sup>2)</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR, Odbor vzdělávání a vědy

<sup>3)</sup> Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetřovatelství

**Souhrn:**

*V souvislosti s neutěšenou personální situací v oblasti ošetřovatelských profesí, zejména v pražském zdravotnictví, hledá FN Motol ve spolupráci s MZ ČR vhodné cesty jejího řešení ve smyslu zmírnění negativních dopadů do poskytování zdravotní péče. Jedním z výsledků této spolupráce je vytvoření a podpora Trainee programu pro zdravotnické asistenty – společného projektu FN Motol a Slezské univerzity v Opavě, jehož stručná prezentace je obsahem tohoto příspěvku.*

**Klíčová slova:**

*Ošetřovatelství; Personální stabilizace; Zdravotnický asistent; Program celoživotního vzdělávání.*

**Úvod:**

FN Motol jako největší poskytovatel specializované a vysoce specializované zdravotní péče v ČR hledá cesty řešení nedostatku všeobecných sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků tak, aby současná personální krize v těchto oborech nevedla k významnému omezení poskytované zdravotní péče. V rámci širokého spektra aktivit vznikl za podpory MZ ČR v tomto roce Trainee program pro zdravotnické asistenty – společný pilotní projekt Fakultní nemocnice v Motole a Slezské univerzity v Opavě.

**Teoretická a praktická východiska projektu:**

Z letošní náborové kampaně cílené na studenty pražských středních zdravotnických škol v oboru Zdravotnický asistent vyplynulo, že studenti by velice rádi nastoupili do praxe, pokud by zároveň mohli v kombinované formě bakalářského studia získat odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry.

Je poměrně známou skutečností, že pražské vysoké školy mají početně velmi omezenou nabídku studia v oboru Všeobecná sestra v kombinované formě. Pravděpodobnost přijetí zdravotnického asistenta do kombinované formy studia zároveň není příliš velká, protože se do tohoto studia hlásí přirozeně i všeobecné sestry z klinické praxe, které si chtějí doplnit vysokoškolské vzdělání.

Za takových okolností absolventi oboru Zdravotnický asistent v lepším případě hledají možnosti dalšího studia v prezenční formě nebo (v horším případě) ze zdravotnictví či zdravotnického vzdělávání odcházejí dočasně nebo trvale. Jak potvrzuje i statistika MZ ČR, drtivá většina zdravotnických asistentů do klinické praxe po ukončení studia nenastupuje vůbec.

#### **Stručná charakteristika klíčových aktivit projektu:**

Trainee program pro zdravotnické asistenty obsahuje celkem tři klíčové aktivity:

- 1) řízenou pracovní adaptaci absolventů škol v oboru Zdravotnický asistent;
- 2) realizaci programu celoživotního vzdělávání zdravotnických asistentů na Fakultě veřejných politik Slezské univerzity v Opavě;
- 3) u úspěšných absolventů programu celoživotního vzdělávání vstup do bakalářského studia v oboru Všeobecná sestra v kombinované formě, jehož ukončením získá zdravotnický asistent odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle §5, zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Program celoživotního vzdělávání bude převážně sestaven z předmětů 1. a 2. ročníku kombinované formy studia v oboru Všeobecná sestra. Teoretická i praktická výuka bude probíhat ve FN Motol.

Úspěšným absolventům programu celoživotního vzdělávání bude, na základě splnění náročných podmínek stanovených děkanem Fakulty veřejných politik SU v Opavě, umožněn vstup do řádného studia oboru Všeobecná sestra v kombinované formě a započítání 60% kreditů do řádného studia podle §90, zák. č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, ve znění pozdějších předpisů.

Celý vzdělávací program obsahuje celkem 1.264 kontaktních hodin výuky (z toho 550 hodin kontaktní praxe), dále 1.656 hodin samostatné přípravy a 1.750 hodin nepřímé praxe, celkem

4.670 hodin. Vzdělávací program tedy splňuje požadavky evropských společností na vzdělávání Všeobecných sester.

Od akademického roku 2009/2010 bude do Trainee programu pro zdravotnické asistenty zařazeno celkem 51 účastníků. Ve většině případů jde o zdravotnické asistenty, kteří nově vstupují do zaměstnání nebo již pracují v některé z pražských fakultních nemocnic. Vzhledem k omezeným možnostem čerpání finančních prostředků z Evropských strukturálních fondů na území hl. města Prahy bude teoretické i praktické vzdělávání zdravotnických asistentů probíhat jako pilotní projekt za finanční podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

#### **Závěr:**

Úspěšně realizovaný projekt přispěje k řešení neutěšené personální situace v pražském zdravotnictví v oblasti ošetřovatelských profesí a to s okamžitým efektem. Zdravotnický asistent nastoupí do praxe ihned a začne studovat. Očekáváme, že projekt povede ke stabilizaci zdravotnických asistentů v praxi a to tak, že zdravotničtí asistenti nebudou v tak velké míře jako dosud usilovat o přijetí do prezenčních forem studia. Zároveň předpokládáme, že se realizací projektu usnadní pracovní adaptace a další profesní orientace zdravotnických asistentů v rámci FN Motol.

#### **Literatura:**

- 1) Zák. č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění
- 2) Zák. č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění

#### **Korespondence:**

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA  
Samostatné oddělení vzdělávání  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: daniel.jirkovsky@fmmotol.cz

## **MODERNÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

**Ivanka Kohoutová<sup>1)</sup>, Ilona Mauritzová<sup>2)</sup>**

<sup>1)</sup>Střední zdravotnická škola, Ruská 91, Praha 10

<sup>2)</sup>Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

### **Souhrn:**

*Príspevek je venovaný projektu "Moderní vzdělávání pracovníků v sociálních službách orientované na dodržování standardů kvality sociálních služeb v návaznosti na zákon o sociálních službách", který realizovala SZŠ Ruská spolu s partnery v letech 2006-2008. V jeho rámci byly vytvořeny čtyři akreditované vzdělávací moduly a proškoleny více než 500 frekventantů. Vedle toho proběhlo 6 seminářů a 3 konference, s účastí více než 600 vedoucích pracovníků sociálních zařízení i pracovníků podílejících se na přímé péči.*

### **Klíčová slova:**

*Vzdělávání; ESF; Sociální služby; Pracovníci v přímé péči*

### **Úvod:**

Vzdělávací projekt, který realizovala Střední zdravotnická škola v Ruské 91 na Praze 10-Vinohradech, jako nositel grantu JPD 3 regionu Hl.m. Prahy, spolu se svými partnery I. Lékařskou fakultou UK, Národní radou osob se zdravotním postižením ČR a občanským sdružením Hestia proběhl od 1.7. 2006 do 31.7. 2008. Na projekt JPD 3, nazvaný „Moderní vzdělávání pracovníků v sociálních službách orientované na dodržování standardů kvality sociálních služeb v návaznosti na zákon o sociálních službách“ poskytly finance Evropský sociální fond, státní rozpočet České republiky a rozpočet Hlavního města Prahy. Podpořených organizací z Hl. m. Prahy, jejichž pracovníci se vzdělávání účastnili, bylo celkem 63. Oficiálně byl projekt nastartován tiskovou konferencí, která se uskutečnila 26. září 2006 za účasti zástupců partnerů, Magistrátu Hl. m. Prahy, MŠMT a zástupců sociálních zařízení.

### **Vlastní text:**

V prvním roce projektu probíhaly dva vzdělávací moduly. Modul „Péče o klienta v sociálních službách“ byl dotován 29, 5 výukovými hodinami a jako lektori se tu podíleli odborní pedagogové SZŠ, odborní pracovníci NRZP ČR a vysokoškolské pedagogové I. LF Univerzity Karlovy. Tento modul se uskutečnil ve 3 bžích a celkem bylo proškoleny 231 pracovníků. Určen byl pracovníkům v přímé péči, kteří byli školeni v tématech Právní základy, Osobní asistence, Péče o imobilního člověka, Estetická výchova, První pomoc, Psychohygienu,



Základní potřeby člověka, Komunikace a Agresivita a konflikt. Se všemi organizacemi, které vysílaly své pracovníky do kurzu, spadajícího do celoživotního vzdělávání byly uzavřeny smlouvy o proškolení. Frekventanti modulu příjemce projektu s partnery byli rozříděni do skupin tak, že se přihlíželo k pozici na pracovišti a dosaženému vzdělání. Lektori dostávali předem přehledy o posluchačích, aby podle toho uzpůsobili své přednášky, protože např. byli školeny osoby, pracující výhradně s dětmi nebo naopak se seniory. Absolventi získali certifikát v souladu s pravidly publicity dle Jednotného programového dokumentu JPD 3.

Paralelně zajišťovalo občanské sdružení Hestia modul tvořený dvěma kurzy „Lidské zdroje v pomáhajících profesích“ a „Úvod do supervize v pomáhajících profesích“. Tento modul směřoval k vedoucím pracovníkům a pracovníkům klíčových profesí, koordinátorům dobrovolníků, personalistům, vrchním sestřám v sociálních zařízeních, pracovníkům pro vzdělávání, supervizorům. Kurz věnovaný supervizi byl zaměřen na pracovníky v přímé péči. Paralelní realizací obou kurzů se dosáhlo zvýšeného účinku a synergie vzdělávacího modulu v přihlášených organizacích. V prvním běhu od prosince 2006 do června 2007 bylo proškoleno celkem 50 posluchačů. Obsah modulu vycházel z analýzy vzdělávacích potřeb, provedené v několika stovkách organizací poskytujících sociální služby v rámci celé ČR. Jeho cílem bylo v souladu s novým zákonem o sociálních službách pomoci jednotlivým pracovníkům nejen splnit povinnost prohlubování odborné způsobilosti, ale poskytnout jim také účinný nástroj pro úspěšné vykonávání náročného povolání. Ve vzdělávacím modulu byla kombinována metoda výuky, kladl se důraz na aktivitu účastníků, kromě přednášek byl orientován na semináře, workshopy a návčiky technik. Distanční vzdělávání bylo doplněno supervizními a projektovými aktivitami přímo v organizaci. Účastníci byly seznámeni se standardy kvality sociálních služeb, návčiky komunikačních dovedností, řízení týmu (včetně problematiky syndromu vyhoření), metody supervize pro organizace i pro personál, metody zapojení dobrovolníků do pracovního týmu, balintovské skupiny, videotrénink interakcí apod.

Po ukončení prvního roku školení byly shromážděny podněty od frekventantů a bylo k nim přihlíženo ve druhém roce realizace projektu. Ze strany posluchačů docházelo k pozitivnímu vnímání kurzů, setkali jsme se s velkou pozorností, soustředěným zájmem a i s vděčností posluchačů, že byli pro návštěvy školení vybráni. Během tohoto období byly realizovány semináře „Moderní vzdělávání sociálních pracovníků a mezigenerační vztahy“ a „Seznámení s principy a formami nového zákona o sociálních službách“. V červnu 2007 proběhla

konference nazvaná „Zákon o sociálních službách a první zkušenosti s jeho praktickou aplikací“.

Pro druhý rok projektu se ukázalo velmi žádoucí nabídnout „Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách“ s minimálním počtem 150 hodin. S ohledem na potřeby praxe a po dohodě s odborem Evropských fondů bylo překročeno k zajištění tohoto akreditovaného vzdělávacího kurzu. Finanční dotace projektu byla plně v souladu s touto modifikací vzdělávání.

Střední zdravotnická škola podala v březnu 2007 na Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR žádost o akreditaci vzdělávací instituce a následně žádost o akreditaci již realizovaného modulu „Péče o klienta v sociálních službách“ a připraveného modulu „Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách“. O akreditaci instituce a svých modulů zažádala v té době i Hestia, občanské sdružení. Podané žádosti o akreditaci na MPSV byly s datem 19.7. 2007 kladně vyřízeny a opatřeny podpisy ředitele odboru MPSV Mgr. Martina Žárského. „Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách“ byl realizován v časové dotaci 160 hodin ve dvou bžích od září 2007 do února 2008 a od února 2008 do června 2008. Certifikát získalo 167 absolventů. Občanské sdružení Hestia zajišťovalo druhý běh svého modulu od listopadu 2007 do června 2008. Jejich školení se zúčastnilo 55 posluchačů.

Kvalifikační kurz, splňující požadavky zákona č. 108/2006 byl složen z obecné a zvláštní části. Realizace kurzu byla velmi náročná na zastoupení lektorů mnoha specializací, bylo nutno zapojit i několik externistů. Počet témat byl široký, protože příslušná témata jsou dána požadavky MPSV na kvalifikaci pracovníků v přímé péči: První pomoc, Krizová intervence, Zdravověda, Základy péče o nemocné, Pomoc fyzioterapeuta, Pomoc ergoterapeuta, Kvalita života ve stáří, Rodinný pečující – pohled na pečovatelskou službu a očekávání ze strany rodiny, Hygiena a epidemiologie, Výživa a příprava pokrmů, Estetika, Úvod do psychologie, Epidemiologie stárnutí v ČR, Mentální hygiena, Sociální patologie, Etika, Psychopatologie, Komunikace, Supervize, Podpůrné aktivizační techniky, Základní výchovné techniky, Péče o domácnost, Bezpečnost domova, Rodinný rozpočet, Typologie sociálních služeb, Osobní asistence, Standardy kvality sociálních služeb, Právní minimum, Sociální dávky, Bezpečnost a ochrana práce, Požární ochrana a Praxe.

V březnu 2008 byla uspořádána konference s mezinárodní účastí v Kongresovém centru Praha nazvaná „Systém sociálních služeb v zahraničí a kvalifikační předpoklady pro pracovníky v sociálních službách“. Konference měla odezvu v zaplněném sále se 135 posluchači. Během konference se vystřídala řada přednášejících, kteří hovořili velmi konkrétně k otázkám jako Problémy současné úpravy sociálních služeb (předseda NRZP ČR pan Václav Krása), Profesní kvalifikace nestačí, důležité jsou osobnostní předpoklady (JUDr. Marie Vodičková, Fond ohrožených dětí), Problematika bariér v sociálních zařízeních (pan Tomáš Janoušek, Centrum sociálních služeb Praha), Jsme připraveni na demografický vývoj? (Mgr. Jana Jurásková, PhD., MBA, 1. LF UK), Zastoupení profesí při plánování a poskytování sociálních služeb (PhDr. Libor Petřek, Domov seniorů Praha–Malešice), Aktuální problémy v sociálních službách (PaedDr. Marie Mandíková, CSc., místopředsedkyně Asociace poskytovatelů sociálních služeb), Zabezpečování a zvyšování kvality poskytované péče v sociálních a zdravotnických zařízeních (Zdravotní sestra Zuzana Limburská, Katharinenhospital, Stuttgart, SRN), Komunitní plánování sociálních služeb (Ing. Judita Mejstříková, MHMP)...

V projektu bylo proškoleny celkem 503 posluchačů. Plánované počty v projektu byly překročeny, jak co do počtu frekventantů (předpoklad 400 osob), tak co do počtu sociálních zařízení Hl. m. Prahy (v rámci předběžného průzkumu projevil o kurzy zájem 40 organizací).

Vyvrcholením dvouletého vzdělávacího projektu byl dne 24.6. 2008 závěrečný seminář pořádaný pod záštitou ředitelky Odboru sociálních věcí a zdravotnictví MHMP Ing. Ilony Matulové.

V kapli Fakultní nemocnice Královské Vinohrady převzali absolventi akreditovaného Kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách v druhém běhu certifikáty, které jsou dokladem jejich dosažené odborné kvalifikace.

V březnu 2008 proběhla kontrola projektu pracovníky odboru Evropských fondů MHMP a při ukončení bezproblémový audit projektu. O hladký průběh projektu se staral realizační tým projektu, který byl složen ze zástupců příjemce projektu a jeho partnerů.

V případě projektů financovaných z fondů EU je kladen značný důraz na jejich propagaci a zviditelňování, což bylo průběžně realizováno např. tvorbou brožur, kalendářů, webových

stránek apod. U příjemce projektu a jeho partnerů byly instalovány informační tabule o projektu a logo ESF.

Vytvořený almanach o průběhu projektu byl distribuován do sociálních zařízení HI. m. Prahy i při dalších příležitostech, které Střední zdravotnická škola pořádala a pořádá.

### **Závěr:**

V projektu se potvrdilo, že celoživotní odborné vzdělávání, které např. u zdravotních sester je ze zákona nutné, by mělo být rovněž povinné pro pracovníky v sociálních službách. Sociální služby nedosahují ještě v České republice vysoké standardy kvality, které jsou běžné ve vysoce rozvinutých zemích EU. Kromě toho je ještě třeba zdůraznit, že střídání pracovníků právě v sociálních zařízeních dosahuje každoročně skoro třetinu. Nedostatek pracovníků vede vedení sociální zařízení k přijímání nekvalifikovaných pracovních sil. Další, dnes již povinné, vzdělávání těchto pracovníků stojí velké peníze, které tato zařízení nemají. Jsou tudíž odkázány na kurzy, které hradí někdo jiný, např. ESF nebo Magistrát. Z těchto důvodů se do budoucna vyplatí více si cenit stávajících zaměstnanců a motivovat je i vyšší odměnou. Vzdělávací moduly, které v projektu byly realizovány byly dobře přijaty jak frekventanty, tak i jejich zaměstnavateli. Finanční podporu od Evropského sociálního fondu je proto třeba ocenit a vítat.

### **Literatura:**

*u autorů*

### **Kontaktní adresa:**

PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD.  
Střední zdravotnická škola  
Ruská 91,  
100 00 Praha 10  
Email: kohoutova@szs-ruska.cz

## **VEDOUCÍ SESTRA V PROMĚNÁCH DOBY**

**Eva Marková**

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, UK 1. LF

### **Souhrn:**

*V článku se zabýváme pozicí vrchní sestry v historickém kontextu, který zahrnuje období mezi dvěma světovými válkami. V nemocnicích pracovaly především řádové sestry, které měly svoji sestru představenou. Ta byla v úzkém vedení nemocnice. Během 20. a 30. let minulého století nacházely postupně uplatnění v nemocnicích také civilní sestry a civilní sestry představené, později vrchní či hlavní sestry.*

### **Klíčová slova:**

*Vrchní sestra – pracovní náplň*

### **Úvod**

Funkce vrchní sestry se objevuje v našem ošetřovatelství relativně pozdě. Svým způsobem si ji vyžádala diferenciací medicínských oborů a to především v souvislosti se vznikem specializovaných pracovišť. Do dvacátých let minulého století fungovala většina nemocnic jako tzv. monoprimariáty a bylo méně civilních sester. Řádové sestry řídila sestra představená, která obvykle nedopustila, aby kdokoliv zasahoval do jejích kompetencí. Zpočátku nebyli někteří lékaři přesvědčeni o nutnosti a významu civilních sester. Ti, co přesvědčeni byli, prosazovali v nemocnicích také funkci civilní sestry představené. V období první republiky byla nazývána vedoucí sestra nemocnice *vrchní sestrou*. Rozvoj medicíny, diagnostických metod a léčebných postupů, nové pracovní metody, které zaváděly do klinické praxe diplomované sestry a další služby si žádal více personálu, tedy i sester. To s sebou neslo jistý nesoulad ve spolupráci diplomovaných sester a nediplomovaných ošetřovatelek, mezi řádovými a civilními sestrami, mezi pomocným a administrativním personálem, ušetřeny nebyly ani vztahy lékařů a ošetřovatelek. Ve 20. letech minulého století nebyly vydány služební předpisy, které by upravovaly ošetřovatelskou službu a její organizaci, a které by vymezovaly funkci vedoucí civilní sestry, vedoucí oddělení a ostatních ošetřovatelek. (Kafková, 1992)

### **Požadavek na vymezení funkce vedoucí sestry**

Diplomované sestry pracovaly na pokojích nemocných, jako chirurgické instrumentářky, na rentgenových stanicích, v laboratořích nebo ambulancích. Zpravidla už při nástupu se s nimi počítalo jako s budoucími vrchními sestrami. Na II. Celostátním sjezdu diplomovaných sester v roce 1931 vyslovily samy sestry požadavek na vymezení funkce vedoucí sestry. Chtěly, aby byla zřízena místa představených a vrchních sester ve všech ústavech a veřejných nemocnicích. (Kafková, 1992)

### **Pracovní náplň vrchní sestry**

Názory na povinnosti ošetřujícího personálu se postupem doby tříbily a s uplatňováním organizačních změn se upřesňovaly povinnosti pracovní náplně. Pracovní náplně vrchním sestram vytvářeli lékaři, jimž byly sestry podřízené. Pojdme se společně porozhlédnout po naší republice a ilustrujme si na několika příkladech, jaká byla pracovní náplň vrchních sester. Tomáš Baťa přinesl do svých závodů ve Zlíně specifickou organizaci práce. Baťova nemocnice, která zahájila provoz v roce 1927, s tímto systémem držela krok. Ve své době platila nemocnice za nejmodernější kliniku v Československé republice. (časopis Lázne Poděbrady, Moravské noviny, Lidové listy) Stanovy nemocnice vypracované MUDr. Bohuslavem Albertem ukládaly, že pracovní místa lékařů a vrchních sester mají být obsazovány na základě veřejně vypsané soutěže. Ředitelství nemocnice tvořili podle těchto stanov vedoucí primář, jeden sekundární lékař, administrativní pracovník a vrchní sestra, kteří se měli scházet pravidelně jednou měsíčně. Vrchní sestra měla na těchto poradách předkládat zprávu o činnosti ošetřovatelského personálu. V roce 1933 byly svěřeny záležitosti sester dvěma vrchním sestram, jedna plnila funkci personální referentky a vedení ošetřovatele, druhá měla na starosti inventář a otázky sociální. Diplomovaná sestra byla jen jedna z nich. Vrchní sestra kontrolovala pořádek na ubikacích sester i jejich soukromý život. Kontroly byly v Baťově nemocnici i velice přísné. Za služební i mimoslužební prohřešky dostávaly sestry pokuty a po opakovaném přestupku i výpověď. (Kafková, 1992)

Pro práci v nemocnicích a léčebných ústavech bylo potřeba stále více personálu. Nabídka na volné pracovní místo vypadala např. takto: „*Veřejná všeobecná nemocnice ve Dvoře Králové n. L. obsazuje místo vrchní sestry, která by byla zodpovědná za veškerý ošetřovatelský personál a v případě nutnosti zastupovala instrumentářku. Plat: 500,-Kč k celému zaopatrění. Nemocnice je nová, úplně moderně zařízená, má 180 lůžek, z nichž 30 v infekčním paviloně. Správa nemocnice přeje si, aby vrchní sestra byla absolventkou Státní školy ošetřovatelské,*

*pokud možno uměla německy a byla samostatná a energická. Nastoupit by měla co nejdříve, aby dohlížela při zařizování části ústavu, který se má v nejbližší době otevřít. Zatím je v provozu 60 lůžek. Pomýšlí se postupem času na přijetí dalších diplomovaných sester. Záleží velice na vhodném obsazení vedoucího místa, které vřele doporučujeme. Sestry, které by mohly věnovat se této průkopnické záslužné práci, necht' se co nejdříve přihlásí na ošetřovatelském referátě Čs. Červeného kříže.“ (Ošetřovatelská hlídka. Volná místa., 1927 in Kafková, 1992)*

Všeobecná nemocnice v Praze vypracovala dokument „Služební instrukce ošetřovatelek nemocných“, které byly schváleny Zemským úřadem v Praze výnosem ze dne 27. Ledna 1931. V tomto dokumentu se můžeme dočíst také o tom, jakou pracovní náplň a povinnosti měla vrchní sestra, zde nazývaná vrchní ošetřovatelka. „*Vrchní ošetřovatelce náleží vrchní dozor nad veškerou službou ošetřovatelskou i nad službami jak v pokojích nemocných, tak v místnostech vedlejších: v ambulanci, v operačních sálech, laboratořích a ostatních pracovnách kliniky a na odděleních. Vrchní ošetřovatelka se přesvědčuje denně, zda všechny práce spojené s ošetřováním nemocných jsou včas a správně vykonány. Rozepisuje službu denní, noční a dbá na pravidelné střídání ošetřovatelek na službách. Účastní se lékařské vizity, činí si příp. záznamy o speciálních ordinacích a dohlíží, zda se příkazy lékařů správně vykonávají. Kontroluje výkazy diet jednotlivých pokojů a sestavuje jídelní lístek pro celou kliniku. Je přítomna rozdělení pokrmů, všímá si čistoty nádobí, teploty jídla a jeho úpravy. Zakročuje při přestupcích domácího řádu. Vede dozor nad inventáři, dohlíží na stav prádla, zařizuje opravy a případnou výměnu nástrojů a dbá o evidenci správně vyřízených objednávek. K předním povinnostem vrchní sestry náleží hájit zájmy ústavu. Vrchní sestra je domácí hospodyně kliniky. Svou obezřetností a spolehlivostí přispívá ke správnému hospodaření. Zjistí-li jakokoliv závady, zakročuje k jejich odstranění. Jestliže by opakovaně napomenutí její zůstalo nepovšimnuto, činí o tom hlášení lékaři, příp. správě nebo ředitelství nemocnice.“ (Služební instrukce ošetřovatelek nemocných ve všeobecné nemocnici v Praze, 1931)*

Pro další ilustraci uvádíme činnosti, které vykonávala vrchní sestra, a které byly uveřejněny v roce 1937 MUDr. Hejdukem z chirurgické kliniky v Brně v časopisu Československá nemocnice. „*Vrchní sestra dělá dvakrát denně prohlídku pokojů, kontroluje čistotu místností i nemocných, přesvědčuje se, zda se ošetřovatelky k nemocným chovají vlídně, a zda jsou pacienti spokojeni. Kontroluje rozdělování stravy, píše jídelní lístky. Účastní se ranní vizity.*

*Vede knihu přírůstků a výstupů. Obstarává doprovod nemocného na jiné oddělení. Vede v patrnosti chorobopisy a ukládá je do archivu. Spravuje příruční lékárnu na oddělení a vede inventář, je vedoucí všech ošetřovatelek a pomocnic na oddělení. Přiděluje a vyměňuje sestry, zaučuje nový personál, radí a pomáhá ostatním sestřím. Je přímo podřízena primáři, ve věcech administrativních je podřízena správci. Nemá noční služby, je denně na oddělení a usnadňuje lékařům práci.“ (Hejduk, 1937)*

MUDr. F. Pachner zpracoval na Ostravsku v roce 1940 tzv. „Normálie“. Byl to popis veškerých úkonů ošetřovatelky seřazený abecedně, včetně popisu činnosti vrchní sestry. „*Vrchní sestra je nadřízena personálu a přísluší jí dozor nad veškerou službou ošetřovatelek, služek a zřízců, jak v pokojích nemocných, tak v ambulancích, operačních sálech a ostatních pracovnách příslušného oddělení. Přesvědčuje se, zda všechny práce spojené s ošetřováním nemocných jsou včas a správně vykonávány, zda místnosti jsou dobře větrány a v době zimy vhodně vytápěny, a zda se udržuje dokonalý pořádek a čistota. Zvláštní pozornost věnuje noční stolkům pacientek, aby se zde neshromažďovaly zbytky jídel a aby příbor aj. předměty zde byly uloženy čisté a urovnané. Kontrolu nočních stolků provádí 2x v týdnu a při opakovaném zjištění nepořádku oznámí tuto nedbalost primáři. Dohlíží na správné dodržování služby denní a noční, uděluje volna a pečuje o to, aby se ošetřovatelky ve službě pravidelně střídaly. Účastí se lékařských vizit a činí si záznamy o speciálních ordinacích a dohlíží, zda se rozkazy lékařů správně vykonávají a nemocným se dostává předepsaných léků a pokrmů. Kontroluje výkazy diet předané jí ošetřovatelkami z jednotlivých oddělení a sestavuje na jejich podkladě jídelní lístek. Po revizi provedené prvním asistentem odevzdá jídelní list v určenou hodinu kuchyňské režii. Je přítomna při rozdělování pokrmů nemocným, všímá si, zda je nádobí a jídelní náčiní čisté a stará se o to, aby se nemocným dostalo pokrmů ve stavu vhodně temperovaném a chutně upraveném. Dohlíží, aby se předpisy domácího řádu přesně zachovávaly, a ihned zakročuje při jeho přestupcích. V době návštěvy aspoň jednou projde nečekaně všemi pokoji a zjistí, zda jsou dodržovány předpisy pro návštěvy platné. Hlásí onemocnění personálu ihned primáři a řediteli nemocnice, popř. revidentce, která opatří substituci. Má stálý dozor nad dílčími knihovničkami jednotlivých oddělení. Vede v evidenci všechny transfuze a všechny děti, jež byly kalmetizovány. K revizi objednává matky s dětmi po roce do kojeneckého ústavu. Vrchní sestra vede dozor nad inventáři a všímá si bedlivě, zda se inventární předměty udržují v dobrém stavu a zda se s nimi zachází šetrně. Dohlíží především na stav prádla, zda je čisté a nepoškozené a pečuje o jeho včasnou výměnu. Zařizuje opravy a výměny nástrojů a přístrojů lékařem za nutné uznanou a vede v evidenci,*



*zda objednávky byly správně vyřízeny. Veškeré materiály dodané pro ústav převezme vrchní sestra od dodavatele a rovněž je vydává oddělením. K čelním povinnostem vrchní sestry náleží hájiti zájmy ústavu, pečovatí, aby ústav nebyl v nižším směru poškozován. Zjistí-li vrchní sestra závady ve vykonávání služebních povinností, nešetření aneb jakéhokoliv konání, směřující k poškození ústavu, má ihned zakročiti k odstranění závady. Jestliže by i důrazně opakované napomenutí její zůstalo nepovšimnuto, učiní o tom hlášení lékaři, příp. správě nebo ředitelství nemocnice. V nepřítomnosti ji zastupuje její zástupkyně, kterou určí primář ze služebně nejstarších ošetřovatelek.“*

### **Organizace ošetřovatelské péče**

Dr. Hejduk (Hejduk, 1937) doporučoval, aby definitivnímu ustanovení do funkce vrchní sestry předcházela zkušební doba, během které se osvědčí. Rozsah činností, které vrchní sestra vykonávala, byl široký. V některých nemocnicích byla začleněna do úzkého vedení a chápána, z dnešního pohledu, spíše jako hlavní sestra.

Ve FN Motol se pokoušeli uvést do praxe návrh diplomované sestry E. R. Tobolářové (asistentka ve Státní ošetřovatelské škole založené 1916). Navrhla změnu organizace ošetřovatelské služby v těsné návaznosti na ošetřovatelskou školu. Princip návrhu spočíval ve sloučení funkce představené školy a představené sester v nemocnici v jedné osobě a podobně sloučení funkce vrchní sestry v nemocnici s funkcí sestry instruktorky v ošetřovatelské škole. Návrh byl zdůvodňován ekonomickými hledisky i zkušenostmi ze zahraničí. (Kafková, 1992) Jak už jsme zmiňovali na začátku našeho historického exkurzu, řada lékařů nebyla přesvědčena o nutnosti zařazení civilních sester do nemocnic a léčebných ústavů. V zařízeních, kde pracovaly jen řádové sestry, byla vedoucí funkce sestry představené řešena ve smlouvě s příslušným církevním řádem. Sestra představená řídila ošetřovatelskou službu. V nemocnicích, kde vedle sebe pracoval personál řádový i civilní, byly ustanovovány civilní vrchní sestry pro jednu kliniku nebo pro jedno lůžkové oddělení. Pro veřejné nemocnice nebyly vydány služební předpisy, které by upravovaly ošetřovatelskou službu a její organizaci, které by zároveň vymezovaly funkci vedoucí civilní sestry představené, vedoucí sestry oddělení a ostatních ošetřovatelek. Snahy, aby se tyto otázky a problémy řešily, vyvíjela Společnost československých nemocnic. Rovněž ideálem Spolku diplomovaných sester byl větší vliv kvalifikovaných sester s vlastnostmi vedoucích pracovníků. Dalšími ideály bylo prosazení systemizovaných míst sester představených v ošetřovatelských školách a ve státních i veřejných nemocnicích, tedy funkce představených a vrchních sester ve všech

ústavech a veřejných nemocnicích. Obsazována měla být tato místa diplomovanými sestrami se zvláštní odbornou kvalifikací a schopností pro tuto funkci. Tyto požadavky zazněly také na II. Sjezdu diplomovaných sester-ošetřovatelek v Praze, který je považován za přelomový ve vývoji československého ošetřovatelství, v prosinci 1931. Snahy ani ideály obou organizací nebylo možné realizovat. Pravděpodobně to souviselo s tím, že počínaje rokem 1935, se do čela řady organizací dostávali zástupci německých úřadů. Dalšími problémy byl také stále velký počet nekvalifikovaných ošetřovatelek v poměru ke kvalifikovaným. V neposlední řadě to byl také nedostatek zákonů upravujících ošetřovatelskou problematiku. (Kafková, 1992) Život v naší zemi se stával komplikovanější, podmínky společenské a sociální méně příznivé.

### **Vzdělávání vedoucích sester**

V souvislosti s rozšiřováním pozic vrchních sester v nemocnicích se sestry ze Spolku diplomovaných sester zamýšlely nad přípravou kurzu pro vrchní a vedoucí sestry nemocnic. Kurz plánovaly na prosinec roku 1941. K realizaci již nedošlo.

Vedoucí sestry mohly být členkami Společnosti československých nemocnic, neboť to připouštěly její stanovy. (Kafková, 1992)

### **Závěr:**

V období mezi dvěma světovými válkami byla vyvíjena snaha zejména Spolku diplomovaných sester a pokrokových lékařů o prosazení civilních sester a civilních sester představených. S rozvojem medicínských oborů, jejich specializací, nárůstem počtu oddělení, klinik vzniká postupně potřeba mít ve vedení klinik vrchní sestru. V její kompetenci bylo vedení a řízení ošetřovatelského a pomocného personálu, dohled a kontrola na péči o pacienta, ale i provozní záležitosti pracovišť. Při studiu historických pramenů se dozvídáme, že vrchní sestrou byla nazývána v řadě nemocnic a léčebných ústavů civilní sestra představená. Vrchní sestra byla ustanovena tam, kde bylo v lůžkových zařízeních více oddělení. Proto také její kompetence, viděno z našeho úhlu pohledu, zahrnují, jak činnosti hlavní sestry/náměstkyně pro ošetřovatelskou péči, tak vrchní sestry a někde i staniční sestry.

**Literatura:**

- 1) HEJDUK, B. (červenec 1937). O službě vrchní sestry na nemocničním oddělení. *Československá nemocnice*, stránky 195 - 197.
- 2) KAFKOVÁ, V. (1992). *Z historie ošetřovatelství*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- 3) Ošetřovatelská hlídka. Volná místa. (1927). *Zprávy Čs. Červeného kříže*, s. 143.
- 4) Služební instrukce ošetřovatelek nemocných ve všeobecné nemocnici v Praze. (27. leden 1931). *Služební instrukce ošetřovatelek nemocných ve všeobecné nemocnici v Praze*. Praha: Všeobecná nemocnice, vl. nákl.

**Korespondence:**

Mgr. Eva Marková, RN  
Ústav teorie a praxe ošetřovatelství  
Univerzita Karlova v Praze, I. lékařská fakulta  
Václavská 800  
140 59 Praha 4 – Krč  
Email: eva.markova@lf1.cuni.cz

## **PSYCHICKÁ PRACOVNÍ ZÁTĚŽ U VYBRANÝCH SKUPIN VŠEOBECNÝCH SESTER**

**Daniel Jirkovský**

Ústav ošetřovatelství UK 2. LF a FN Motol

### **Souhrn:**

*Článek přináší výsledky vlastních šetření autora, která se uskutečnila v posledních třech letech u vybraných skupin všeobecných sester v pražských fakultních nemocnicích s cílem zjistit jakým způsobem a jak intenzivně vnímají všeobecné sestry psychickou pracovní zátěž a pracovní stres.*

### **Klíčová slova:**

*Psychická pracovní zátěž; Pracovní stres; Přetížení; Monotonie; Všeobecná sestra*

### **Úvod:**

Dynamický vývoj současné společnosti provázený celou řadou změn i v oblasti lidské práce a její organizace, vybízí k zamyšlení jak upravovat měnící se podmínky lidského života tak, aby byly pro člověka příznivé, neškodily mu a zároveň aby přispívaly k rozvoji jeho osobnosti. Vzhledem ke všeobecně známému stavu českého zdravotnictví, který je v některých regionech nově zhoršován i faktickým nedostatkem všeobecných sester i dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, nabývá problematika kvality pracovního života a tedy i následné výkonnosti a stabilizace ošetřovatelského personálu na mimořádném významu. V této souvislosti proběhla v letech 2007 – 2009 celá série dotazníkových šetření se zaměřením na zjištění kvality a míry percepce psychické pracovní zátěže u tří skupin všeobecných sester a to u absolventek škol, jejich školitelek (tedy sester s praxí) a u skupiny vrchních sester, jejichž výsledky jsou obsaženy v tomto příspěvku.

### **Metodika:**

K verifikaci percepce pracovní zátěže byla použita Meisterova metoda, resp. její upravená verze z roku 1987. Předností této metody spočívající v aplikaci a v následném vyhodnocení dotazníku, je její stručnost, srozumitelnost a jak uvádí i Hladký a Židková (1999, s. 39) i dobrá reliabilita. Vlastní dotazník tvořilo 10 uzavřených otázek, prostřednictvím kterých byly zjišťovány pocity respondentů při práci s využitím pětistupňové škály odpovědí. Dotazník byl vyhodnocen jak za celou skupinu respondentů (vyhodnocení podle faktorů pracovní zátěže,

vyhodnocení podle otázek a stanovení klasifikace zátěže), tak i v rámci individuální diagnostiky v podobě stanovení klasifikace zátěže pro každého respondenta.

### **Materiál:**

#### Soubor č. 1

tvořilo celkem 60 absolventek škol s průměrným věkem 23,45 roku, které zahájily pracovní adaptaci v letech 2005 a 2006. Pod pojmem absolventka školy se pro potřeby vlastního šetření a v souladu s běžnou praxí rozumí sestra, které celková doba zaměstnání v pracovním nebo v podobném poměru nedosáhla po úspěšném ukončení studia dvou let. Do této doby se nezapočítává délka základní vojenské služby a civilní služby, doba mateřské a další mateřské dovolené.

#### Soubor č. 2

tvořilo celkem 82 školitelek pracovní adaptace, které vedly absolventky škol, jež do pracovního poměru nastoupily v letech 2005 a 2006. Z hlediska věkové struktury respondentek bylo nejvíce školitelek ve věku 51 a více let (24 %), následovaly školitelky ve věku 31 - 40 let (23 %) a školitelky ve věku do 30 let (22 %). Nejméně školitelek bylo ve věku 41 – 50 let (12 %). Svůj věk neuvedlo 19 % respondentek.

#### Soubor č. 3

zahrnoval celkem 37 vrchních sester Fakultní nemocnice v Motole. Všechny účastnice šetření byly ženy s nejčtenějším zastoupením ve věku 51 a více let (37,8%). Následovaly respondenty ve věku 41 až 50 let (35,1%). Ve věku mezi 31 a 40 lety byly pouze tři dotazované (8,1%). Ostatní vrchní sestry na otázku zjišťující jejich věk neodpověděly (19%).

### **Organizace:**

Vlastní šetření i sběr dat proběhl anonymním způsobem. Návratnost dotazníků u souboru absolventek škol činila 64,2 %, u souboru školitelek 78,5 % a u souboru vrchních sester 88%.

### **Výsledky**

V následující části textu jsou uvedeny výsledky vlastního šetření u všech skupin respondentek a to nejprve za celé skupiny a nakonec i z hlediska individuální diagnostiky.

U každé z otázek dotazníku byl vypočítán medián, aritmetický průměr a směrodatná odchylka. Pro orientační hodnocení zatěžujících faktorů se při aplikaci a vyhodnocení Meisterova dotazníku používají kritické hodnoty mediánů, se kterými se porovnávají mediány stanovené u každé otázky.

Překročení kritické hodnoty mediánu znamená, že respondentky celého souboru vnímají posuzovaný faktor negativně. Ve všech souborech byla kritická hodnota mediánu výrazně překročena o celou jednotku v poloze časové tísně a kritické hodnoty dosáhla ještě v hodnocení položky pracovní odpovědnosti. U vrchních sester navíc i v poloze pracovní únavy. Respondentky v souboru absolventek škol negativně hodnotily i položku dlouhodobé únosnosti práce všeobecné sestry, přičemž kritická hodnota mediánu u této položky u školitelek pracovní adaptace a vrchních sester překročena nebyla. Dále bylo zjištěno obecně horší hodnocení jednotlivých položek u absolventek škol, než u školitelek pracovní adaptace a to především v položkách popisujících problémy a konflikty na pracovišti a v charakteru vlastní práce v tom smyslu, že absolventky škol považují vlastní práci častěji za otupující, než jejich školitelky. V žádném z těchto případů však nebyla překročena kritická hodnota mediánu.

Dále byl vypočítán aritmetický průměr a směrodatná odchylka u faktoru přetížení, faktoru monotonie, nespecifického faktoru a tzv. hrubý skór. Zjištěné hodnoty byly porovnány s populační normou pro ženy. U školitelek pracovní adaptace bylo zjištěno překročení normy jen u faktoru monotonie. V souboru absolventek škol byla norma překročena ve všech shora uvedených faktorech, kromě nespecifického faktoru. U vrchních sester byla populační norma pro ženy překročena pouze u faktoru přetížení.

Zatímco školitelky pracovní adaptace vnímají nadměrnou zátěž jen z hlediska monotonie a vrchní sestry z hlediska přetížení, tak absolventky škol z hlediska přetížení, monotonie i celkové psychické zátěže související s vlastním povoláním. V ostatních faktorech zjištěné hodnoty výrazně tendovaly ke stanovené populační normě. Jejich hodnot, ale dosaženo nebylo. Rozdíly jsou však velmi těsné a jsou v řádu setin či desetín. Kromě posouzení aritmetických průměrů byla vyhodnocena i směrodatná odchylka. Oproti stanovené populační normě jsou směrodatné odchylky u vlastních souborů výrazně nižší, z čehož lze vyvodit, že z hlediska kvality prožívání pracovní zátěže jsou vlastní soubory více homogenní.

Součástí vlastního šetření byla i skupinová klasifikace zátěže Meisterovou metodou. Bylo zjištěno, že všechny tři skupiny respondentek snášejí pracovní zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. I v tomto případě dosahují výsledky klasifikace hraničních hodnot. Nelze tedy vyloučit, že na některých pracovištích může z důvodu intenzity či kvality zátěže pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu, resp. výkonnosti všeobecných sester.

#### **Diskuse:**

Prezentované výsledky vlastního šetření vyvolaly řadu otázek, které byly následně řešeny. Získaná data byla v této souvislosti podrobena statistické analýze s cílem ověřit, zda se hodnocení pracovní zátěže školitelkami, absolventkami škol a vrchními sestrami statisticky významně neodlišuje v některé z posuzovaných položek, do jaké míry je hrubý skór závislý na proměnných jednotlivých souborů a zda v rámci jednotlivých souborů neexistují nějaké specifické skupiny respondentek s typickými odpověďmi.

Statistickým posouzením dat bylo zjištěno, že hodnocení pracovní zátěže vrchními sestrami, školitelkami i absolventkami škol se statisticky významně neliší v žádné ze sledovaných položek. Hrubý skór je statisticky nezávislý na věku, klinickém oboru, typu pracoviště a na dalších proměnných. Shlukovou analýzou nebyly zjištěny žádné specifické skupiny respondentů s typickými odpověďmi. Neexistuje tedy vztah mezi vnímáním intenzity pracovní zátěže a profilem respondentek.

#### **Závěr:**

Vlastním šetřením byla ve všech souborech respondentů zjištěna kombinovaná psychická zátěž monotonie a přetížení bez pravděpodobnosti ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti, avšak na samotné horní hranici normy. Výsledky vlastního šetření by zároveň měly vést k zamyšlení nad současnými pracovními podmínkami všeobecných sester v nemocnici a k hledání takových opatření, která povedou k jejich vhodné úpravě.

#### **Literatura:**

- 1) HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 78s. ISBN 80-7184-890-5
- 2) JIRKOVSKÝ, D. Percepce psychické pracovní zátěže všeobecnými sestrami – absolventkami škol. In *Sociokulturní - právní, ekonomické a politické determinanty*

*v ošetřovatelství a v porodní asistenci*, s. 121 – 128, 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství univerzity Palackého, 2008, ISBN 978-80-244-2105-6

- 3) JIRKOVSKÝ, D. Hodnocení psychosociální zátěže všeobecných sester ve fakultní nemocnici s využitím Meisterovy metody In *Cesta k modernímu ošetřovatelství X – sborník příspěvků z konference konané ve dnech 18.9. – 19.9. 2008 ve FN v Motole*, 1. vyd. Praha, Fakultní nemocnice Motol, 2009, s. 18 - 20 ISBN 978-80-87347-00-3
- 4) JIRKOVSKÝ, D., VEVERKOVÁ, K. Vnímání únavy všeobecnými sestrami – výsledky pilotní studie. In *Vinohradské ošetřovatelství 105 let zkušeností pro současnost a budoucnost – recenzovaný sborník příspěvků z konference Ošetřovatelství v roce 2007*, 1. vyd. Praha, Evropské sociálně zdravotní centrum Praha, 2008, s. 90 - 97 ISBN 978-80-87244-14-2
- 5) JIRKOVSKÝ, D., ŠVARCOVÁ, E., HALUZÍKOVÁ, J., NOVÁKOVÁ, J. Psychická pracovní zátěž všeobecných sester v manažerských funkcích jako jedna z determinant určujících kvalitu jejich pracovního života In *Ošetřovatelstvo 21. storočia v procese zmien – zborník z medzinárodného sympózia, Nitra 10.9. – 11.9. 2009*, 1. vyd. Nitra, Univerzita Konštantína filozofa v Nitre (v tisku).

#### **Kontaktní adresa:**

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



## MORÁLNÍ DISTRES JAKO JEDNA Z PŘÍČIN SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jana Heřmanová, Marie Zvoničková, Hana Svobodová,  
Ústav ošetřovatelství, UK 3. LF

### Souhrn:

*Průspěvek představuje termín morální distres jako jednu z možných příčin syndromu vyhoření sester. Termín byl poprvé použit v zahraniční literatuře v roce 1984, v české literatuře se dosud běžně nevyskytuje. Syndrom vyhoření je naproti tomu jev poměrně častý a sestry jej označují jako jeden z mnoha faktorů, které ovlivňují kvalitu poskytování ošetřovatelské péče. Autorky při zkoumání morálního distresu zjistily, že přes určitá specifika českého prostředí, jsou příčiny morálního distresu a syndromu vyhoření u českých sester stejné jako u zahraničních kolegyně.*

### Klíčová slova:

*Morální tíseň; Morální konflikt; Syndrom vyhoření; Etické principy; Hodnoty*

### Úvod

Podle dostupné zahraniční literatury byl termín morální tíseň (moral distress) poprvé použit v roce 1984. Autor Andrew Jameton morální tíseň definuje jako utrpení, které sestry zažívají, když jim okolnosti prostředí nebo podmínky dané pracovním prostředím neumožní jednat tak, jak cítí, že je eticky správné. (Pendry, 2007) V české ošetřovatelské literatuře se termín morální distres nevyskytuje, dobře je však známý syndrom vyhoření, jež je jedním z projevů i důsledků morálního distresu.

Mezi hlavními důvody vzniku morálního distresu se uvádí nedostatek ošetřujícího personálu a z toho vyplývající nedostatek času, nedostatek podpory sester ze strany vedení, podřízenost lékařů a povinnost respektovat jeho rozhodnutí i v případech, kdy sestra cítí, že nařízení neodpovídá daným standardům nebo potřebám pacienta, směrnice zařízení a legislativa. Například sestry mají dva nadřízené, jedním je organizace, která sestry platí a druhým je lékař, který ordinuje, a tím pádem určuje, co sestra bude dělat.

Pokud dochází k nesrovnalostem mezi nařízeními, která vyplývají ze směrnic organizace, a představami lékaře, je to často sestra, která se ocitá v nepříjemném středu a řeší dilema, kterou z autorit uposlechnout. Je ohrožen hodnotový systém sestry, která usiluje o dosažení

optimálního výsledku péče, avšak naráží na to, že má více odpovědnosti než autonomie. Tolik citovanou roli sestry jako „advokátky nebo obhájkyň“ zájmu pacienta však mohou negativně ovlivnit i preference samotných pacientů či jejich blízkých.

### **Cíl práce:**

Cílem práce bylo zjistit, zda se morální distres vyskytuje i u sester v České republice a do jaké míry ovlivňuje jejich spokojenost s povoláním, případně rozhodnutí odejít ze zaměstnání. Jedním z cílů bylo také ověřit, zda metoda nestrukturovaného rozhovoru je v tomto případě dostačující.

### **Metodika:**

Pilotní studie charakteru kvalitativního výzkumu. Rozhovor se záznamem, zpětná analýza rozhovoru. Soubor tvořilo 15 sester, které jsou v praxi od 2 – 25 let.

### **Výsledky:**

Vzhledem ke zvolené metodě nejsou získané výsledky zpracovány do grafů či tabulek, spíše jsme se pokusily uspořádat výpovědi jednotlivých sester do několika hlavních tematických okruhů, podle problémů, které tyto sestry vnímaly. Při výčtu těchto témat jsme zařadily i autentické výpovědi sester.

Při hodnocení etických problémů a toho, co je na jejich práci nejvíce trápí, označily sestry tyto hlavní problémové oblasti:

- Nedostatek času
- Chování lékařů
  - k pacientům
  - k sestrám
  - obecně
- Chování sester
  - k pacientům
  - k sobě navzájem
- Otázky vysazování léčby

Tyto výsledky se neliší od informací dostupných v zahraniční literatuře. Jednotlivé problémy se samozřejmě mohou odlišovat podle rozsahu kompetencí a míry autonomie sester v různých zemích.

*Nedostatek času* je velmi významný faktor, na který všechny sestry poukazují. Zejména negativně vnímají fakt, že vzhledem k malému počtu sester a pomocného personálu na oddělení, nemají čas věnovat pacientům péči nad rámec plnění lékařských ordinací. Sestry tuto frustraci vyjadřovaly různým způsobem, jedna například použila termín „čičovat“. „Není čas na povídání s pacienty „do hloubky jestli víte, co tím myslím“ („chtěla bych je čičovat“ – věnovat jim péči, poznámka JH). Sestry si dále stěžovaly, že někdy ani nestihnou splnit řádně zadané úkoly, nedostatek sester ohrožuje podle nich bezpečí pacientů.

Velkým faktorem, který sestry z etického hlediska vnímají velmi negativně, je chování lékařů: k pacientům, sestřám i obecně, kam lze zařadit například vědomé či nevědomé nedodržování standardů. „My musíme standardy dodržovat, ale na doktora si nikdo netroufne“.

Sestry poukazovaly na nedostatečné informování pacientů o plánovaných procedurách, pacienti se o nich dozvídají v noci od sester, „je pak rozmrzelý a má po ruce sestru“. Lékaři neinformují pacienty otevřeně o prognóze, zejména u terminálních stavů, nedávají šanci plánovat péči jinde než v nemocnici. Dalším problémem, který u jedné sestry vyvolával přímo úzkostné pocity, byla nerozhodnost při péči o pacienty v terminálním stavu. Sestra při vzpomínce na nedávnou zkušenost z noční služby vypověděla, že „paní je jakoby DNR, ale paní doktorka si tím není moc jistá“. „Proč do ní musí pořád strkat trubičky, odsávat atd.?“ I další sestry si kladly otázku, proč se někteří pacienti léčí „až do úplného konce“. Kromě špatné komunikace s pacienty a v některých případech i užití velmi devalvujících výroků: „jste tlustá jako prase“, sestry poukazovaly také na to, že lékaři nechají někdy pacienty s bolestí čekat delší dobu, než předepíší lék proti bolesti.

Stejně jako v zahraničí, i u nás si sestry stěžují na to, že lékaři neuznávají jejich práci a odbornou zdatnost, a přitom „využívají ošetřovatelskou dokumentaci“ (např. překladové zprávy jako zdroj informací). Nechají sestry v tíživé situaci samotné a potom „řvou“, když se něco stane (lékaři na sále, sestry na oddělení). Některé přímo označily chování lékařů k sestřám jako nekollegiální – „hlavní důvod, proč jsem odešla, bylo chování lékařů k sestřám“.

Jako další velký etický problém označily respondentky chování sester k sobě navzájem, ale především k pacientům. Nevhodné výroky o pacientech a k pacientům, nedodržování soukromí pacientů, nedodržování standardů a evidence based postupů, vědomé porušování směrnic za účelem ušetření času. Sestry v těchto případech řešily především etické dilema, jak v takových případech (kdy může dojít i k poškození pacienta) postupovat a vyhnout se šikaně či nařčení z „bonzování“. Zvláštní kategorií jsou sestry studentky, které samy pracují a při ošetřovatelské praxi na jiných odděleních vidí chyby, které odsuzují, ale mají také problém se sníženou autonomií při poskytování péče v době praxe.

Kromě vztahových záležitostí se některé sestry dotkly i otázky vysazování léčby u pacientů s poškozeným mozkem nebo u pacientů na dialýze. Mladá sestra s 2 roky praxe se zamýšlela nad případem pacientky v PVS, která byla odpojena od ventilátoru, byly vysazeny léky proti bolesti i inzulin. „Je to pro lékaře těžké? „Porušují své poslání chránit a udržovat lidské životy?“ Trpí pacient po odpojení z ventilátoru bolestmi? Projevy hyperglykémie či dehydratace? Podle ní „sestry a tím bojovaly“. Jiná sestra vzpomínala na svou praxi na dětském oddělení: „špatně jsem nesla debaty o odpojení dítěte, i doktorům to dělalo problémy“.

### **Diskuse:**

S termínem morální distres jsme se setkaly na zahraničních konferencích a v zahraniční literatuře. V mnoha zemích se v současné době řeší nedostatek sester a za jeden z významných faktorů je považován syndrom vyhoření, na jehož vzniku se morální distres významně podílí. Vzorek 15 sester je příliš malý na to, abychom z něj vyvozovaly obecné závěry, nicméně obsah seminárních prací z etiky, které píší studentky bakalářského studia ošetřovatelství denní i kombinované formy, získané poznatky potvrzují. Pro získání většího množství dat by bylo výhodné oslovit větší množství sester formou dotazníku. Musel by však být velmi dobře strukturován, aby dokázal změřit nejen problémy, které sestry vnímají jako neetické, ale také to, do jaké míry se tyto problémy podílejí na vzniku psychosomatických obtíží a dalších projevů morální tísně.

Rozhovor umožnil zeptat se sester na tyto věci přímo, psychosomatické potíže a odchod z předchozího zaměstnání kvůli výše uvedeným problémům uvedla spontánně pouze jedna sestra. Ostatní na cílený dotaz projevy morální tísně popíraly a uvedly, že v práci zatím zůstávají. Významným faktorem je zde nejen motivace k povolání sestry: „ze zdravotnictví

bych nikdy neodešla“, ale i spokojenost se vztahy na pracovišti a vysoká míra autonomie sester v některých provozech: „z dialýzy se neodchází“.

Vzhledem k současnému velkému nedostatku sester a neochotě absolventů zdravotnických škol nastoupit do zaměstnání je důležité se dále touto problematikou zabývat, vypracovat metodiku měření morálního distresu použitelnou v českém prostředí a s výsledky seznámit širokou zdravotnickou veřejnost.

### **Závěr:**

Příspěvek přináší výsledky pilotní studie na téma morální distres a jeho význam u českých sester. Výsledky ukázaly, že sestry vnímají jako neetické zejména vztahy zdravotnických pracovníků k pacientům, ale i k sobě navzájem, z organizačních faktorů pak především nedostatek sester, který neumožňuje poskytovat sestřím takovou péči, kterou si podle nich pacienti zaslouží a malé uznání práce sester nejen lékaři, ale v některých případech i samotnými pacienty. Když sestry mluví o „etických problémech“, nepoužívají terminologii principů, některé problémy neoznačily za etické, pokud nebyly přímo dotázány (například otázka vysazení léčby). Ty, které odešly z pracoviště, uvedly jako hlavní důvod vztahy (i mezi sestrami). „Špatně jsem spala, před spaním jsem vedla dlouhé monology s lékaři, staniční sestrou i kolegyněmi, práce mě přestala těšit, nezajímala jsem se o novinky...“. Sestra je nejčastějším terčem kritiky – vždy je možné najít něco, co není v pořádku (například proces akreditace). Na lékaře, který má v této zemi vysoké společenské postavení, si „troufne“ málokdo i v případech, kdy prokazatelně nepostupoval správně. Sestry tuto skutečnost vnímají jako nespravedlivou.

### **Literatura:**

- 1) PENDRY, P., S. Moral Distress: Recognizing it to Retain Nurses. *In Nursing Economics*, 2007, roč. 25, č. 4, s. 217-221. ISSN 0746-1739

### **Korespondence:**

Mgr. Jana Heřmanová  
Ústav ošetřovatelství UK 3. LF  
Ruská 91  
100 00 Praha 10  
Email: jana.hermanova@lf3.cuni.cz

## **PSYCHOSOCIÁLNÍ STRES ZDRAVOTNÍCH SESTER**

**Eva Švarcová**

Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové

### **Souhrn:**

*Příspěvek seznamuje s důsledky psychosociálního stresu, představuje reakce na stres, podává nástin možností řešení se zaměřením na sociální oporu a psychohygienu.*

### **Klíčová slova:**

*Stres; Distres; Psychohygienu; Sociální opora; Syndrom vyhoření.*

### **Úvod**

Péče o vážně nemocné, zejména v terminálním stádiu nemoci patří z hlediska psychické zátěže mezi nejnáročnější. Lékaři, sestry i další zdravotnický personál se denně setkávají s bolestí, utrpením a se smrtí. Denně řeší náročné situace a denně jsou vystaveni stresu, jehož důsledky mohou být při nedodržování psychohygieny katastrofální.

### **Důsledky psychosociálního stresu**

Stres je náročná životní situace, kdy se lidé setkají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení svého tělesného nebo duševního blaha. Náročné životní situace či zátěžové situace mají určité znaky:

- nejasnost, nepřehlednost → člověk se nedokáže v situaci vyznat, chybí mu náhled na situaci, nerozeznává vztahy;
- aktuální neřešitelnost → člověk sice chápe situaci, ale nenachází řešení, strategii;
- nezvládnutelnost → člověk má přehled o situaci i představu, jak ji řešit, ale chybí mu prostředky, není v tzv. v jeho silách věc řešit;
- nebezpečí, ohrožení → řešení dané situace může znamenat přímé nebo následné ohrožení jedince, jiných osob či hodnot, tlačí nás na hranice našich možností;
- neovlivnitelnost → situaci skutečně nemůžeme ovlivnit, nebo máme ten pocit (přesvědčení, že průběh událostí můžeme ovlivnit, snižuje naši úzkost);
- nepředvídatelnost → možnost předvídat stresovou situaci většinou snižuje intenzitu stresu a to i tehdy, nemůže-li ji člověk ovlivnit.

Reakce lidí na stresovou událost se velmi liší. Někteří začnou trpět psychickými nebo tělesnými potížemi, zatímco jiní lidé nikoli a u dalších je taková situace dokonce výzvou a povzbuzením k vyšším výkonům.

Stejná zátěž může být u různých osob různě vnímána, interpretována i různě zvládána.

Vnitřním klíčovým faktorem je **osobnost jedince**

Za vnější klíčové faktory jsou pokládány **sociální síť a sociální opora**

Stres má určité fáze. Nejprve vyvolá poplachovou reakci, následuje obrana organismu, vyčerpání a smrt.

K hlavním symptomům distresu patří: třesení rukou, zvýšené pocení, tiky, zvýšená reakce na zvuky, podrážděnost, hádavost, nervozita, pocity úzkosti, deprese, potíže s rozhodováním, zapomínání schůzek, závazků, informací, snížená sexualita, problémy se spánkem, nechutenství nebo přejídání se, nutkání plakat, schovat se, utéci apod.

Častý příznakem bývá náhlá změna obvyklého chování (dobrý pracovník se stane nedbalým, ten, kdo rád pracoval v týmu, se stane samotářem, extrovert se strání lidí, atd.), zvýšená nedůvěřivost vůči spolupracovníkům a členům rodiny, únava, slabost, bolesti hlavy, šije a v oblasti páteře.

### **Psychické reakce na stres**

Úzkost - bývá charakterizována jako starost, obava, napětí. Důležitá je míra úzkosti: normální, neurotická a patologická

Vztek a agrese - často jsou spojeny se situací frustrace, kdy je znemožněno dosažení cíle, o který osoba usiluje; agrese je zaměřena na objekt či osobu, která znemožnění způsobila; agrese může být fyzická i verbální, přímá i nepřímá (přesunutí agrese na někoho či něco jiného.

Apatie a deprese - uzavření se do sebe a apatie je odlišnou reakcí od agrese, pokud stresové podmínky přetrvávají, může dojít k depresi.

Oslabení kognitivních funkcí - potíže se soustředěním a logickým uvažováním, zhoršování výkonu.

### **Sociální síť**

Sociální síť tvoří společenství druhých lidí, kteří nám poskytnou pomoc v případě potřeby. Člověk, který si váží druhých lidí, připisuje jim větší hodnotu než věcem, vytváří kolem sebe sociální síť přátelských vztahů.

### **Sociální opora**

Sociální opora je systém sociálních vztahů a vazeb, které člověk vytváří ve svém sociálním okolí. Jedná se o systém sociálních vztahů, ze kterých lze v případě potřeby čerpat. Osoby mající pozitivní vztahy a úzké vazby na ostatní lidi, lépe odolávají různým stresorům v životě i v práci.

#### Rozlišujeme několik druhů sociální opory:

- emoční opora → možnost pohovořit si o problémech s chápajícím jedincem
- instrumentální opora → praktická pomoc při nějaké činnosti
- hmotná opora
- podpůrná atmosféra
- hodnotící opora
- informační opora → zprostředkování informací nebo rad

Velmi důležité je přesvědčení, že blízké osoby jsou v případě potřeby připraveny nám pomoci, že se o nás zajímají a že jsme ostatními přijímáni. Získaná opora aby byla účinná, musí vyhovovat potřebám adresáta. V rámci pracovního stresu se ukázalo, že nejúčinnější je sociální opora od nadřízeného - je efektivnější než opora od spolupracovníků nebo od osob mimo pracovní prostředí.

### **Syndrom vyhoření**

Za syndrom vyhoření mohou velké ideály a špatný zaměstnavatel. Je důsledkem zejména chronického pracovního stresu. Původně se předpokládalo, že hlavní charakteristikou syndromu vyhoření je práce s lidmi. Poslední výzkumy však ukazují, že se spíše jedná o náročnost pracovní činnosti, o vysoký nekolisající výkon s malou možností úlevy a vysokými postihy za chyby. Syndrom vyhoření může být též důsledkem selhání při hledání smyslu života.



### Fáze syndromu vyhoření:

- Nadšení - nerealistická očekávání, idealismus, elán do práce.
- Stagnace - střet s realitou, člověk je donucen slevit ze svých ideálů.
- Frustrace - pocity zklamání a marnosti týkající se efektivity a smyslu pracovní činnosti. Člověk, který pracoval pro určitý ideál, nyní pracuje pro peníze. Místo smysluplných cílů nastupují zdánlivé cíle - život podle módy, konformita k dané společnosti, přimknutí se k nějaké ideologii, filozofii, uměleckému směru apod.
- Apatie - člověk dělá pouze to, co musí. Častá bývá ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Člověk se dívá na lidi, jako na věci. Typické je necitlivé a necitelné chování, cynismus, ironie, sarkasmus, ztráta úcty k vlastnímu životu. Ničeho si neváží, nic pro něj nemá opravdovou hodnotu.

Základním pocitem u syndromu vyhoření je pocit profesionálního selhání, neúspěchu, nesmyslnosti pracovního snažení. Vše je spojeno s pocity fyzického vyčerpání i s dalšími problémy, jako nespavost, nechutenství, nebo naopak přejídání, žaludeční obtíže, konzumace alkoholu, léků, cigaret.

V psychické oblasti se objevuje pocit odcizení, depersonalizace - odpoutání se, distancování se od ostatních lidí, uzavření se do sociální izolace. ***Nutná je včasná intervence - cokoliv, co vede k přerušení vyhořívání.***

### **Základy psychohygieny (prevence syndromu vyhoření)**

- smysluplnost - problémy a řešení úkolů je třeba vidět jako smysluplné, možnost volit tempo i směr postupu práce;
- přiměřené sociální uznání - ohodnocení společnosti, důležitost, poslání;
- srozumitelnost - pochopení své pozice v celku, ve společnosti, určitý řád, pořádek, pravidla, na která se může spolehnout;
- zvládnutelnost - uvědomování si vlastních sil a možností a sil a možností lidí kolem, důvěra v účinnost vlastního zásahu do situace;
- stanovení nejen cílů, ale i nástrojů - dopředu vědět, jak na to (i v případě katastrofického scénáře), plánování;
- dobře fungující zpětná vazba - pozitivní sebehodnocení, víra ve vlastní schopnosti, pocit, že mohu ovlivnit události ve svém životě;
- atmosféra - klidná a povzbuzující, omezit všechny rušivé vlivy;

- dostatek času na práci, nejednat zbrkle, ve stresu;
- pravidelný denní režim - důležitý je odpočinek (aktivní, pasivní), dostatek kvalitního spánku, správná životospráva obecně (nezapomínat na hudbu, smích, tanec,...);
- zvyšování sebedůvěry;
- posilování přátelských vztahů, upevňování vazeb na pracovišti;
- odstranění obavy z návštěvy psychologa a využití jeho pomoci.

### **Závěr:**

Téměř v každé profesi se více či méně objevují náročné a stresující situace, přesto si troufám říci, že zdravotní sestry patří k nejvíce ohroženým důsledky psychosociálního stresu. Náročnost profese s sebou přináší nutnost preventivních opatření z hlediska zaměstnavatele i ze strany samotných zdravotních sester. Soustavné přetěžování fyzických a zejména psychických sil má téměř vždy za následek zdravotní problémy a může pracovníka vyřadit z pracovního procesu na dlouhou dobu. Proto je v zájmu všech účastníků, zaměstnavatelů, zdravotnických pracovníků, rodinných příslušníků i dalších blízkých osob, aby se spolupodíleli na preventivních opatřeních, vytvářeli sociální oporu a nezanedbávali psychohygienu.

Na úplný závěr bych ještě ráda uvedla výňatek z několika hlavních bodů péče o personál Sheily Cassidy:

- Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
- Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat lidem, ne je zcela změnit.
- Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty v případě potřeby uklidnění.
- Svým spolupracovníkům buď oporou a povzbuzením. Neboj se pochválit je.
- Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Někdy je mnohem důležitější být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi).
- Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš.
- Při cestě z práce domů se soustřeď na něco dobrého a pěkného, co se ti dnes v práci podařilo a raduj se z toho.
- Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu jako zdroje sociální opory.
- Ve chvílích přestávek a volna se vyhýbej rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání.

- Plánuj si předem „chvilu útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti tuto radost cokoliv narušilo.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ místo „musím“ a „nechci“ místo „nemohu“. Takto vedená řeč k sobě sama pomáhá.
- Nauč se říkat druhým lidem nejen *ano*, ale i *ne*.
- Netečnost a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla než připuštění si, že více než děláš, se opravdu udělat nedá. Uvědom si, že nejsi všemohoucí.
- Raduj se, hraj si a směj se - ráda a často. (převzato z knihy Křivohlavý, J., Pečenková, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*.)

#### **Literatura:**

- 1) GARDNER, H. *Dimenze myšlení*. Praha: Portál, 1999.
- 2) HAYESOVÁ, M. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál, 1997.
- 3) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004.
- 4) LAŠEK, J. *Kapitoly ze sociální psychologie II*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006.

#### **Kontaktní adresa:**

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.  
Katedra pedagogiky a psychologie  
Pedagogická fakulta  
Univerzita Hradec Králové  
Rokitanského 62  
500 03 Hradec Králové 3  
Email:eva.svarcova@uhk.cz

## **STRES A JAK HO ZVLÁDAT VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**Jana Haluzíková, Zdeňka Římovská**

Ústav ošetřovatelství FVP, Slezské univerzity v Opavě

### **Souhrn:**

*Autorky v příspěvku shrnují základní poznatky o stresu, zabývají se jeho formami. Zdůrazňují význam prevence psychosociální zátěže, psychohygieny a relaxace.*

### **Klíčová slova:**

*Stres; Distres; Eustres; Prevence; Relaxace*

### **Úvod:**

Za nejvýznamnějšího badatele v oblasti stresu je považován americký fyziolog Hans Selye. Studoval na pražské německé univerzitě. Všiml si, že určité symptomy jako by odpovídaly chorobám různých typů. Tělo projevuje určitou reakci na jakýkoliv podnět – zima, námaha, překvapení, radost. Tuto reakci nazval syndromem všeobecné adaptace. V roce 1956 vydal knihu *Stres života*, ve které upřesnil, že ohrožuje-li živý organismus vnější síla, reaguje hypofýza poplachem, poté následuje aktivace žláz s vnitřní sekrecí. Po čase nastávají změny metabolismu hladiny tukových kyselin, srážlivost krve. Organismus má schopnost adaptační, umí návaly kompenzovat, nechá je fyziologicky odeznít. Při dlouhodobém působení může dojít k poškození orgánů.

### **Definice stresu:**

Slovo stres pochází z angličtiny (stress) a znamená zátěž. Existuje celá škála definic stresu. Bartošíková např. uvádí, že stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvající anebo silnější odchylku od úrovně excitace (1). Křivohlavý hovoří o negativním emocionálním zážitku, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se to mu, co nelze změnit. (3)

V učebnicích psychologie je definován distres jako negativně prožívaný stres. Vyjadřuje se tak subjektivně prožívané ohrožení dané osoby s jeho původními, často nevýrazně

negativními emocionálními příznaky. Opakem je eustres, kde se jedná o pozitivní emocionální zážitek.

Stres probíhá ve třech fázích. První fáze je varovná, druhá je fáze rezistence a třetí fáze vyčerpání.

Jako u většiny onemocnění, tak i zde má prvořadý význam prevence. Na prevenci by se měla podílet v první řadě organizace. Hovoříme o prevenci primární. Cílem této prevence je eliminace stresu. Nezládnutí stresu vede v pozdější fázi k vzniku syndromu vyhoření. V rámci prevence klademe důraz na vzdělávání managementu v oblasti podpůrných programů. Tyto programy jsou zaměřeny na profesní vzdělávání a nácviky, které vedou k získání profesionální jistoty, vzdělání v oblasti stresu, kolegiální pomoc na pracovišti, vytváření pozitivní atmosféry na pracovišti. K základním požadavkům na pracovišti patří jasné vymezení kompetencí, pracovních rolí, hierarchie na pracovišti.

Lidé u tzv. pomáhajících profesí by se měli zaměřit na tzv. duševní hygienu. Sestra, jejíž povolání je vnímáno jako náročné a stresující, by se měla naučit vytvořit odstup od pacientů a jejich zdravotních problémů.

Co je to duševní hygiena? Rozumí se tím systém pravidel, rad k udržení, prohloubení či znovu vrácení duševní rovnováhy. Duševní hygiena není psychoterapie. Jejím úkolem je stanovit si cíle, u kterých je kladen důraz na sebevýchovu, sebepoznání a umění relaxace jedince.

Umíme včas rozeznat stres? Položme si několik otázek: 1. Má náš stres charakteristické črty? Zhoršuje se v určitém čase? Na určitém místě? V přítomnosti některých lidí? Co má vliv na jeho redukci? Jak ovlivňuje náš organismus. Odpovědi na uvedené otázky jsou důležité a pomocí nich hledáme vhodnou strategii stresu.

Příznaky stresu: jako první příznak je v odborné literatuře popisována absence aktiv, které nám v minulosti byly příjemné. K dalším příznakům patří poruchy spánku, podrážděnost, oslabení pozornosti, schopnost soustředit se, problémy s pamětí, izolace, nezáměr o práci, snížená či zvýšená chuť k jídlu aj.

**Prevence má prvořadý význam.** Klade se důraz na prevenci osobní, kdyby si každý jedinec měl vytvořit takový životní styl, který bude smysluplný, příjemný a fyzický aktivní mimo roli pomáhajícího. Kládeme důraz na duševní hygienu. Duševní hygienou rozumíme systém pravidel a rad k udržení, prohloubení a znovunavrácení duševní rovnováhy. Součástí duševní hygieny je např.:

**Péče o duši,** kdy pečujeme o to co si myslíme, jaké máme názory, představy, jaké máme pojetí různých věcí, lidí a událostí, co prožíváme, co vlastně od života chceme, co je cílem našeho života.

**Péče o tělo:** péče o naše tělo je důležitá. Měli bychom vědět co máme správně jíst, pít, jak se pohybovat, co dělat, jak správně odpočívat. Měli bychom se uvědomit, že co se děje v duši člověka, ovlivňuje co se děje v něm.

**Mít pro co žít:** každý z nás by si měl uvědomit co je smyslem našeho života, kam máme v životě namířeno.

Měli bychom si vytvořit prostor pro odpočinek. Naši prarodiče praktikovali jeden z nejdůležitějších způsobů péče o duši tím, že „světili“ neděli. Bohužel v současné době přibývalo těch, kteří den odpočinku neuznávají, žijí v neustálém stresu.

K prevenci stresu patří naučit se radovat z každé maličkosti např., že je krásný den, svítí slunce, kvetou květiny, že mohou chodit apod.

V současné době je většina z nás zahlcena řadou nejrůznějších úkolů, které se snažíme plnit pokud možno co nejlépe. Je potřeba naučit se vytvářet žebříčky naléhavosti úkolů, které před námi stojí, které si sami stavíme. Při tom všem respektujeme i volný čas pro sebe.

Dále se zaměříme na aktivní odpočinek sport, jízdu na kole. Je vhodné naučit se využívat relaxačních metod a technik jako je např. reflexní terapie, masáže, využití nových alternativních metod jako je baňkování či reflexní masáž., Shia-tsu. Z alternativních metod lze využít i fototerapie, homeopatie, autogenního tréninku.

Nejnámější je asi pojem relaxace – relaxace je metoda, která podporuje fyzický a duševní klid. Stejně tak udržuje optimální hladinu klidu nebo napětí z hlediska efektivity, tzn. ani příliš vysokou ani příliš nízkou v různých situacích, ve kterých se nalzáme.

Pokud se nacházíme v bezpečí, bez přílišného napětí a příslušných problémů, relaxace nám umožní efektivněji odpočívat. Relaxovat může každý, protože každý k tomu má odpovídající fyziologickou výbavu, především co se týče autonomního nervového systému a systému hormonálního. Pokud si nikdy neodpočineme nebo si neodpočineme dost, je to především proto, že jsme zvyklí být napjatí a zapomněli jsme jak se uvolnit. Uvolnění můžeme dosáhnout čtyřmi způsoby:

- **Ovládním dechu** – dýchání je jediná neurovegetativní funkce, kterou můžeme na rozdíl od jiných funkcí vůlí ovládat. Ke zklidnění celého neurovegetativního systému pomáhá navození pomalého a zároveň pravidelného rytmu dýchání.
- **Snížením svalového napětí** – vůlí můžeme také víceméně přesně snížit i míru svalového napětí a to přispívá k uklidnění celého organismu, uvolnění svalového napětí snižuje také spotřebu kyslíku a tím umožňuje regulaci dýchání.
- **Pomocí smyslového vnímání** – čím více se „stresujeme“, tím více se zužuje škála smyslových vjemů až na několik základních signálů, které jsou považovány za prioritní pro zvládnutí situace. Tento automatismus můžeme naopak využít k uvolnění tak, že se soustředíme na „uklidňující“ signály nebo naopak tak, že „rozšíříme“ okruh smyslového vnímání. Probíhá to tak, že naše tělo jakoby umlčelo „bouřlivé nitro“, aby nám umožnilo lépe naslouchat smyslům. Man – an japonský zenový mistr, který žil v XVII. století, řekl: „Bez zastavení není pozorování a bez pozorování není zastavení“. Nejde tu jen o pět základních smyslů, ale také o šestý smysl „kinestetický“, který nám umožňuje vnímat, co se děje v našem těle: tlukot srdce, mravenčení nebo brnění způsobené aktivací krevního oběhu atd.
- **Uvolněním myšlenek** – Čou Takuan, čínský filozof a vojevůdce řekl: „Myšlenka svádí duch a z cesty.“ Naopak, soustředění pozornosti na jeden předmět je příjemné „zbaví ducha myšlenek“. Sníží mozkovou aktivitu a nechá duševno odpočinout. Tento postup doprovází ve skutečnosti všechny čtyři výše uvedené techniky, soustředit pozornost na dýchání, svalové napětí, nebo smyslové vjemy současně přispívá ke zklidnění mysli.

Jak již bylo řečeno, relaxovat může každý, jen je třeba zvolit vhodný druh relaxace. Pro začátek je vhodné zpomalit, dokážu li zpomalit, budu moci snadněji relaxovat.

### **Závěr:**

Prevence stresu je stále aktuální. Měli bychom se zaměřit na to jak žít smysluplným životem. Sestavit si žebříček hodnot a vědět co je pro mě důležité, co méně a co mohu s klidným svědomím oželeť. Každý z nás by měl mít konkrétní cíl, který by byl pro něj hodnotný, nadějný a dosažitelný. Dále bychom se měli naučit udržovat rovnováhu mezi stresory a salutory. Usilujme především o to co nám dává sílu a radost ze života a naučme se relaxovat.

### **Literatura:**

- 1) BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření*, 1. vyd. Praha: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- 2) CUNGI,CH.,LIMOUSIN,S. *Relaxace v každodenním životě* Praha: Portál, 2005, 22 s. ISBN 80-7178-948-8
- 3) KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. rozš.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-3-231-7.
- 4) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, 2. vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 5) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004,78 s. ISBN 80-247-0784-5.

### **Kontaktní adresa:**

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.  
Slezská univerzita Opava  
Fakulta veřejných politik v Opavě  
Ústav ošetřovatelství  
Hauerova 4  
746 03 Opava  
Email: jana.haluzikova@fvp.slu.cz



## **CESTA K OŠETŘOVATELSTVÍ – PÉČE O ČLOVĚKA**

**Irena Nerudová**

Domov sociální péče Hagibor, Praha 10

### **Souhrn:**

*Autorka příspěvku se zamýšlí nad cestou k ošetřovatelství, cestami ošetřovatelství a péči o člověka v minulosti, současnosti a budoucnosti.*

### **Klíčová slova:**

*Sestra; Ošetřovatelství; Cesta*

### **Úvod:**

Cesta k ošetřovatelství je mnoho, ale některé jsou základní a začínají hluboko – daleko v minulosti – historii. V letošním roce si připomínáme řadu událostí souvisejících s ošetřovatelstvím. Především je to 20 let svatořečení patronky Českého ošetřovatelství svaté Anežky České, která společně se sv. Zdislavou tvoří základ laskavého ošetřovatelského vztahu k lidem, kteří potřebují pomoc zdravotníků.

Sv. Anežka Česká je představitelkou vlídného ošetřovatelství, kterému se věnovala celou svou bytostí. Na druhé straně sv. Zdislava je představitelkou ošetřovatelské péče, kde dokázala skloubit svůj soukromý život manželky – matky a roli ošetřovatelky. Obě cesty jsou naplněné, krásné a každá svým způsobem obtížná.

V roce 2010 si připomeneme 100 let od úmrtí Florence Nightingelové /13.8.1910 /, dámy s lampou, sestry – ošetřovatelky, která dala základ a počátek cesty ošetřovatelství – koncepci nejen evropskému, ale celosvětovému ošetřovatelství, ošetřovatelskému vzdělávání, ošetřovatelskému modelu a vážnosti sesterské profese. Její cesta začala v Krymské válce a měla pokračování v celosvětovém mírovém ošetřovatelství.

Stejně tak Jean Henry Dunant byl inspirován v bitvě u Solferina v roce 1859 k založení Mezinárodního Červeného Kříže, v muslimském světě Červenému půlměsíci, pro Izrael a Japonsko Červenému kosočtverci, a tak vznikla pro mnoho sester další cesta působnosti.

V Československu byl založen Československý Červený Kříž v roce 1919 a koncem roku uznán Mezinárodním výborem Červeného Kříže v Ženevě. Obě a zároveň jedna organizace prošly do dnešní doby mnoha zátěžovými cestami a na počátku České cesty organizace

Červeného Kříže byla předsedkyní paní PhDr. Alice Masaryková, která by letos v květnu oslavila 130 let. Velmi se zasloužila o vzdělávání v oblasti sociální, ošetřovatelské a první Česká ošetřovatelská škola pod jejím vedením byla zárukou kvalitně vzdělaných diplomovaných sester. Zde můžeme spatřovat základ tradice vzdělávání diplomovaných sester, které do školy nastupovaly ve vyšším věku, se zájmem o studium a stálostí ve zdravotnickém povolání i za mnohdy velmi obtížných podmínek.

V cestách moudrosti lidového ošetřovatelství, klášterního ošetřovatelství a v kvalitě první České ošetřovatelské školy je pevný základ cesty Českého ošetřovatelství. Na tento začátek bychom se vždy v úvahách a myšlenkách měli vrátit při hodnocení současného stavu cesty ošetřovatelství, při hledání a směřování cesty do budoucnosti.

#### **Vlastní text:**

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám pro obě zúčastněné strany v ošetřovatelství – pro pacienty i zdravotníky. Mnohdy se jejich cesty velmi přibližují a někdy si také mění na cestě k poznání role a stává se také, že pečují o pacienty pečující – ošetřující, kteří jsou pacienti.

Přes poznání člověka – sebe sama a druhého vede cesta k ošetřovatelství. Péče o člověka není péčí o jednotlivý orgán nebo systém orgánů, ale je to péče celostní - komplexní, kdy posuzujeme – vnímáme, pečujeme o člověka od hlavy k patě a od paty k hlavě s jeho psychikou a spiritualitou najednou. V ošetřovatelské péči o člověka postupujeme podle klasických postupů obohacených o moderní lékařské a ošetřovatelské poznatky a k tomu přidáváme poznání z oblasti reflexologie, akupunktury, aromaterapie a v neposlední řadě kanisterapie.

Je velmi důležité přesně znát a pojmenovat svoji i pacientovu anamnézu pro zdraví ošetřujícího i ošetřovaného. Znat a mít zájem o péči o člověka a je tu ještě něco, co se dá naučit asi jen osobním příkladem sester – učitelek, sester, lékařů a to je láska k poslání a bližnímu člověku.

Kvalitní cesta k budoucímu ošetřovatelství by měla vést přes morální hodnoty ve zdravotnictví a v celé společnosti. Zdravotníci by se měli pokusit svým příkladem morální hodnoty zviditelňovat a předávat.

Pacient je především člověk, píše ve svém sdělení Mgr. Helena Komínková v časopise Sestra a v závěru sdělení informuje, že sestra je také jenom člověk. Ano jsme lidé a proto cesta k ošetrovatelství v budoucnosti je cestou lidskosti - přátelskosti s pochopením, laskavostí, vzdělaností a vnímáním člověka v jeho celosti i když jsme pod tlakem velkého množství informací i z jiných oblastí a techniky. Víme přeci, že laskavé slovo a naslouchání také léčí a stále hledáme rovnováhu mezi profesionalitou a lidstvem v péči o člověka v jakékoliv věkové kategorii.

Současné ošetrovatelství jde cestou nemocniční péče a cestou komunitní péče, která se jeví do budoucna stále více perspektivní z hlediska přirozenosti i léčebně- ošetrovatelské péče i z hlediska ekonomiky. V budoucnu se bude více redukovat délka nemocničního pobytu a jak ukazují zahraniční zkušenosti, tak péče bude více úspěšná v domácím prostředí. V současné době však prožíváme obtíže přechodného nelehkého období.

Svoji cestu má také ošetrovatelské vzdělávání, které jakoby šlo svou vlastní cestou. Na počátku bylo více spjato se životem zdravotnických zařízení a v dnešní době je tomu trochu jinak. V mnohých nemocnicích např. FN v Motole, FN Na Bulovce, Všeobecné fakultní nemocnici pracovaly hlavní sestry a vrchní sestry, které byly zároveň i sestrami školními.

V roce 2010 to bude 50 let, kdy první sestry dostaly příležitost studovat na Filosofické fakultě University Karlovy. Rok 1960 byl velkým mezníkem ve vzdělávání sester učitelek a v budoucnosti sester – manažerek, cesta vysokoškolského vzdělávání sester. Otevřelo se tak vysokoškolské studium nejen pro lékaře, ale také pro zdravotní sestry.

Současný český ošetrovatelský výchovně vzdělávací systém, který má dlouholetou tradici, má řadu problémů, které je nutné pro budoucí generace sester zviditelnit a otevřeně řešit. Snad ještě nikdy na cestě k modernímu ošetrovatelství nebyl rozsah vzdělávání tak široký a obtížně přehledný. V současné době hledáme cestu nejen v České republice, ale i v ostatních zemích Evropské unie jaké vzdělání sestrám poskytnout a zároveň stabilizovat počet všeobecných sester v komunitní, nemocniční a sociální péči.

Důležitým momentem je také zaplacení sesterské práce pojišťovnami – ošetrovatelské diagnózy nejsou hrazeny pojišťovnami ani samostatně ani v rámci DRG. Určitým pokusem bylo v Belgii ošetrovatelské DRG, ale ani tento systém nebyl pojišťovnami hrazen.

Ekonomické – finanční – pojišťovenské ohodnocení přispěje k začátku nové cesty s jistějšími kroky sester.

Ošetřovatelský model Čech, Moravy a Slezska, který je ovlivněný Florence Nightingelovou a americkými sestrami má teoretické i praktické základy v komplexním – holistickém přístupu k pacientovi – člověku a ten má kořeny v historických osobnostech lékařství - ošetřovatelství, filosofii naší země. Ošetřovatelská péče je poskytována vzdělanými profesionály metodou ošetřovatelského procesu a při krizově zátěžových situacích metodou *flowingu*.

Česká cesta ošetřovatelství není dálnicí, ale cestou – pěšinou, která je tvořena pevnou půdou s kamínky, které tvoří mozaiku oblastí ošetřovatelské péče a vede voňavými lesy, sady, zahradami s ovocem a zeleninou /aromaterapie, dietoterapie/, čistými potoky, řekami, tůňkami přes nevelké hory a mělké doły a jde po ní skupina diskutujících a zpívajících lidí /muzikoterapie/, kteří jsou důvěryhodní, laskaví, vzdělaní, pečující o sebe i ostatní a znají svoji hodnotu v týmu. Na té cestě se občas někomu udělá puchýř, který si umí kompetentně ošetřit a tým mu poradí a pomůže jít dál a jak zmírnit bolest při další chůzi. Bolest nebývá jenom fyzická, ale také duševní a i tento problém řeší jdoucí nebo chvíli se zastavivší skupina - tým. Na cestě může dojít k bolestnému pádu, který je indikátorem péče a proto bychom se měli zaměřit na jeho prevenci, sledování, řešení a fyzicko - psychosociální pomoc.

Na cestách nejen k ošetřovatelství bývají chvíle k zastavení, k odpočinku, k usebrání, k zamyšlení, k nalezení sil k pokračování na cestě. Možná, že tato chvíle přichází a my si budeme muset říci, kde je hodnota a kompetence sester, jaké je postavení sester v multidisciplinárním týmu a společnosti, jaká bude budoucnost vzdělávání, jaká bude cesta v nemocnicích, komunitní péči a v sociálních zařízeních. A tak bych mohla pokračovat dál.

Příští dvanáctá konference „Cesta k modernímu ošetřovatelství“ má v sobě symboliku 12 – hodinové služby – pracovní doby – denní – noční. 12 měsíců – celý rok jsou sestry v nepřetržitém provozu.

Vyvstane mnoho otázek k průběhu 12 – ti hodinové směny, jaká je péče o pacienta a sestru během služby, před službou a po službě, jaké je finanční ohodnocení, jak probíhá dvanáctka v komunitním, sociálním, v nemocničním prostředí, jak sestru připravila škola na zátěž několika dvanáctihodinových služeb, co sestry – učitelky, jak se k této problematice staví, co

řiká ošetřovatelský výzkum, jaký indikátor kvality kromě pádů, dekubitů a spokojenosti budeme sledovat, jaké je postavení sestry a ženy v naší společnosti???????

### **Závěr:**

ICN v roce 2009 vyhlásila téma roku – „Kvalitní péče – Sestry v čele změn v péči o pacienty“. České sestry by možná mohly doporučit ICN téma pro rok 2010 – jedno z mnoha by mohlo být: „Vzdělané zdravé sestry pečují o zdraví všech lidí“.

Ošetřovatelství je a bude pro svoji lidskost přitažlivým – zajímavým povoláním – posláním pro mnoho lidí a to je cesta do budoucnosti.

### **Literatura :**

- 1) STAŇKOVÁ, M. *Galerie historických osobností, České ošetřovatelství* 2001
- 2) KAFKOVÁ, V. *Z historie českého ošetřovatelství*, IDV ZP Brno 1991
- 3) Časopis SESTRA 2/2006

### **Korespondence:**

PhDr. Irena Nerudová  
Domov sociální péče Hagibor  
Vinohradská 1201/159  
100 00 Praha 10  
Email: nerudova@kehilaprag.cz

## **POSTAVENÍ SESTER V LŮŽKOVÝCH GERIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍ**

**Yveta Vojtěchová**

Fakultní nemocnice v Motole, LDN I

### **Souhrn:**

*Autorka se v příspěvku zamýšlí nad současným postavením všeobecných sester a dalšího zdravotnického personálu v zařízeních následné a gerontologické péče a popisuje některé role sestry v tomto typu zdravotnických zařízení.*

### **Klíčová slova:**

*Léčebny pro dlouhodobě nemocné; Následná péče; Všeobecná sestra*

### **Úvod:**

Ve FN Motol v léčebně dlouhodobě nemocných pracuji jako staniční sestra 15 let. Troufám si tvrdit, že problematiku péče o geriatrického pacienta znám natolik, abych zde mohla vyjádřit svou nespokojenost a to nejenom mou, ale všech mých spolupracovníků. Co mě a mé kolegyně trápí? Postavení geriatrické sestry ve společnosti a to nejenom laické, ale především té zdravotnické.

Trápí mě, že se o nás hovoří jako o neschopných, které by nezvládly práci na jiném typu oddělení. Každá z nás prošla akutní medicínou a máme bohaté zkušenosti z předešlých pracovišť. Jenom jsme věkem dozrály a šly pracovat na chronická lůžka, kde je více ošetřovatelství než akutní medicíny. Ale to neznamená, že jsme horší sestry. Naopak, pečovat o geriatrického pacienta je velice náročné a ne každá je schopná tuto péči poskytovat. Sestry musí být empatické, trpělivé, komunikativní a hlavně zkušené. Mohu zodpovědně říci, že leckterá sestra z akutního oddělení, by se mohla od nás učit, jak uspokojovat potřeby geriatrických pacientů, jak jednat a chovat se k pacientům s demencí.

### **Vlastní text:**

V poslední době je velice populární psát a hovořit o geriatrických zařízeních jako o nějakých LDNkách, kde staří nemocní trpí, ztrácí důstojnost, jsou tlumeni léky, strádají hladu, žízní apod. Po takových relacích a článcích je velice těžké obhajovat svou práci. Přesvědčovat

nemocné a příbuzné, že péči o geriatrického pacienta umíme, že pacient bude v prostředí důstojném a budou uspokojováni veškeré jeho potřeby.

Ošetřování geriatrických pacientů je vysoce náročné. Nejen po fyzické stránce, ale obzvláště po stránce psychické. Personál umí uspokojovat biopsychosociální potřeby i přesto, že počet personálu je vzhledem k náročnosti poskytované péče nevyhovující.

Práce sester je obtížná také proto, že není v našem státě koncepce diferencované péče o geriatrické pacienty. To znamená, že sestra se musí umět postarat o nemocné ze všech oborů, kteří jsou v akutní fázi léčení na specializovaných pracovištích. Tento problém vidíme jako systémový. Stát se neumí postarat o seniory, nebuduje nová lůžková zařízení ani stacionáře apod. Hlavně se o stáří jako takovém v naší společnosti málo hovoří.

Příbuzní často vyžadují zvýšenou až nadstandartní péči o jejich nemocného a to na úkor ostatních pacientů. Neumí se vyrovnat s tím, že oni sami péči nezvládají, někteří nechtějí a přenášejí to na ošetřující personál. Ten musí čelit mnohdy nevybíravému chování, kritice a nespokojenosti. V takovýchto situacích je opravdu velice obtížné obhajovat naši práci a přesvědčovat o naší profesionalitě.

Mluvím o příbuzných, kteří jsou laiky a jsou velmi často ovlivněni televizními pořady, novinovými články a jedna paní mi povídala..... Zde bych určitou obavu chápala, ale proč takové názory sdílí naši kolegové, zdravotníci? O naši práci nic nevědí. Kolikrát jsem zvala při různých setkáních kolegyně z jiných oborů, aby se přišly podívat a přišly dvě. Jedna z ARO a jedna z centra očních vad. A to už je pár let zpátky. Není zájem a přesto nám sanitáři, kteří se u nás v rámci sanitářského kursu učí ošetřovatelskou péčí říkají: "Jsme překvapení, všichni na oddělení nás litovali, že musíme na tu LDNku, kde to smrdí a sestry se o pacienty nestarají." Zaráží Vás to? Mě ano. Jak si máme mezi Vámi budovat postavení, úctu a respekt, když nevíte nic o práci na geriatрии a mluvíte o nás v samých negativěch. Jak a kde se máme obhájit? Kdo z kritizujících se přišel na naše oddělení podívat? Kdo se zeptal pacienta zda je u nás spokojený?

Něco málo o nás:

Naše zařízení je součástí FN Motol. Při léčení a ošetřování nemocných postupujeme dle platných směrnic, metodických pokynů a standardů. V lednu tohoto roku jsme získali

certifikát akreditovaného pracoviště a jsme první akreditovanou LDN ve FN v ČR. Sledujeme a vyhodnocujeme indikátory kvality. Mezi indikátory patří riziko pádů a riziko vzniku dekubitů. Například ošetřujeme cca 200 pacientů (z 207) s rizikem vzniku dekubitů. Přitom výstup pacientů s dekubity je v průměru jen 1,83% a to nejčastěji u pacientů v terminálním stadiu. A to není náhoda. Máme správný účinný systém prevence. Jsme dobře a dostatečně vybaveni pomůckami pro ulehčení práce s ležícími pacienty (pomůcky pro přesun pacienta, zvedáky, sprchová lůžka, hydraulické sprchové židle, polohovací lůžka, např. lůžka s laterálním náklonem, antidekubitní matrace od nízkého až po vysoké riziko atd...). Byli jsme mezi prvními v používání speciálních materiálů na hojení ran a hojit rány umíme. Vrchní sestra Simmerová vede kurzy hojení ran ve FN Motol v rámci vzdělávání sester. Máme dvě konzultantky v hojení ran. Úzce spolupracujeme s nutriční terapeutkou, se kterou řešíme výživu u malnutričních pacientů. Spolupracujeme s dobrovolnickým centrem. Dochází k nám individuálně dle přání pacienta duchovní. Jsem si vědoma, že máme daleko lepší pracovní podmínky než v jiných zařízeních našeho typu. Ale každá kritika se nás dotýká. Jak mám motivovat personál? Ze všech stran slyší jaká je v LDNkách hrozná péče, i když u nás je péče na vysoké úrovni! Jak čelit otázkám typu: "Jak tam můžeš pracovat?"

### **Závěr:**

Pravidelně u nás probíhají kurzy sanitářů. Medici prvních ročníků se u nás vzdělávají v ošetřovatelství. Studentky bakalářského studia ošetřovatelství k nám dochází na teorii a praxi. Myslíte, že bychom mohly vyučovat, kdybychom nebyly vzdělané? Asi nemohly. A proč Vám to tady povídám? Zkuste se na nás dívat jinými očima, zkuste si nás vážít. Přijďte se podívat a přesvědčit se, že tady neobhájí něco, co se nezakládá na pravdě. Ráda Vám věnuji čas.

### **Literatura:**

*u autorky.*

### **Korespondence:**

Yveta Vojtěchová  
LDN I FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol  
Email: yveta.vojtechova@fmmotol.cz



## **EDUKACE RODIN PEČUJÍCÍCH O CHRONICKY NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ**

**Zlatica Dorková, Anna Krátká, Martina Cichá**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,  
Ústav aplikovaných společenských věd

### **Souhrn:**

*Rodina, která se rozhodne pečovat o svého příbuzného v domácím prostředí, má své specifické potřeby. Aby pečovatelé mohli o svého příbuzného pečovat, musí mít dostatek vědomostí a dovedností, primárně o potřebách (nejen biologických, ale také psychických, sociálních, kulturních a spirituálních), které nemocný má, a jejichž uspokojování očekává. Edukace má přinést pečovatelům nejen informace, ale také psychosociální podporu. Mottem tohoto příspěvku je rčení: „Pokud se dobře budeme starat o pečující, pečovatelé se budou dobře starat o své nemocné“. Jednou z možností, jak se dobře starat o pečovatele, je také správně je edukovat, v zájmu jak ošetřovaných, tak pečujících osob. Proto je cílem tohoto příspěvku poukázat na hlavní zásady edukačního procesu laických pečovatelů.*

### **Klíčová slova:**

*Edukace; Pečující; Chronicky nemocní a umírající*

### **Úvod:**

Role rodiny v životě chronicky nemocného či umírajícího člověka je nezastupitelná. V rámci laické či odborné péče je rodina jednak zdrojem informací, které mohou ovlivňovat kvalitu péče, a také může být účastníkem přímé péče, tj. rodinní příslušníci se aktivně podílejí na péči o nemocného či umírajícího. Podle Bártlové a Matulay (2009, s. 81) má rodina jednak ochrannou funkci, ale také funkci preventivní a podpůrnou. Plnění těchto funkcí může probíhat jednak ve zdravotnickém či sociálním zařízení, ale také v rámci laické péče. To, zda se rodina rozhodne pečovat o nemocného v domácím prostředí, ovlivňuje řada faktorů (Bartoňová, 2005, s. 28):

- **z pohledu rodiny:** materiální stránka rodiny (ekonomické zdroje, zaměstnání, spolu/bydlení), duševní stránka rodiny (rodinná dynamika, kulturní tradice, náboženská tradice, rozdělení rolí, rozdělení moci), sociální síť a oblast péče (intenzita péče, rozdělení úkolů při péči);
- **z pohledu nemocného:** lékařská diagnóza, prognóza onemocnění, psychický stav, schopnost přijmout péči;
- **z pohledu pečovatele:** vědomosti a dovednosti, vztah k nemocnému, schopnost pečovat.

Nesmíme však zapomínat, že efektivně pečovat o nemocného je schopen jen ten, který chce, může a umí pečovat. Péče o nemocného také vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny. Pokud se tedy rodina rozhodne o chronicky nemocného či umírajícího pečovat, je třeba rodinu v tomto podpořit a vhodně ji edukovat.

### **Vlastní text:**

Laickou péči můžeme definovat jako péči poskytovanou laiky (rodinou, příbuznými, známými) nemocnému. Neprofesionálové, kteří přebírají pečovatelské role, jsou obvykle charakterizováni jako „pečující“ nebo „poskyvatelé péče“<sup>1,2</sup>. Jejich hlavním úkolem je poskytování tělesné, emoční, sociální a duchovní podpory nemocnému člověku. Laická péče se vyznačuje těmito znaky (Kerres, Seeberger in Bártlová, Matulay, 2009, s. 83):

- zaměřuje se na potřeby jiného člověka;
- provádí se na základě vzájemnosti;
- role jsou zaměnitelné;
- vztah mezi pečujícím a nemocným je osobní a musí mezi nimi existovat nebo vzniknout přímý a hluboký vztah;
- v průběhu péče se respektuje samostatnost druhého, protože se vychází z toho, že ztráta osobní nezávislosti jde ruku v ruce se ztrátou osobní důstojnosti;
- cílem péče je poskytnout pocit jistoty a bezpečí.

Jak již bylo řečeno, pokud se rodina rozhodne pečovat o svého nemocného či umírajícího člena rodiny v domácím prostředí, musí si uvědomit svou roli a být edukována o zdravotních a sociálních problémech, se kterými se může při péči setkat a musí je umět pohotově řešit. Jedním z práv pečovatele je právo na dostatečný výcvik v pečovatelských dovednostech spolu s právem na přesnou a srozumitelnou informaci o podmínkách a potřebách příjemce péče. Na edukaci pečovatelů se může podílet řada odborníků, např. praktický lékař, odborný lékař, všeobecná sestra, rehabilitační pracovník, logoped, sestra z agentury domácí péče, sociální pracovník, klinický psycholog apod. Tito pracovníci realizují edukační činnost v rámci poskytování specifických odborných výkonů, proto je důležité koordinovat jejich aktivity. Edukátor si musí uvědomit, že laický pečovatel není odborníkem v dané oblasti, a proto musí dodržovat určitou hierarchii při sdělování informací, tj. nejdříve provádět tzv. základní

---

<sup>1</sup> Jiné terminologické výrazy – např. laičtí pečující, neformální pečující, domácí pečující, rodinní poskyvatelé péče, neplacení či neškolení pečující apod.

<sup>2</sup> V tomto příspěvku používáme v České republice běžně užívaný termín „pečovatel“ – jde o osobu, která poskytuje laickou péči.

edukaci a následně komplexní či reedukační edukaci. Při edukaci musí edukátor brát v úvahu intelektuální kapacitu pečovatele, fáze onemocnění, životní potřeby, náboženskou a kulturně-spoolečenskou příslušnost, a to jak nemocného, tak pečovatele, ale také předchozí zkušenosti pečovatele s laickou péčí. Nejvhodnějším edukačním prostředím je právě domácnost, ve které laická péče probíhá.

Pokud zdravotničtí pracovníci edukují pečovatele o různých intervencích, musí dodržovat tyto principy (Závodná, 2005, s. 86):

- stanovit si cíle tak, aby vycházeli z potřeb nemocného i pečovatele;
- udržovat nepřetržitý kontakt odborníka s pečovatelem, protože vztah, který je konstruktivní, podporuje edukaci;
- využívat předchozí vědomosti pečovatele, motivovat ho, aby získával nové vědomosti a učil se novým dovednostem;
- komunikovat jasně, stručně a zřetelně;
- omezit, event. vyloučit informace, které nesouvisí s edukačními cíli.

Proč je edukace v oblasti základní péče důležitá? Podle studií z Velké Británie, nedostatečná příprava na poskytování péče významně přispívá k negativním dopadům na dušení zdraví pečovatelů. Nedostatek informací a uznání ze strany zdravotnických pracovníků může zvýšit pocit izolovanosti a obtíže, které pečovatelé prožívají. Takovou situaci autoři popisují jako „angažovanost v temnotách“, protože pečovatelé uvádějí, že jejich úsilí o podporu nemocného připomíná „tápání poslepu“. Pokud jsou naopak pečovatelé informováni dobře a rozvíjejí s personálem vhodné pracovní vztahy založené na důvěře, může péče přinášet daleko smysluplnější zkušenosti. Z toho vyplývá, že velmi důležitá je včasná intervence a neformální podpora pečovatelů (Payneová et al., 2007, s. 344).

V rámci péče o nemocného a umírajícího provádí pečovatel různá opatření, např. monitorovací, ošetřovatelská, sociální, rehabilitační, nutriční, komunikační, animační, psychoterapeutická či intervenční (Kalvach, 2008, s. 11). Proto je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci seznámili pečovatele se základními aktivitami v rámci uvedených opatření:

- **monitorovací intervence:** sledování stavu nemocného a jeho základních fyziologických funkcí, vedení dokumentace;

- **ošetřovatelské intervence:** uspokojování základních potřeb nemocného - péče o hygienu, péče o lůžko, péče o vyprazdňování, péče o polohování nemocného, péče o odpočinek a spánek, prevence dekubitů, tlumení bolesti;
- **sociální intervence:** možnosti využití sociální pomoci;
- **rehabilitační intervence:** nácvik chůze, dechová rehabilitace, používání kompenzačních pomůcek, prevence pádů, bezbariérová úprava bytu;
- **nutriční intervence:** péče o výživu;
- **komunikační intervence:** specifikace komunikace s nemocným, logopedická cvičení, pravidla komunikace s umírajícím;
- **animační intervence:** aktivizační činnosti s akcentem na zvyšování soběstačnosti nemocného;
- **psychoterapeutické intervence:** podpora dobrého emočního stavu;
- **intervenční intervence:** řešení mimořádných situací a životních krizí.

Edukace může probíhat individuálně nebo skupinovou formou. Nejeftektivnější je, když individuální edukace probíhá v domácnosti pečovatele, kde je přímá interakce mezi pečovatelem – nemocným – edukátorem. Skupinová edukace se nejčastěji realizuje prostřednictvím různých kurzů pro pečovatele. Jejich výhodou je, že pečovatelé si mezi sebou vyměňují informace a praktické zkušenosti, poskytují si vzájemnou podporu, diskutují apod. Dobře prováděná edukace přináší pečovatelům nové vědomosti, dovednosti, zručnost v praktických úkonech, čímž se zvyšuje jejich sebedůvěra.

### **Závěr:**

Laická péče může úspěšně fungovat pouze za předpokladu vzájemné spolupráce a pomoci mezi institucemi a rodinou. Zdůrazňujeme také již dříve zmíněnou podporu pečovatelů a to pochvalou, protože jejich úsilí si zaslouží opravdové uznání profesionálů. Platí, že pokud se dobře budeme starat o pečující, pečovatelé se budou dobře starat o své příbuzné. Je proto třeba rozvíjet vzdělávací programy pro pečovatele, které by pomáhaly řešit praktické i emoční aspekty pečovatelské role. Umět pečovat je totiž vzácný dar, který dokáže naplnit život.

**Literatura:**

- 1) BĀRTLOVĀ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
- 2) BARTOŇOVĀ, J. Modely rodinné péče o starého člověka. In JEŘÁBEK, H. et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640. 99 s.
- 3) KALVACH, Z. *Pečujeme doma. Příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 94 s.
- 4) PAYNEOVĀ, S et al. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
- 5) ZĀVODNĀ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

**Korespondence:**

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Ústav aplikovaných společenských věd

Institut zdravotnických studií

Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

Přiluky 372

760 01 Zlín

Email: dorkova@fhs.utb.cz

## **SOCIÁLNÍ OPORA DĚTÍ VIETNAMSKÉ A UKRAJINSKÉ MINORITY V ČR**

**Eva Švarcová**

Katedra pedagogiky a psychologie, Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové

### **Souhrn:**

*Príspevek prezentuje výsledky výzkumu sociální opory u dětí pocházejících z odlišného sociokulturního prostředí. Zkoumaným vzorkem jsou děti nejpočetněji zastoupených národnostních minorit v České republice – vietnamské a ukrajinské.*

### **Klíčová slova:**

*Sociální opora; výzkum; minority.*

### **Úvod:**

Sociální opora jako systém sociálních vztahů, které si člověk vytváří ve svém okolí, je jedním z podstatných faktorů, který nejen udržuje jedince v psychické pohodě, ale také usnadňuje zvládání problémů a krizových životních situací. Děti pocházející z jiné kultury, zejména děti imigrantů se s krizovými životními situacemi setkávají minimálně stejně často, jako děti naší majoritní společnosti. Zvládají tyto situace stejným způsobem? Mají stejný či podobný systém sociálních vztahů – sociální opory? Vzhledem k tomu, že žijí v naší zemi, mnohdy se stali našimi občany, chodí s našimi dětmi do stejných škol, léčí se v našich nemocnicích atd., měli bychom vědět o jejich kultuře, zvycích, tradicích co nejvíce. Zároveň bychom měli znát jejich sociální oporu, abychom lépe pochopili jejich chování a dle potřeby jim mohli pomoci.

### **Cíl práce:**

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat sociální oporu u dětí pocházejících z odlišného sociokulturního prostředí, konkrétně u dětí vietnamské a ukrajinské národnostní menšiny, které jsou v České republice nejpočetnější.

### **Metodika**

Pro potřeby výzkumu byla použita dotazníková metoda. Konkrétně Dotazník sociální opory pro děti a dospívající – CASSS-CZ (translation and modification: Komárek, Ondřejková, Mareš, 2002). Obsahuje celkem 60 položek graficky strukturovaných do pěti oddílů nazvaných: moji rodiče, můj učitel, moji spolužáci, můj kamarád a lidé ve škole. Každý oddíl obsahuje 12 položek a žák se vyjadřuje k četnosti výskytu dotazovaného jevu sociální opory a

k důležitosti tohoto jevu. Dotazník CASSS-CZ poskytuje informace o žácích, které zajímají výzkumné pracovníky z různých oborů, např. pedagogika, státní politika, ošetřovatelství, veřejné zdraví, psychologie atd. (Mareš, 2001). Česká verze dotazníku CASSS-CZ vykazují obdobné psychometrické kvality jako originální americký dotazník CASSS (2000). Faktorová analýza identifikovala pětifaktorovou strukturu, která odpovídá proměnným rodiče, učitel, spolužáci, kamarád a lidé ve škole. Dotazník CASSS-CZ vyplnilo celkem 675 respondentů různých národností, pro možnost komparace byly vybrány dvě srovnatelné skupiny: 93 Ukrajinců a 90 Vietnamiců, celkem 183 respondentů. Veškeré výpočty se prováděly pomocí statistického programu NCSS 2000.

### **Zkoumaná populace:**

Byl zkoumán výběr z populace dětí ve věku 11 až 15 let. Tyto děti byly ve třídách společně s příslušníky jiných národností (Ukrajinci, Vietnamci, Němci, Poláci, Američany, Italy, Bulhary, Řezy, Albánci, Japonci, Turky, Kubánci, Kazachy, Bělorusy, Rusy, Holanďany, Slováci, Mongoly a Armény). Dotazníkem CASSS-CZ byli osloveni žáci druhého stupně základní školy, celkem 675 respondentů, příslušníků jiné národnosti. Vzhledem k velmi rozdílnému počtu respondentů pocházejících ze stejné země, bylo nutné provést vytřídění a zaměřit svoji pozornost na komparaci dětí z národností (a) nejpočetněji zastoupených, (b) co do množství srovnatelných a (c) ze vzájemně výrazně odlišného sociokulturního prostředí. Na základě toho jsme ke statistickému zpracování zvolili celkem 183 dotazníků, z toho 93 respondentů pocházejících z Ukrajiny a 90 respondentů z Vietnamu.

### **Interpretace výsledků:**

V oddíle 1 s názvem „Moji rodiče“, kde byly otázky, např.: „dávají mně najevo, že jsou na mě hrdí; rozumí mně; naslouchají mně, když jim potřebuji něco říci“ – nebyl významný rozdíl ve vnímání sociální opory mezi dětmi vietnamské národnosti a dětmi ukrajinské národnosti. Stejně nevýznamný rozdíl se objevil u oddílu 4 s názvem „Můj kamarád“ s otázkami, např.: „můj přítel (přítelkyně) – chápe mé pocity; zastane se mě, když se jiní ke mně chovají špatně; pomůže mně, když se cítím osamělý“. Naproti tomu se projevíly statisticky významné rozdíly ve vnímání sociální opory u oddílů 2 „Moji učitelé“, 3 „Moji spolužáci“ a u oddílu 5 „Lidé ve škole“. Zde byly např. otázky u oddílu 2: moji učitelé – zajímají se o mě; chovají se ke mně férově; nevadí jim, když se jich ptám. U oddílu 3: moji spolužáci – chovají se ke mně hezky; líbí se jim většina mých nápadů a názorů; počítají se mnou; a u oddílu 5: lidé ve škole – zajímají se o mě; rozumí mně; naslouchají mi, když to potřebuji.

Ve všech případech a ve všech oddílech s rozdílným vnímáním sociální opory, byly výsledky velmi podobné: děti vietnamské národnosti vnímají sociální oporu od učitelů, spolužáků či lidí ve škole mnohem více než děti ukrajinské národnosti. Tento výsledek lze pochopitelně chápat také tak, že vietnamské děti jsou v našich školách přijímány a vítány více, než děti ukrajinské. Alespoň ony to tak cítí.

TAB 1: Ukrajinci

Ukrajinci	opora od rodičů	opora od učitelů	opora od spolužáků	opora od kamaráda	opora od lidí ve škole
počet	93	93	93	93	93
průměr	4,20	3,84	3,45	4,44	3,45
medián	4,16	3,50	3,42	4,67	3,25
sm. odchylka	1,07	1,07	0,97	0,99	0,75

TAB 2: Vietnamci

Vietnamci	opora od rodičů	opora od učitelů	opora od spolužáků	opora od kamaráda	opora od lidí ve škole
počet	90	90	90	90	90
průměr	4,30	4,42	4,04	4,45	4,12
medián	4,59	4,25	4,17	4,54	4,13
sm. odchylka	0,96	1,06	1,14	0,92	1,08

Z výše uvedených dat vyplývá, že děti ukrajinské národnosti necítí ze strany učitelů, spolužáků a lidí ve škole takovou sociální oporu, jako děti vietnamské. Jinak vyjádřeno: vietnamské děti jsou v našich školách "přijímány a vítány" více, než děti ukrajinské. Tedy „doma“ a vně školy mezi zkoumanými skupinami rozdíl nenalezneme (viz: "rodiče" a "kamarádi"), ale ve škole ano.

Příčin tohoto stavu může být celá řada a hledání odpovědi na zjištěný rozdíl je nesnadné. Nabízející se interpretační rovina spočívá zřejmě v dětech samých: vietnamské děti se jeví jako nadprůměrně pracovitě, pečlivě a ukázněné (viz jejich bližší charakteristika v předchozím textu) a tudíž jsou zřejmě častěji kladně oceňované, mají častější zážitek úspěchu, ve škole se jim více líbí a cítí se (přes fyziognomickou odlišnost) ve školní třídě lépe. Ukrajinské děti se chováním i přístupem ke školní práci více přibližují českým dětem a je otázkou, zda právě či pouze skutečnost, že jsou z Ukrajiny jim pozici v očích učitelů a mezi spolužáky „nezhoršuje“.



Pro srovnání jsou uvedeny výsledky výzkumu uskutečněného týmem prof. Mareše (Mareš, 2003) na Základní škole v Brandýse nad Labem (viz tab. č. 3). Výzkumný vzorek tvořili žáci 6. – 9. ročníku základní školy, počet respondentů byl celkem 274.

TAB. 3: České děti

České děti	opora od rodičů	opora od učitelů	opora od spolužáků	opora od kamaráda	opora od lidí ve škole
počet	274	274	274	274	274
průměr	4,35	3,63	3,47	4,07	3,14
medián	4,45	3,59	3,44	4,12	3,12
sm. odchylka	0,89	0,92	0,98	1,01	1,02

TAB. 4: Ukrajinské, vietnamské a české děti

Sociální opora od:					
Národnost	rodičů	učitelů	spolužáků	kamaráda	lidí ve škole
Ukrajinci	4,2	3,84	3,45	4,44	3,45
Vietnamci	4,3	4,42	4,04	4,45	4,12
Češi	4,35	3,63	3,47	4,07	3,14

Komparaci výsledků obou výzkumů (Mareš, Švarcová), tj. zkoumání sociální opory u dětí majoritní společnosti (Češi) a dětí ukrajinských a vietnamských, docházíme k následujícím závěrům.

Sociální opora od *rodičů* vnímají děti všech tří národností, Češi, Ukrajinci i Vietnamci, bez významného rozdílu. U ostatních oddílů již nacházíme statisticky významné rozdíly.

U oddílu *učitelé* je sociální opora nejméně vnímána českými dětmi, následují děti ukrajinské, přičemž mezi těmito dvěma výsledky není statisticky významný rozdíl. Naproti tomu vietnamské děti vnímají sociální oporu ze strany učitelů více se statisticky významným rozdílem.

Vnímání sociální opory od *spolužáků* je rozdílově statisticky nevýznamné u českých a ukrajinských dětí a opět je statisticky významný rozdíl u vietnamských dětí, které od spolužáků vnímají sociální oporu více.

Výsledek výzkumného šetření u oddílu „*Můj kamarád*“ přinesl zajímavé zjištění, ukrajinské i vietnamské děti vnímají sociální oporu od kamaráda bez statisticky významného rozdílu, zatímco české děti ji vnímají statisticky významně méně.

Markantní rozdíly byly zjištěny u vnímání sociální opory *ze strany lidí ve škole*. Zde je největší statisticky významný rozdíl u českých a vietnamských dětí i u vietnamských a ukrajinských dětí. Přičemž nejméně tuto oporu vnímají české děti a nejvíce děti vietnamské.

Na základě srovnání výsledků obou výzkumů (Mareš, Švarcová) lze konstatovat, že ze tří zkoumaných národností české děti vnímají sociální oporu ve třech oddílech (moji učitelé, můj kamarád, lidé ve škole) nejméně (ve dvou případech statisticky významně viz výše) a v jednom oddíle (moji rodiče) nejvíce, ale statisticky nevýznamně.

### **Závěr:**

Obecně lze říci, že vnímání sociální opory je u českých dětí velmi podobné vnímání Ukrajinců, což by naznačovalo, že jiný sociokulturní původ není v našich školách handicapem.

V porovnání s vietnamskými dětmi obě zbývající skupiny pocítují ve škole podstatně menší sociální oporu. Je otázkou, které proměnné jsou ve hře v případě dětí z Čech a dětí z Ukrajiny. Přes podobné výstupy nemusí být příčiny menší subjektivně prožívané sociální opory u obou skupin totožné. Čistě spekulativně může jít u českých dětí o větší náročnost (kritičnost) směrem ke škole, učitelům i kamarádům (plynoucí z vyššího sociálního komfortu v rodině i v širší společnosti) a u Ukrajinců může být rozdíl v porovnání s Vietnamci sycen určitými spíše negativními a ve společnosti "zabydlenými" postoji, které se neuvědomovaně promítají do přístupů pedagogů.

Nelze hovořit přímo o předsudcích, ale (bohužel) zde máme určité signály, které přinejmenším ukazují na jistou nepřipravenost našich škol, učitelů i lidí ve škole obecně, na specifika výchovy a vzdělávání dětí cizinců. Jednoznačně se ukazuje, že přístupy k různým skupinám cizinců musí být rovněž specifické. Výsledky výzkumu mohou pak nastínit směr, jakým bychom se měli ubírat při výchově a vzdělávání dětí pocházejících z odlišného sociokulturního prostředí. Určitě na straně učitelů nechybí dobrá vůle, ale jedná se spíše o nižší profesionalitu ve smyslu opory o dostatečné vědomosti týkající se problematiky

imigrace a speciálně o znalosti konkrétního sociokulturního prostředí, ze kterého děti pocházejí. A zřejmě ještě problematičtější je rovina dovedností.

Mimo jiné je zřejmé, že se školy neobejdou bez speciálně zaměřených programů, které jim umožní přistupovat k výchově minorit profesionálně a tedy maximálně efektivně.

#### **Literatura:**

- 1) BENEDICTOVÁ, R. *Kulturní vzorce*. Praha: Argo, 1999.
- 2) LAŠEK, J. *Sociálně psychologické klima školních tříd a školy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001.
- 3) MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Sociální komunikace ve škole*. Praha: SPN, 1990.
- 4) MAREŠ, J. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nukleus, 2001.
- 5) MAREŠ, J. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nukleus, 2002.
- 6) MAREŠ, J. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nukleus, 2003.

#### **Korespondence:**

PhDr. Eva Švarcová, Ph.D.  
Katedra pedagogiky a psychologie  
Pedagogická fakulta  
Univerzita Hradec Králové  
Email:eva.svarcova@uhk.cz

## **NÁSLEDNÁ STAROSTLIVOSŤ PRI POZITÍVNOM SKRÍNINGOVOM VYŠETRENÍ SLUCHU U NOVORODENCOV**

**Terézia Fertalová, Iveta Ondriová, Eubica Derňárová**

Katedra ošetrovatelstva Fakulty zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, SR

### **Súhrn:**

*Aktívne vyhľadávanie skrytých ochorení (skrining) je významnou metódou prevencie v medicíne. Viac ako polovica porúch sluchu u detí sú vrodené alebo získané v perinatálnom období, a preto pre včasnú diagnostiku je nutný sluchový skrining u novorodencov. V príspevku uvádzame aj následnú starostlivosť pri pozitívnom skriningu sluchu čo má neoceniteľný význam pre optimálny rast a vývoj dieťaťa.*

### **Kľúčové slová:**

*Skrining; Novorozenec; Poruchy sluchu; Následná starostlivosť.*

### **Úvod:**

Vyšetrenie, ktoré nazývame skriningom podľa Svetovej zdravotníckej organizácie musí spĺňať niekoľko kritérií, ktoré sa týkajú samotnej choroby (hľadané ochorenie má vysoký výskyt v populácii, ide o jeho včasné štádium alebo latentnú formu), diagnostického testu (musí byť spoľahlivý a dostupný), liečby (je známa liečba) a finančného prínosu (cost benefit). Ich cieľom je zistenie chorôb, či porúch, ktoré sú významné, ale ich prejavy nedosiahli ešte taký stupeň, aby sa mohli prejaviť (Rybárová et al., 2008, s. 37). Novorodenecký skrining patrí medzi najúčinnnejšie skriningové programy.

U detí narodených na Slovensku sa celoplošne vykonáva hodnotenie životných funkcií podľa Apgarovej, orientačné neurologické vyšetrenie, skrining vrodených metabolických chýb, sonografický skrining obličiek a skrining bedrových kĺbov. Najnovšie k povinnému skriningu patrí vyšetrenie sluchu a diagnostika vrodenej katarakty. U novorodencov so zvýšeným predpokladom určitej poruchy alebo choroby sa robí selektívny skrining. Univerzálny skrining sluchu je podľa odborného usmernenia čiastka 24-27, Vestník MZ SR 2006 (Chovancová, 2007, s. 15).

Skrining sluchu je zameraný na včasné odhalenie vrodenej alebo získanej poruchy sluchu, znamená zásadne pozitívny obrat vo včasnej diagnóze (Kabátová, et al., 2005, s. 32). Včasná

diagnóza porúch sluchu je veľmi dôležitá pre ďalší rozvoj dieťaťa – predovšetkým pre vývoj reči (Myška, 2007, s. 81). Vyšetrenie vykonáva zaškolená sestra pred prepustením novorodenca do domácej starostlivosti pomocou prístroja na stanovenie transietných otoakustických emisií (TEOAE). Včasné odhalenie poruchy sluchu môže zlepšiť psychomotorický vývoj dieťaťa s dôrazom na rozvoj reči vo včasnom období vývoja. Výskyt rôznych typov vrodenej hluchoty sa udáva asi 0,5 – 4,2 prípady na 1000 novorodencov (Chovancová, 2007, s. 15). V skupine rizikových pacientov (napr. výskyt hluchoty v rodine, vrodené malformácie v oblasti hlavy a krku, zápal mozgových blán, kriesené deti, pacienti na umelej pľúcnej ventilácii, s vysokou hladinou bilirubínu, po liečbe liekmi poškodzujúcimi sluch) je výskyt 8 – 30 prípadov na 1000.

Najnovšími skríningovými vyšetreniami možno vyšetriť sluch meraním sluchovo – evokovaných potenciálov (BERA) alebo pomocou prístroja na stanovenie transietných otoakustických emisií (TEOAE) (Chovancová, 2007, s. 15). Obe dve metódy sú objektívne, neinvazívne a možno ich využiť už v novorodeneckom veku.

Pri vyšetrení prístrojom na stanovenie transietných otoakustických emisií sa malá sonda s mikrofónom vsunie do uška, pustia sa tóny, alebo kliknutia a meria sa odpoveď z vnútorného ucha. Ak dieťa nespĺnilo kritéria skríningu sluchu, neznamená to, že musí mať poruchu sluchu. Približne 20 – 100 detí (z 10 000 vyšetrených) nespĺnia kritéria pro normálny sluch. Avšak iba 1 – 3 deti na 1000 narodených detí, má závažnú poruchu sluchu (Chovancová, 2007, s. 15). Aj dieťa s normálnym počutím môže mať falošne pozitívny skríning sluchu, ak má vo vonkajšom zvukovode ušný maz, tekutinu v strednom uchu alebo je veľmi pohyblivé, resp. počas testovania plače. V takomto prípade treba vyšetrenie zopakovať po mesiaci (Jakubiková, 2008, s. 254). Pri opakovanom pozitívnom výsledku, s predpokladaním poruchy sluchu, treba kontaktovať príslušného odborníka – otorinolaryngológa - foniatra, pre ďalšie vyšetrenia sluchu.

Presnú diagnózu treba určiť do 3. mesiaca veku dieťaťa. Pri potvrdení závažnej obojstrannej poruchy sluchu je možná včasná liečba pomocou nasluchacieho aparátu, resp. kochleárneho implantátu.

Napriek tomu, že sa to nestáva veľmi často, niektoré poruchy sluchu novorodeneckým skríningom neodhalíme. Ľahké poruchy sluchu (pod 30dB), ktoré sú len na určitých

frekvenciách, ale takisto poruchy sluchu spôsobené poškodením sluchového nervu a vyšších častí sluchovej dráhy, nemusia byť zachytené skríningovým testom. Niektorí odborníci upozorňujú, že asi 25 % obojstranných porúch sluchu má postnatálny pôvod, a preto deti s rizikom sluchového deficitu by mali podstúpiť reskríning vo veku 3 rokov (Chovancová, 2007, s. 15).

Pri pozitívnom skríningu sluchu je novorodenec odovzdaný do odbornej starostlivosti detského otorinolaryngológa, ktorý podrobnejšie dieťa vyšetří a poučí rodičov o následnej starostlivosti. Úlohou rodičov je predovšetkým sledovať a hravou formou testovať sluchové reakcie dieťaťa.

V prvom štvrtroku sa dieťa ľaká silných zvukov. V druhom štvrtroku sa dieťa sústreďuje na zaujímavé slabé zvuky. V treťom štvrtroku sa otáča za zvukmi a vo štvrtom štvrtroku začína rozumieť reči a hovoriť (<http://www.scki.sk/sitno08/Sitno%20I.pdf>).

Ako môžeme v domácich podmienkach testovať sluch dieťaťa. V prvých troch mesiacoch vybavujeme u ležiaceho dieťaťa hlasnými zvukmi (tlieskanie, klopanie) úľakovú reakciu, ktorá sa prejaví trhnutím rúk a nôh, grimasou, žmurknutím, prebudením sa alebo plačom. V 3. až 6. mesiaci sledujeme spozornenie – sústredenie dieťaťa na bežné zvuky z okolia (otváranie dverí, šušťanie papiera, cengot prístrojov a pod.), pričom preruší svoju činnosť – prestane sať, poťahať cumlík, hýbať sa. V 6. – 9. mesiaci sa objavujú smerové sluchové reakcie – dieťa hľadá pohľadom zdroj zvuku. V tomto období môžeme doma formou hry vyšetriť sluch dieťaťa, podobne ako sa to robí v poradni u pediatra. V tichej miestnosti jemne rozozvučíme asi 0,5 m od hlavičky dieťaťa vpravo a potom aj vľavo postupne hrkálku, zvonček, cinkneme kovovou lyžičkou o šálku, slabo pískneme gumenou hračkou, zašepkáme „ssss“. Dávame pritom pozor, aby prúd vzduchu nesmeroval na dieťa a tiež, aby zdroj zvuku nevidelo. Až keď sa za ním otočí, ukážeme alebo podáme mu hračku (hráme sa s ním). Ďalšia osoba vredu sleduje reakcie dieťaťa na zvuky – malo by sa hneď otočiť v ich smere. Ak tak neurobí, dôvodom môže byť zaujatie niečím iným, únava alebo nezáujem pri opakovaní zvukov. Overíme si to fúknutím na zátylok dieťaťa a dupnutím na dlážku. Ak sa na tieto podnety otáča a na zvuky nie, zrejme ich nepočulo. Dieťa s ťažkou poruchou sluchu na tiché zvuky nereaguje, môže sa však otočiť na niektoré hlasné podnety (rapkáč, tlieskanie, klopanie). Aj keď doteraz vydávalo hrdelné zvuky – džavotalo, v tomto veku prestáva, lebo nepočuje svoj hlas ani hlasy iných blízkych osôb. Od 9. mesiaca sa rozvíja reč dieťaťa -

najmä jej rozumenie. Sluchové reakcie u dieťaťa vo veku okolo 1 roka môžeme zisťovať slovami, ktorých význam dieťa pozná – požiadame, aby ukázalo, kde je mama, havo a pod. V tomto období dieťa začína chodiť a vzdávať sa od matky. Zhoršuje sa tým komunikácia nedoslýchavých detí – na väčšiu vzdialenosť nepočujú reč, neprídu na zavolanie. Reč stagnuje – nové slová nepribúdajú alebo len pomaly a sú zle zrozumiteľné. Vo veku 1,5 roka sa reč prudko rozvíja, denne pribúdajú nové slová, začínajú sa spájať do krátkych viet. Dieťa požiadame aby ukázalo známe predmety, časti tela, zvieratká na obrázku. Pomaly sa pritom od neho vzdávajeme alebo stíšujeme hlas. Dbáme na to, aby sme dieťaťu nepomáhali posunkami a aby nám nevidelo ústa. Zvýrazňuje sa rečové zaostávanie sluchovo postihnutých detí a v závislosti na stupni poruchy. Komunikujú posunkami, mimikou alebo „vlastnou rečou“, zloženou z hlások a hrdelných zvukov. Dieťa s ľahšou poruchou sluchu má obvykle malú slovnú zásobu a chybnú výslovnosť (najmä sykaviek) (Nagyová).

Nepočujúcemu dieťaťu môžeme pomôcť ale musíme vedieť ako, a to nielen erudovaní odborníci ale predovšetkým rodičia dieťaťa, ktorí sú v každodennom a bezprostrednom kontakte s dieťaťom.

### **Záver:**

Aktívne vyhľadávanie skrytých ochorení (skrínig) je významnou metódou prevencie v medicíne. Včasná diagnóza poruchy sluchu je veľmi dôležitá pre ďalší rozvoj dieťaťa, predovšetkým pre vývoj reči. Sluchové poruchy, ktoré neboli včas rozpoznané a diagnostikované, môžu ovplyvniť vývoj dieťaťa, spôsobiť poruchu v komunikačnom procese. Pri odhalení poruchy sluchu existuje niekoľko možností ako túto poruchu korigovať, ako postupovať v prístupe k sluchovo postihnutým deťom.

### **Literatúra:**

- 1) CHOVANCOVÁ, D. 2007. Novorodenecký skrínig na Slovensku. In *Pediatrica pre prax*, 2007, roč. 8, č. 1, s. 13- 16.
- 2) JAKUBÍKOVÁ, J. 2008. Poruchy sluchu u detí: Princípy a postupy pre včasnú diagnostiku, identifikáciu etiológie a liečbu. In *Pediatrica pre prax*, 2008, roč. 9, č. 5, s. 252-256.
- 3) KABÁTOVA, Z., PROFANT, O., Profant, M., Groma, M. 2005-2006. Overenie účinnosti skrínigu sluchu novorodencov dotazníkom LittlEars. In *Choroby hlavy*

*a krku* [online].č. 3-4/2005, 1/2006, str. 26-33. [cit.2009-02-23]. Dostupné na internete: [http://www.sso.sk/chhk\\_1\\_2006.pdf](http://www.sso.sk/chhk_1_2006.pdf)

- 4) MYŠKA, P. 2007. Postižení sluchcu v dětském věku, následná léčebně- rehabilitační péče. In *Pediatrica pre prax*, 2007, roč. 8, č. 2, s. 79-81.
- 5) NAGYOVÁ, O. Vrodené poruchy sluchu. Informačný materiál projektu Starostlivosť o zdravie dieťaťa prostredníctvom interaktívnej komunikácie personálu Detskej fakultnej nemocnice v Košiciach s pacientmi a ich rodičmi.
- 6) RYBÁROVÁ, L., ONDRIOVÁ, I., SCHLOSSEROVÁ, A., SINAIOVÁ, A. 2008. *Starostlivosť o novorodenca*. 1. vyd. Prešov: FZ PU, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8068-769-4.
- 7) <http://www.scki.sk/sitno08/Sitno%20I.pdf>

#### **Korešpondencia:**

PhDr. Terézia Fertaľová  
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove  
Katedra ošetrovatelstva  
Partizánska 1  
080 01 Prešov, SR  
Email: [tfert@unipo.sk](mailto:tfert@unipo.sk)



## **POTREBY SLUCHOVO POSTIHNUTÝCH DETÍ A ICH RODÍN**

**Iveta Ondriová, Terézia Fertaľová, Ľubica Derňárová**  
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, SR

### **Súhrn:**

*Viac ako 80% porúch sluchu u detí sú vrodené alebo získané v perinatálnom období a preto je pre včasnú diagnostiku nutný sluchový skrining u novorodencov. Je nevyhnutné identifikovať potreby sluchovo postihnutých detí a ich rodín.*

### **Kľúčové slová:**

*Skrining u novorodencov, Sluchové postihnutie, Dieťa, Rodina*

### **Úvod:**

Sluchové postihnutie predstavuje celoživotný problém. Svetová zdravotnícka organizácia zaraďuje sluchové postihnutie na druhé miesto z hľadiska závažnosti postihnutia (SZO, 2001). Je dôležité si uvedomiť, že nevidieť znamená oddelenie od hmotných vecí, ale nepočuť znamená oddelenie od ľudí.

### **Vlastný text:**

Pri skúmaní sluchovo postihnutých ľudí sa nemožno zaobiť bez rozboru rozličných následkov sluchového postihnutia. Okrem medicínskeho aspektu sluchového postihnutia treba prihliadať aj na jeho rečové a psycho-sociálne dôsledky, sociálnej a psychologickej kvality života postihnutých jedincov. Tieto úzko súvisia s nevyhnutnosťou identifikovať individuálne aktuálne potreby postihnutých osôb.

Podľa Elsy (2005, s.144) základom pre klasifikáciu detí a ich zaradenie do jednotlivých skupín sú ich zvyšné sluchové kapacity a schopnosť verbálnej komunikácie podľa celkovej vývinovej úrovne.

### **Typ a stupeň narušenia sluchu sú kritériá, podľa ktorých rozlišujeme:**

- prevodovú nedoslýchavosť,
- senzorineurálnu nedoslýchavosť,
- kombinovanú prevodovo-percepčnú nedoslýchavosť,
- nepočutie, t. j. hluchotu (Mrázová, 1998, s.60).

Podľa Houdkovej (2005, s. 117) je potrebné z pedagogického hľadiska osobitnú pozornosť venovať deťom so senzoreurálnou nedoslýchavosťou, kombinovanou nedoslýchavosťou a nepočujúcim deťom. Z biologického hľadiska je hluchota senzoreurálna nedoslýchavosť (veľmi) vysokého stupňa alebo kombinovaná nedoslýchavosť. Narušenie sluchu u nepočujúcich je v dominantnej oblasti percepcie reči (500 — 4000 Hz) väčšie ako 90 dB.

Auditívna percepcia sa zhoršuje ťažšími stupňami nedoslýchavosti. Využiteľné zvyšky sluchu (zachovaná sluchová kapacita) nie sú závislé iba od rozsahu decibelmi zmeranej sluchovej straty v dominantnej oblasti percepcie reči, ale vôbec od frekvenčných ostrovčekov, v ktorých má sluchový analyzátor intaktnú funkciu. Zvyšné sluchové schopnosti sú ešte ovplyvnené osobitnými zručnosťami, vlohami jedinca, ktorými dokáže optimálne využiť zachované sluchové kapacity.

Vek, v ktorom narušenie sluchu nastalo, je zvlášť dôležitý, lebo významnou mierou ovplyvňuje vývin osobnosti jedinca. Čím v ranejšom veku vzniká sluchová porucha, o to sú horšie jej následky, vplyvy na normálny psychický vývin. Ak narušenie sluchu nastane pred vývinom slovnej zásoby (vrodené), získané narušenie sluchu okolo pôrodu alebo v kojeneckom veku, veľmi negatívne vplyva na vývin dieťaťa, lebo kojeneček nemá rozvinuté regulačné mechanizmy, pomocou ktorých by mohol eliminovať rušivé javy vo svojich sociálnych vzťahoch a takto sa brániť následkom sluchového postihnutia (Houdková, 2005, s.201).

Nepočujúce deti nepočujúcich rodičov majú dobré postavenie v rodine, lebo ich komunikačné zručnosti (väčšinou manuálnymi znakmi) sa rozvíjajú od začiatku bez problémov.

Následky narušenia sluchu sú ovplyvnené podmienkami sociálneho prostredia. Ide predovšetkým o blízke osoby z kruhu rodiny postihnutého, ale aj všetky osoby a inštitúcie, ktoré kladne pôsobia na starostlivosť, stimuláciu alebo podporu sluchovo postihnutého. Napríklad pedoaudiologická poradňa môže poskytovať cenné rady rodičom sluchovo postihnutého dieťaťa.

Nápadným anomáliám v psychickom vývine sa možno vyhnúť alebo narušenie psychického vývinu možno zmierniť, ak je špeciálno-pedagogická a terapeutická starostlivosť v ranom veku začatá čo najskôr. Hodnotenie výskytu sluchových postihnutí závisí aj od úrovne

poznatkov lekárskej vedy, od úrovne lekárskej starostlivosti, socio-ekonomických pomerov a tiež zdravotníckej štátu. Pri celkovom náraste výskytu sluchového postihnutia u ľudí treba v budúcnosti reálne uvažovať o takých príčinách, akou je hlučné prostredie (v práci, v cestnej doprave) a meniace sa prostredie v trávení voľného času (dlhodobé počúvanie walkmanu, intenzívne zvuky na diskotékach, pop-koncertoach) (Carlson, 2007, s. 209).

Hluchota a ohluchnutie sa najčastejšie vyskytuje v ranom veku u detí a v neskoršej starobe. Výskyt sluchových porúch výrazne narastá po 50. roku. Medzi dospelými je viac ako 0,05% nepočujúcich so silným percentuálnym nárastom výskytu sluchových postihnutí po päťdesiatom roku (National Institute of Deafness and Other Communication Disorders, USA, 2005).

**TAB. 1: Výskyt sluchovo postihnutých detí a mladistvých**

<b>NARUŠENÁ POPULÁCIA</b>	<b>PODIEL NARUŠENEJ POPULÁCIE</b>	<b>SKÚMANÁ POPULÁCIA</b>
<b>sluchové postihnutie v detskom veku</b>	3 – 5 %	všetky vekové skupiny detí a mladistvých
<b>stredne a ťažko nedoslýchavé, až hluché deti</b>	0,1 – 0,5 %	všetky vekové skupiny

*Zdroj: Národný inštitút sluchových a komunikačných porúch, Veľká Británia, 2004.*

Špeciálna sesterská činnosť pre sluchovo a rečovo postihnuté deti sa orientuje rovine horizontálnej na súbor špeciálno-ošetrovateľských intervencií pre všetky druhy, stupne a vzájomné kombinácie postihnutí sluchu a reči realizovaných v podmienkach škôl a školských zariadení a v rodinnom prostredí (Tokárová, 1998, s.98). V rovine vertikálnej na poskytovanie špecializovaných aktivít prakticky všetkým vekovým kategóriám detí a mládeže so špeciálno-pedagogickými potrebami od narodenia až po skončenie prípravy na povolanie. Špeciálno-pedagogická poradňa pre sluchovo a rečovo postihnuté deti zameriava pozornosť na deti a mládež so špeciálno-pedagogickými potrebami:

- a) formou individuálnej integrácie v systéme bežného školstva,
- b) formou sociálnej integrácie v špeciálnych triedach bežných,
- c) v špeciálnych školách,
- d) výchovou v predškolských zariadeniach formou individuálnej integrácie v špeciálnych triedach alebo špeciálnych materských,
- e) v rodinnom prostredí (Novák, 2000, s. 22).

## **Praktická časť:**

### ***Východiská pre vlastný prieskum***

Východiskom pre realizáciu prieskumu bola dôležitosť identifikácie potrieb v danej minoritnej skupine populácie a nasledovná koncepcia krokov zo strany sestry.

### ***Predmet a cieľ prieskumu***

Predmetom predkladaného prieskumu sú vybrané aspekty starostlivosti o sluchovo postihnuté deti a ich rodiny. Cieľom prieskumu bolo zistiť, identifikovať úlohu sestry starostlivosti o túto skupinu jedincov v komunite.

### ***Prieskumná vzorka***

Prieskum sme realizovali v súbore rodičov sluchovo postihnutých detí v počte 151. Dotazníky vyplňovali matky - ako zástupcovia rodín. Výber súboru bol zámerný.

### ***Metódy a techniky prieskumu***

Na dosiahnutie stanovených cieľov bola zvolená empirickú prieskumnú metódu – dotazník, ktorý bol určený rodičom sluchovo postihnutých detí.

### **Výsledky prieskumu**

V prieskume sme zistili, že sluchové postihnutie ovplyvnilo vzťahy v rodine, a to v zmysle zhoršenia medziľudských vzťahov až v 89 (59%) rodinách. Zhoršili sa aj vzťahy v manželstve (20, tj.13%) ako i ekonomická situácia v rodine (18, tj.12%). K zmene došlo aj v zamestnanosti a v zamestnaní matiek. Z celkového počtu 151 respondentov 20 matiek buď prišlo o zamestnanie, alebo sa im zmenil pracovný harmonogram (tabuľka 2)

**TAB. 2: Odpovede a otázku: „Ako sa zmenila situácia vo Vašej rodine?“**

SITUÁCIA V RODINE	POČET RESPONDENTOV	
	n	%
Negatívne vzťahy v rodine	89	59
Zamestnanie matky	20	13
Negatívne vzťahy v manželstve	18	12
Negatívna ekonomická situácia	24	16

Až 80 (tj.53%) respondentov uvádza, že škola, ktorú ich dieťa navštevuje poskytuje vzdelanie. Ostatné úlohy, resp. formy činnosti sú zastúpené v oveľa nižšej miere. Spoluprácu

s klubmi uvádza 13 (t.j. 8%) rodičov, poradenskú službu 4 (t.j.3%) rodičia, 20 (t.j.14%) rodičov sprostredkovanie pomoci psychológa a 14 (t.j.10%) pomoc logopéda. Záujmové krúžky, v ktorých ich dieťa sa môže realizovať v škole, zhodne relaxačné pobyty uviedlo 10 (t.j. 6%) rodičov. Zaujímavé je, že celkovo iba 22 (t.j.14%) rodičov uviedlo, že ich deti sú členmi školských klubov

**TAB. 3: Odpovede na otázku: „Čo Vám poskytuje škola, ktorú navštevuje Vaše dieťa?“**

ŠKOLA POSKYTUJE	n	%
Vzdelanie	80	53
Výchovu	-	-
Pomoc psychológa	20	14
Spoluprácu s klubmi	13	8
Pomoc logopéda	14	10
Záujmové krúžky	10	6
Relaxačné pobyty	10	6
Poradenskú službu	4	3
Kurzy posunkovej reči	-	-

Výsledky prieskumu poukazujú na nedostatočnú integráciu sluchovo postihnutých detí s počujúcimi deťmi. Až 109 (t.j.72%) respondentov uvádza, že ich dieťa nie je v kontakte s počujúcimi deťmi (Tabuľka 9).

**TAB. 4: Odpovede na otázku: „Je Vaše dieťa v kontakte s počujúcimi deťmi?“**

KONTAKT	n	%
Áno	42	28
Nie	109	72

V tabuľke 5 sú uvedené odpovede na otázku, ako často sa respondenti stretávajú s rodinami, ktoré majú podobné problémy. V našom súbore rodiny so sluchovo postihnutým dieťaťom sa v 61% (93 respondentov) stretávajú občas či zriedkavo. Celkovo 39% (58 respondentov) nie je v žiadnom kontakte s inými rodinami s podobnými problémami.

**TAB. 5: Odpovede na otázku: „Ako často sa stretávate s rodinami, ktoré majú podobné problémy?“**

	n	%
Áno, pravidelne	-	-
Áno, občas	42	28
Zriedkavo	51	33
Vôbec nie	58	39

Respondentom v najväčšej miere poskytujú informácie masmédiá, a to v 51 (34%) prípadoch, školy v 44 (29%) prípadoch. Prostredníctvom poradenskej služby získava informácie 43 (28%) a sociálneho pracovníka 13 (9%) respondentov. Ani v jednom prípade nebol zdrojom takýchto informácií psychológ, lekár alebo sestra.

**TAB. 6: Odpovede na otázku: „Kto Vám poskytuje najviac informácií?“**

ZDROJ INFORMÁCIÍ	n	%
Škola	44	29
Lekár	-	-
Sestra	-	-
Sociálny pracovník	13	9
Psychológ	-	-
Poradenská služba	43	28
Masmédiá	51	34

Sesterské intervencie dokážu zvýšiť nielen satisfakciu danej minoritnej skupiny, ale aj poukázať na nevyhnutnosť zásahov sestry v rôznych dimenziách potrieb. V Tabuľke 7 sú uvedené odpovede na otázku, ako často by prijala rodina pomoc sestry. Až 103 rodín (68%) deklarovalo, že by potrebovali pravidelnú pomoc sestry. Jedna tretina rodín (43, t.j.32%) potrebovala občas túto pomoc. Žiadna z rodín neuviedla možnosti zriedkavo alebo nikdy.

**TAB. 7 Odpovede na otázku: „Ako často by ste potrebovali pomoc zo strany sestry“**

MIERA POMOCI SESTRY	POČET RESPONDENTOV	
	n	%
Áno, pravidelne	103	68
Áno, občas	48	32
Zriedkavo	-	-
Vôbec nie	-	-

V nasledujúcej tabuľke sú uvedené odpovede rodičov, týkajúce sa druhu pomoci, ktorý by mala poskytovať podľa nich sestra rodinám so sluchovo-postihnutými deťmi. Rodičia tak explicitne poukázali na úlohy sestier v práci s takouto komunitou.

Náš prieskum poukázal na potrebu sestry najmä v týchto oblastiach: poradenstvo – v 30%, v problematike sociálnej a právnej – v 32%, v oblasti výchovno-vzdelávacej – v 25%, a to so špecifikom na integráciu sluchovo postihnutých detí do zdravej detskej populácie, v oblasti výchovy k zdraviu – v 13%.

Čo sa týka problematiky sociálno-legislatívnej až 48 respondentov žiada o vytvorenie legislatívnych a inštitucionálnych podmienok pre sluchovo postihnutých detí a ich rodín a ich podporu sestrou.

**TAB. 8: Odpovede respondentov na otázku: „Úloha sestry v starostlivosti o sluchovo postihnuté deti a ich rodiny...“**

ÚLOHA SESTRY	POČET RESPONDENTOV	
	n	%
Sociálno-legislatívna oblasť	48	32
Poradenská služba	45	30
Výchovno-vzdelávacia oblasť	38	25
Výchova k zdraviu	20	13

V tabuľke 9 sú uvedené odpovede respondentov na to, v akej oblasti by ich mohla sestra zastupovať. Poradie odpovedí je uvedené v poslednom stĺpci tabuľky. Na prvých troch miestach sú uvedené najdôležitejšie oblasti, v ktorých rodičia s deťmi sluchovo postihnutými očakávajú iniciatívu a pomoc od sestry. Ide o oblasť integrácie, zrovnoprávňovania, t.j. vytvárania rovnosti príležitostí a s tým súvisiace aktivity sestier v oblasti tvorby a návrhov legislatívnych noriem.

**TAB. 9: Odpovede na otázku: „V akej oblasti by Vás mohla sestra zastupovať?“**

OBLASŤ ZASTUPOVANIA SESTROU	n	%	PORADIE
Tvorbe a návrhov legislatívnych predpisov	18	12	3.
Poradenstvo	15	10	6.
Práva a povinnosti sluchovo postihnutých	17	11	4.
Odborná pomoc	16	10,5	5.
Spolupráca so vychovano-vzdelávacími inštitúciami	14	9	7.
Krízové situácie	17	11	4.
Integrácia	22	14,5	1.
Zrovnoprávňovanie	20	13	2.
Osveta	13	9	8.

### Odporúčania pre prax:

- Pomôcť členom rodiny zorientovať sa vo svojej životnej situácii tak, aby optimálne využili podmienky, ktoré rodinný život poskytuje a v rámci neho mohli riešiť životné situácie, cieľové úlohy, ale aj konflikty a krízy.
- Posilniť prirodzenú vzájomnú väzbu medzi rodičom a sluchovo postihnutým dieťaťom, spôsoby komunikácie, posilnenie autonómie sluchovo postihnutého dieťaťa, pomôcť znížiť v rodine napätie a úzkosť ktoré vyplýva zo zmeny životnej situácie, usmerniť v oblasti odbornej pomoci v spolupráci s rôznymi centrami pre vzdelanie a výchovu sluchovo postihnutých detí, integrovať sluchovo postihnutých medzi počujúcich.
- U zaevidovaných rodín so sluchovo postihnutým dieťaťom sa zameriavať na najširšie získavanie anamnestických údajov (o rodinnom prostredí, o zdravotnom stave, psychomotorickom vývine, o školskom prospeve dieťaťa), na diagnostiku aktuálneho stavu dieťaťa s vypracovaním individuálneho plánu rehabilitácie a systematickej podpory, s určením frekvencie návštev a pod.
- Rozšíriť tímovú spoluprácu: sociálny pracovník, špeciálny pedagóg, školský špeciálny pedagóg, psychológ so zapojením do tejto užšej spolupráce foniatra, a širšej pediatrov, klinických logopédov, neurológov, pedopsychiatrov.
- Návštevy evidovaných rodín podľa individuálneho plánu. Pre viaceré deti z jednotlivých., oblastí umožníme realizáciu poradenských dní sestrou.
- Sprostredkovanie krátkodobých diagnostických pobytov pre sluchovo a rečovo postihnutých vo forme:



- jednorazových akcií (informácie o zariadeniach, pozorovanie detí)
- opakované pobyty za účelom adaptácie dieťaťa pred zaradením do špeciálneho zariadenia, príp. pri kombinácii špeciálnej a integrovanej formy vyučovania.

#### **Literatúra:**

- 1) ACHARD, M.1996. *Perly ducha. 1. vyd.* Ostrava: Knížní expres, 1996, 130s. ISBN 81-902272-1-X
- 2) DARÁK, M.1999. *Pedagogika.* Bratislava: SNP, 1999, 120s. ISBN 805-2864- 067
- 3) DEVITO, J. 2001. *Základy mezilidské komunikace. 1.vyd.* Praha: Grada, 2001, 420s. ISBN 80-7169-988-8
- 4) DILLER, P. 2004. *Komunikácia sluchovo postihnutých.* Hamburg: Zväz nedoslýchavých, 2004, 101s. ISBN 80-5428-988
- 5) DOLEŽAL, P. - KABÁTOVÁ, Z. 2003. *Včasná diagnóza poruchy sluchu- kedy a prečo.* In: Efeta-otvor sa, roč.XII, 2003, č.3, 54s. ISSN 1335-2865-03
- 6) ELSY, F.2005. *Sordo-muti.* Turín: Piemme S.p.A., 2005, 300s. ISBN 88-384-4801-9
- 7) EVANS, A.2004. *Pedagogika sluchovo nepočujúcich,* Philadelphia: Harcourt U.S., 2004, 1042 s. ISBN 0- 443- 03899-6
- 8) FASANO, F. 2000. *Integrácia nepočujúcich.* Miláno: DirPostel, 2000, 155s. ISBN 1124-4890
- 9) FEDEPA. 2002. *Organizačné listy.* Bratislava: Národný inštitút podpory zdravia, 2002, 100s, ISSN 81- 35785-8
- 10) FERENČÍKOVÁ, V.2006. *Etický aspekt ošetrovania chorých.* In: Revue profesionálnej sestry, roč. VII, 2006, č.6, 50s. ISSN 1342- 9445-11
- 11) FREEMAN,G.1997. *Detekcia a nasledovanie sluchovo postihnutých.* UK: Lillian M.S.N.R.N, 1997, 120s. ISBN 11-240-245
- 12) GUDA, B.1998. *Empatia.* Nové Zámky, Psychprof, 1998, 215s. ISBN 80-967 148-0-5
- 13) HÁLA, B.2002. *Hlas, sluch, reč.* Praha: Štátne pedagogické nakladateľstvo, 2002, 325s. ISBN 80- 64322-23701

#### **Korešpondencia:**

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.  
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity  
Partizánska 1  
080 01 Prešov, SR  
Email: ondriova@unipo.sk

## **INTERAKCIA A KOMUNIKÁCIA SESTRY S HLUCHOSLEPÝM DETSKÝM PACIENTOM**

**Marta Jakubíková, Terézia Fertalová**

Katedra ošetrovatelstva Fakulty zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

### **Súhrn:**

*Autori príspevku popisujú možnosti rozvoja interakcie a efektívnej komunikácie medzi sestrou a hluchoslepým pacientom/klientom a skúsenosti opatrovateľov v tejto oblasti v jedinom zariadení pre hluchoslepe deti v Slovenskej republike- v Červenici na východnom Slovensku.*

### **Kľúčové slová:**

*Hluchoslepota; Komunikácia; Formy komunikácie s hluchoslepým pacientom*

### **Úvod:**

Z pohľadu majoritnej spoločnosti je zastúpenie hluchoslepých jedincov zanedbateľné množstvo. Je preto pochopiteľné, že aj medzi zdravotníkmi je veľa takých, ktorí sa s týmto zdravotným postihnutím v profesionálnej práci nestretli a mali by problém s takýmto pacientom komunikovať. Podobný problém vyvoláva frustrujúce situácie aj na druhej strane, keď títo jedinci, zvlášť deti, kvôli častejším pridruženým ochoreniam prichádzajú do kontaktu so zdravotníkom. Znalosť základných pravidiel a foriem komunikácie s hluchoslepým detským pacientom/ klientom by preto pomohla zvýšiť kvalitu starostlivosti aj úroveň spokojnosti na oboch stranách. Bohaté skúsenosti v oblasti komunikácie s hluchoslepými deťmi majú v špeciálnej internátnej škole pre hluchoslepe deti v Červenici.

### **Vlastný text:**

Pod pojmom hluchoslepota rozumieme viacnásobné postihnutie, ktoré zahŕňa súčasne zrakové a sluchové postihnutie a ich kombinácia môže zapríčiniť vážne komunikačné, vývinové a vzdelávacie problémy (Vašek a kol., 1999 s. 242). Handicap nemožno chápať ako sčítanie hluchoty a slepoty, väčšinou ide totiž o poškodenie jedného alebo oboch týchto zmyslov do rôznej miery, stretávame sa však aj s úplne nepočujúcim či úplne nevidiacim pacientom. Deti postihnuté hluchoslepotou vyžadujú špecifický prístup v starostlivosti i špecifické podmienky, preto sa často ocitajú v ústavných zariadeniach. Veľa z nich je často hospitalizovaná pre chronické ochorenia, ktoré bývajú pridružené k zdravotnému postihnutiu, ale aj bežné ochorenie môže mať u týchto detí komplikovaný priebeh. Umiestnenie dieťaťa

v nemocnici alebo aj návšteva v ambulancii býva pre tieto deti vždy stresujúcim zážitkom a môže mať negatívny dopad na telesný i psychický stav dieťaťa. Trpezlivý a láskavý prístup zdravotníckeho personálu spolu so znalosťou a uplatňovaním komunikačných pravidiel je dobrým predpokladom prevencie uvedených problémov. Mnoho skúseností v tejto oblasti majú pracovníci špeciálnej internátnej školy pre hluchoslepé deti v Červenici. Zariadenie pre deti od troch do osemnástich rokov funguje od roku 1992 a je jediné svojho druhu na Slovensku. Pracovníci školy- učitelia i vychovávatelia majú absolvované vysokoškolské štúdium v odbore špeciálna pedagogika a bohaté odborné skúsenosti a zručnosti.

Hluchoslepým deťom je potrebné informácie podávať pre nich zrozumiteľným spôsobom a rešpektovať pritom osvedčené pravidlá. Stimulovať zvyšky zraku a sluchu, rozvíjať ostatné zmysly- hmat, čuch, chuť, vibračné cítenie. Hluchoslepí, podobne ako zdraví ľudia, komunikujú rôznymi spôsobmi. Na začiatku je dôležité vedieť, ktorá kombinácia spôsobov komunikácie bude pre konkrétneho jedinca najvhodnejšia. Základom komunikácie, ktorú používajú všetky hluchoslepé deti sú neverbálne formy komunikácie. Zdravotnícky pracovník prichádzajúci do interakcie s hluchoslepým detským pacientom by mal vedieť, že hluchoslepé dieťa sa rýchlo prispôbuje reči tela tých, ktorí sú v jeho blízkosti. Rozličnými pohybmi tela dáva a zároveň prijíma pocity, myšlienky, reakcie, želania. Úspech v komunikácii preto závisí v mnohom od uvedomelého používania reči a signálov tela. Podobne majú v neverbálnej komunikácii významné zastúpenie prirodzené gestá a pantomíma. Využívať sa môžu napríklad na iniciovanie alebo obnovu komunikácie, na upriamanie pozornosti vzájomný dotyk, mávanie na pozdrav, kývnutie hlavou na áno, nie. Vokalizácia je spôsob používania hlasu na komunikáciu bez slov. Dieťa používa napríklad privolávacie zvuky, imituje zvuk obľúbenej hračky, vytrvalým fňukaním signalizuje žiadosť o pomoc. Predmetová komunikácia je výhodná pre hluchoslepé deti, lebo umožňuje rýchle porozumenie prostredníctvom hmatu a manipulácie s predmetmi. Predmety (skutočné alebo symbolické) možno použiť vo forme predmetového kalendára pre bežné denné činnosti. Zoradené predmety na poličke alebo na stene naučia dieťa čítať postupnosť činností. Dieťa alebo zdravotnícky pracovník môžu využívať aj obrázkovú komunikáciu -kreslené, tlačené obrázky a fotografie.

V rámci verbálnej komunikácie je hluchoslepé dieťa schopné počuť rytmus hovorenej reči a porozumieť niekoľkým často opakovaným slovám. Odznenie prebieha aj pomocou hmatu,

teda umiestnením rúk na tvári hovoriaceho. Podobne hmatom sa využíva aj posunková reč-ruky dieťaťa ľahko položené na rukách posunkujúceho.

Väčšie vzdelané deti využívajú prstovú abecedu, ktorá môže byť vnímaná zrakom alebo hmatom a používa sa na hláskovanie slov, pre ktoré posunky nie sú vytvorené. Podobne využívajú vzdelaní aj písanie paličkových písmen ukazovákom na dľaň – Lormovu abecedu, Braillovo písmo, Blissov dorozumievací systém (symboly z geometrických tvarov), či elektronické komunikačné systémy (Vašek, 2006). Pri týchto formách komunikácie sa však bez sprostredkovateľa, skúseného tlmočníka zdravotník neobíde.

Okrem ovládania základných komunikačných prvkov by si mal zdravotnícky pracovník, hlavne sestra, ktorá je v interakcii s pacientom najčastejšie, osvojiť pravidlá komunikácie (Smith, 1992, s.12) s hluchoslepými jedincami. Ich uplatňovanie znamená, že v interakcii s dieťaťom sa sestra necháva viesť zdravým rozumom, láskavosťou a vrodenu ľudskosťou. V prvom rade je potrebné diagnostikovať komunikačnú úroveň dieťaťa. Za týmto účelom je okrem vlastného pozorovania žiadúce obrátiť sa na sprevádzajúcu, či inú osobu, ktorá dieťa pozná a môže nám o ňom veľa povedať. Ak napríklad dieťa neovláda posunkovú reč, nerozpozná predmety, alebo je úplne nevidiace a úplne nepočujúce, je možné s ním komunikovať prostredníctvom rúk a dotykov. Spolu s jeho rukami bude sestra vykonávať všetky činnosti. Ak má dieťa zvyšky zraku a sluchu, môže s ním komunikovať prostredníctvom predmetov alebo posunkami. Je dôležité dodržiavať u dieťaťa zaužívané pravidlá. Oslovujeme ho jeho menom a predstavíme sa. Pri každom novom stretnutí sa ohlásime, aby dieťa s istotou vedelo, s kým rozpráva a nebolo zneistené alebo zaskočené.

To, že sa nachádzame v blízkosti dieťaťa, alebo vchádzame do miestnosti mu ihneď dáme najavo, rovnako aj keď z miestnosti odchádzame. Pozornosť upútame dotykom, pri zvyškoch zraku skúsime nadviazať očný kontakt. Stojíme vždy v zornom poli dieťaťa. Zrakové prevýšenie vyrovnáme napr. prisadnutím si k posteli. Vždy dbáme, aby nám bolo vidno celú tvár, nezakrývame si ústa maskou, rukou, nepoužívame žuvačku. Komunikujeme v asi polmetrovej vzdialenosti, aby sme mohli navzájom využívať aj dotykové a predmetové komunikačné kľúče. Je dôležité, aby dieťa vedelo, čo sa ide robiť, využijeme na to všetky spôsoby komunikácie, ktoré dieťa pozná. Nerozprávame maznavo, len trochu pomalšie, hlasnejšie. Kričanie môže byť bolestivým podnetom pre nepočujúcich! Kľúčové slová

zdôrazňujeme, opakujeme. Musíme prejavit' trpezlivosť a porozumenie pri zmene nálady, dopriať dieťaťu čas na prijatie nových informácií aj na oddych. Osobitnú pozornosť venujeme rukám hluchoslepých detských pacientov. Všeobecne platí, že svet hluchoslepeho je taký veľký, ako ďaleko dosiahnu jeho ruky. Ruky preberajú funkciu chýbajúcich zmyslov. Oznamujú často túžbu či tému rozhovoru. Na skúmanie okolia hluchoslepeho dieťaťa používame dotyk, pri ktorom je ruka komunikátora pod rukou dieťaťa, ktoré môže byť takto v komunikácii aktívne. Ak potrebujeme upozorniť a zoznámiť dieťa s konkrétnym predmetom, dovedieme ho k nemu a necháme ho naň siahnuť. Ruku dieťaťa pritom položíme na chrbát našej ruky, pomaly ju premiestňujeme k predmetu a dotkneme sa ho. Potom pomaly svoju ruku vytiahneme spod ruky dieťaťa. Takto môžeme oboznámiť dieťa so zariadením izby, upozorniť ho na zábradlie, veci na stolíku a podobne. Na začiatku a na konci rozhovoru je treba používať signál začatia a ukončenia. Býva to obvykle gesto, stlačenie ruky. Ak dieťa niekde doprevádzame, musíme mu byť fyzicky nablízku, vždy mu povieme, kde práve sme a kto je tam okrem nás. Počas rozhovoru je treba dovoliť dieťaťu sedieť tak, aby cítilo naše telo, dych, vnímalo prácu našich rúk, náš hlas. Dovoľme mu dotýkať sa našej tváre, rúk a počúvajte všetky signály tela i zvuky dieťaťa a snažme sa porozumieť. Všetko je súčasťou komunikácie. Sestra by sa nemala prekvapiť, ak ju dieťa začne prehmatávať. Znamená to, že ju chce spoznať a zároveň si k nej hľadá cestu. Bez zraku a sluchu to najľahšie urobí pomocou hmatu. Preto by sa sestra tejto iniciatívy nemala brániť, ale brať ju ako prejav záujmu a rozvoja vzťahu medzi ňou a hluchoslepým dieťaťom.

V nemocnici je dôležité udržiavať úpravu prostredia, potrebné predmety umiestniť v dosahu dieťaťa a zoznámiť ho s ich usporiadaním. Nepotrebné a hlavne nebezpečné predmety musia byť mimo dosahu na bezpečnom mieste. Všetko, s čím prichádza dieťa do kontaktu musí byť hygienicky čisté. Obzvlášť musí sestra pamätať na hygienu rúk a odloženie prsteňov a náramkov.

### **Záver:**

Pre hluchoslepe dieťa v nemocnici sa stáva zdravotnícky pracovník v jeho blízkosti jeho očami a ušami na spoznávanie sveta. Do akej miery sa to bude darit', značne záleží na profesionálnom postoji, ľudskom prístupe a snahe dieťaťu pomôcť, porozumieť a vedieť uspokojiť jeho potreby.

**Literatúra:**

- 1) SMITH, B., T. *Příručka pro společníky hluchoslepých a pro jejich tlumočníky*, Praha 1994- Publikácia Medzinárodného programu Hilton/Perkins 1992, s. 21.
- 2) VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*, 2. vyd. Bratislava: Iris, 2006, 217 s. ISBN 80-89229-02-6.
- 3) VAŠEK, Š. a kol., *Pedagogika viacnásobne postihnutých*, 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 1999, 282 s. ISBN 80-967180-4-5.

**Korešpondencia:**

PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD.  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva  
Partizánska 1  
080 01 Prešov, SR  
Email: jakubm@unipo.sk

## **SESTRA V MULTIDISCIPLINÁRNOM TÍME REHABILITAČNEJ LIEČBY PACIENTA PO PORANENÍ MOZGU (POSTAKÚTNE ŠTÁDIUM)**

**Adriana Sujová, Ivana Bohušová**  
Národné rehabilitačné centrum, Kováčová, SR

### **Súhrn:**

*Autorky príspevku opisujú postavenie sestry v rámci multidisciplinárneho tímu pri starostlivosti o pacienta po poranení mozgu počas rehabilitačnej liečby v Národnom rehabilitačnom centre Kováčová. Prvú časť venujú stručnému opisu problematiky pacientov po poranení mozgu v postakútnom štádiu. V ďalšej časti opisujú oblasti participácie sestry na rehabilitačnej liečbe s hlavným cieľom včleniť liečebné postupy do všetkých aspektov denného života pacienta a poukazujú na jej aktívnu spoluprácu s inými odborníkmi. V závere autorky uvádzajú hlavné úlohy sestry v rehabilitačnom procese pacienta, pričom upriamujú pozornosť na nevyhnutnosť komunikácie pri kooperácii v multiodborovom tíme .*

### **Kľúčové slová:**

*Multidisciplinárny tím; Poranenie mozgu; Rehabilitačná liečba; Sestra*

### **Úvod:**

Poranenie mozgu u pacienta je závažným problémom zdravotníckej starostlivosti, ktorá zvládnutím akútnej fázy, t. j. záchranou života pacienta a stabilizovaním vitálnych funkcií, nekončí, ale práve naopak, začína. Poškodenie mozgu spôsobí funkčné poruchy v rozličnom rozsahu, často dlhotrvajúce až trvalé. Druh a rozsah funkčných porúch závisí od mnohých faktorov, kde popri lokalizácii, rozsahu poškodenia, individualitách klinického priebehu a celkového zdravotného stavu, sociálnych faktoroch a pod. figuruje tiež úroveň zdravotníckej starostlivosti. Tá by mala byť od prvých chvíľ poúrazového obdobia poskytovaná multidisciplinárnym tímom.

V našom príspevku sa zameriame na rehabilitačnú liečbu poskytovanú pacientom po poranení mozgu v postakútnom štádiu v Národnom rehabilitačnom centre v Kováčovej s dôrazom na postavenie sestry v rámci multidisciplinárneho tímu.

**Vlastný text:**

Hlavným cieľom liečby v našom zariadení je obnovenie, zlepšenie, prípadne kompenzácia schopností a funkcií, ktoré boli poranením poškodené alebo zničené. Ošetrovateľská starostlivosť, jej miesto a celkový význam v špecializovanom centre, kde sa všetko skloňuje s prívlastkami rehabilitácie, sa možno zdá trochu potlačená do úzadia. Pravdou však je, že sestra tak, ako ktorýkoľvek iný odborník, má svoju nezastupiteľnú úlohu pri starostlivosti o pacientov po poranení mozgu aj počas komplexnej rehabilitačnej liečby v špecializovanom zariadení.

Pacienti prichádzajú na rehabilitáciu s rozličným časovým odstupom po stabilizovaní vitálnych funkcií, s prítomnými deficitmi a porušenými funkciami mozgu v dôsledku jeho poškodenia. Ide o:

1. poruchy fyzických funkcií a zmyslového vnímania – parézy, plégie, poruchy rovnováhy, svalovej koordinácie, poruchy jemnej motoriky, inkontinencia, epilepsia, zvýšená únavnosť, poruchy prehľadania, poruchy citlivosti, zraku, sluchu, bolesti hlavy apod.,
2. poruchy psychických funkcií – poruchy kognitívnych funkcií (vnímanie, porozumenie, pamäť, myslenie), poruchy emotívnych pohnútok a emócií (chuť do jedla, libido, úzkosť, afekt, panika, depresie), poruchy vôle (iniciatíva, motivácia, záujmy, negativizmus, prehnaná ochota), poruchy správania (podozrievavosť, vyhýbanie sa spoločnosti, plachosť, ustráchanosť, eufória, agresivita, autoagresivita) a tiež poruchy uvedomovania si vlastného stavu, vlastnej situácie,
3. poruchy schopnosti komunikácie – afázia (expresívna, perceptívna), poruchy artikulácie (dysartia), hlasu (dysfónia, afónia), zvuku reči (rinolalia, hypernasalita) (Kříž, V., 1986, s. 312 – 313, Nábělková, A., 1999, s. 18 – 20).

Každá z uvedených porúch sekundárne v rozličnej miere a rôznym spôsobom zasahuje do sociálneho aspektu osobnosti človeka a jeho zdravia.

Pre dosiahnutie maximálneho efektu rehabilitačnej liečby je multidisciplinárna starostlivosť a vzájomná spolupráca všetkých zúčastnených nevyhnutná. Rehabilitácia zlepšuje priebeh ochorenia pacienta, znižuje deficit a urýchľuje znovuzaradenie pacienta do rodinného, príj. pracovného prostredia (Gúth, A., 2006, s. 7). V našom zariadení sa na nej podieľajú: rehabilitačný lekár (ako koordinátor rehabilitačnej liečby), sestra na lôžkovom oddelení,



fyzioterapeut, ergoterapeut, sociálna sestra, asistent výživy, ďalej podľa potreby klinický psychológ, klinický logopéd, protetický technik, lekári ďalších odborov (neuroológ, internista, urológ, psychiater, oftalmológ, ...). Dôležitým článkom v procese rehabilitácie je samotný pacient so svojou aktívnou účasťou, a tiež jeho podporné osoby – partner, rodičia, deti, súrodenci, priatelia, ... U časti pacientov po poranení mozgu odporúčame jeho sprevádzanie podpornou osobou počas dňa, čo v niektorých prípadoch zlepšuje toleranciu rehabilitačnej liečby a tiež aktívnu spoluprácu pacienta.

Sestra pri starostlivosti o pacienta po poranení mozgu vykonáva mnohé činnosti nezávisle, pri mnohých aktívne spolupracuje s ostatnými členmi tímu. Hlavným cieľom participácie a kooperácie sestry v procese rehabilitácie je včlenenie liečebných postupov do všetkých aspektov denného života tak, aby sa stali súčasťou každodennej rutiny. Dôraz kladie vždy na aktívny pohyb pacienta, ktorý najviac podporuje znovunadobudnutie funkčných schopností (WHO, 2004, s. 19).

Oblasti participácie a kooperácie sestry sú nasledovné:

Starostlivosť o mobilizáciu a lokomóciu prebieha v súčinnosti s fyzioterapeutom – pacient je na oddelení vertikálny, podľa rozsahu postihnutia a aktuálneho funkčného stavu, na vertikalizačnom lôžku alebo v bradlovom chodníku, častým posadzovaním sa zlepšuje tolerancia a stabilita v mechanickom invalidnom vozíku. Návik chôdze v bradlovom chodníku, s francúzskymi barlami, vychádzkovou palicou alebo bez adjuvatív uskutočňovaný sestrou na oddelení tiež prebieha podľa pokynov fyzioterapeuta. Ďalšími formami zlepšovania motoriky pacienta je cvičenie na motodlahe, motomede, elektrických alebo mechanických šľapačkách. Sestra učí pacienta technike drillu gluteálneho a femorálneho svalstva. Lekár v spolupráci s fyzioterapeutom navrhuje pre zlepšenie lokomócie ortopedické pomôcky, sestra zabezpečí ich objednanie, zhotovenie a následne prevzatie zhotovenej pomôcky, dohliada na ich správne a pravidelné používanie, končatiny pravidelne polohuje pomocou polohovacích dláh na dosiahnutie ich správneho postavenia.

Starostlivosť o zvyšovanie úrovne sebaopatery prebieha v súčinnosti s ergoterapeutom, ktorý podľa potreby navrhuje individuálne postupy pri presunoch, jazde na mechanickom invalidnom vozíku, prezliekaní, obúvaní, hygiene tela a pod. Sestra s pacientom pravidelne a systematicky precvičuje aktivity sebaopatery na oddelení v každodennom živote pri bežných činnostiach. V rámci náviku sebestačnosti sú pacienti podľa individuálnych potrieb

navrhnuté kompenzačné pomôcky pre zvládnutie denných aktivít v domácom prostredí, vhodný mechanický invalidný vozík, antidekubitná podložka do vozíka. Vybavenie pacienta pomôckami zabezpečí sociálna sestra podľa možnosti ešte pred návratom domov.

Starostlivosť o schopnosť komunikácie a psychické funkcie sestra konzultuje podľa potreby s logopédom a psychológom s cieľom individuálne pristupovať k problémom jednotlivých pacientov v súvislosti s poruchami reči a psychických funkcií, a tak podporovať eliminovanie následkov poškodených funkcií vhodným terapeutickým prístupom. Pod odborným vedením logopéda sa podieľa na rehabilitácii orofaciálnej oblasti, najmä na stimulácii mimických svalov, mobilizácii jazyka, nácviku správnej techniky dýchania apod.

Sociálne opatrenia sestra rieši so sociálnou sestrou. Spolupracuje pri vybavovaní predpisov kompenzačných pomôcok, invalidných vozíkov, sestra podľa potreby zabezpečuje stretnutia sociálnej sestry s pacientom, prípadne s jeho podpornými osobami s cieľom dohodnúť formu následnej starostlivosti o pacienta, oboznámiť ich o možnostiach sociálnej pomoci vyplývajúcej zo zdravotného stavu pacienta.

Monitorovanie a zabezpečovanie fyziologických potrieb vyžaduje spoluprácu sestry s asistentkou výživy, napr. pri poruchách prehĺtania, s konziliárnymi lekármi, napr. pri urologických ťažkostiach, hypertenzii, nestabilnom diabetes mellitus atď. a na základe odporúčania poučuje pacienta o diétnych obmedzeniach, pitnom režime, životnom štýle, užívaní liekov, používaní inkontinenčných pomôcok a pod.

Edukácia pacienta a jeho podporných osôb o následnej starostlivosti pri pretrvávaní funkčného deficitu je tiež úlohou sestry, pri ktorej využíva spoluprácu s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu, napr. s fyzioterapeutom, klinickým psychológom, klinickým logopédom a pod.

Základným predpokladom multidisciplinárnej starostlivosti je komunikácia medzi jednotlivými odborníkmi. Umožňuje vzájomné odovzdávanie informácií a podporuje kooperáciu pri starostlivosti o pacienta. V NRC Kováčová komunikácia multiodborového tímu prebieha počas celého pobytu pacienta, formou pracovných stretnutí ale aj individuálnych konzultácií, a sestra sa jej aktívne zúčastňuje a využíva vo svojej praxi.

Na záver by sme mohli zhrnúť hlavné úlohy ošetrovateľskej starostlivosti v procese rehabilitácie, ktoré sestra naplňa nezávislými, ale i súčinnými intervenciami s aktívnym využívaním rôznych foriem komunikácie, nasledovne:

- poskytovanie pomoci pacientovi pri prekonávaní problémov prítomných v dôsledku poškodenia mozgu v každodennom živote a pri ich zmierňovaní, resp. postupnej eliminácii, s cieľom zachovať homeostázu organizmu,
- monitorovanie zdravotného stavu pacienta s dôrazom na prítomnosť možných rizík a komplikácií a prevencia vzniku,
- poskytovanie pomoci pacientovi adaptovať sa na zmenu a príprava jeho, príp. aj podporné osoby, na život v zmenenej kvalite a integrácii do spoločnosti.

### **Záver:**

Multidisciplinarita pri starostlivosti o pacienta po poranení mozgu je jej nevyhnutným aspektom, ktorý sa snažíme uplatňovať aj v našom zariadení. Našou snahou (a konkrétne aj snahou sestier) je systém multidisciplinárnej kooperácie neustále rozvíjať a zdokonaľovať, aby pacient využil čas, ktorý má k dispozícii na rehabilitačnú liečbu v našom zariadení, čo najefektívnejšie a odišiel do domáceho prostredia a do života v spoločnosti primerane pripravený.

### **Literatúra:**

- 1) GÚTH, A.: *Rehabilitácia pre ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Bratislava: Liečreh Gúth, 2006, 100 s. ISBN 80-88932-23-8
- 2) KŘÍŽ, V.: *Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 332 s. ISBN 08-076-86
- 3) NÁBĚLKOVÁ, A.: *Komplexná rehabilitačná liečba pacientov po kraniocerebrálnych poraneniach v NRC Kováčová*. Atestačná práca. SPAM Bratislava: 1999. 31 s.
- 4) WHO: *Rehabilitace po cévní mozkové příhode*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0592-3

### **Korešpondencia:**

Mgr. Adriana Sujová  
Národné rehabilitačné centrum  
Sládkovičova 1  
962 37 Kováčová, SR  
Email: adrianasujova@zoznam.sk

## **KOMUNIKACE S NEMOCNÝM V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI**

**Lenka Kroupová**

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií  
Západočeské univerzity v Plzni

### **Souhrn:**

*Nedílnou součástí péče o nemocné je komunikace, jejíž význam stoupá v období vážného onemocnění. Správně vedený rozhovor a neustálý lidský zájem o vážně nemocného i jeho příbuzné je velmi důležitý pro vzájemnou spolupráci.*

### **Klíčová slova:**

*Terminální stav; komunikační dovednosti; emocionální tíseň, příbuzní*

### **Úvod:**

Terminální stav nemocných je velice zatěžují nejen pro samotné pacienty a jejich příbuzné, ale i pro zdravotníky, a to i přesto, že jsou profesionálové. Připomíná jim i jejich konečnost života a prožívají frustraci z neúspěchu léčby. Přesto by měli mít na paměti, že nemocní potřebují dostávat informace a potřebují komunikovat. Zatěžující je pro zdravotnický personál již sdělování nepříznivých informací, ke kterým může být sestra přizvána. Velice důležité je, aby každý z týmu věděl kolik a jakých informací bylo pacientovi o jeho nemoci sděleno. Čím více se hrozba smrti stává reálnou a blízkou, tím více se i v našich nemocnicích bohužel stává, že nemocný zůstává se svými strachy a úzkostmi sám.

### **Cíl práce:**

Pro moderní ošetřovatelskou praxi je důležité zaměřovat se u nemocného ne pouze na tělesné symptomy, které nemoc provází, ale také na emocionální tíseň a další problémy klienta. Sestry by měly provádět pravidelné posouzení psychického stavu nemocného a citlivě reagovat na jeho měnící se potřeby. Stres u lidí s terminálním onemocněním se může projevit depresí, úzkostí, smutkem i problémy s adaptací. Studie ukazují, že nemocní, kteří trpí úzkostí nebo depresí hovoří o svých problémech méně často (Heaven & Maguire, 1997). Klienti vyjadřují potřebu provázení na jejich „těžké cestě“. A to by právě měla zajišťovat sestra pomocí efektivní komunikace, která předpokládá využívání komunikačních dovedností a schopnosti sester správně odhadnout skryté problémy a obavy nemocného. Mezi předpoklady úspěšné komunikace, které sestra ve své profesi využívá, patří navázání vztahu, navození

důvěry, neverbální komunikace, asertivní jednání. Důležitou složkou komunikace je naslouchání, využívání empatie, evalvace a ochrana důstojnosti nemocných. Sestra by měla znát i ty skutečnosti, ve kterých případech je kontraindikováno sdělení pravdy nemocnému při jeho onemocnění. Pokud byla pravda sdělena, kolik jí bylo sděleno a jak byla presentována. Velmi důležitý je přenos informací mezi lékařem a sestrou a předávání informací mezi sestrami.

Ošetřovatelská péče je založena na modelu poskytování komplexní péče, kde je zdůrazněno propojení medicíny a ošetřovatelství a péče je směřována na nemocné i jejich rodiny.

U onkologicky nemocných pomáhají při péči tyto komunikační techniky:

- používání otevřených otázek psychosomaticky zaměřených
- objasnění psychických projevů
- shrnutí problémů, kdy je nutné při problémech nemocného kontaktovat specialisty

Důležitou součástí péče je také péče o členy rodiny, která zahrnuje uspokojování jejich následujících potřeb:

- ujištění, že nemocný nemá velké potíže
- informace o nemoci, a jak mají konkrétně o nemocného pečovat
- potřebují praktickou pomoc při péči o nemocného
- významná je emocionální podpora, která zvyšuje schopnost starat se o nemocného

Ve stejné době, kdy se rozvíjela paliativní péče se rozvíjela i péče na jednotkách intenzivní péče. Personál se zde také velmi často setkává se smrtí svých pacientů. Sestry zvládají náročnou práci, která jim přináší krátké, ale velmi intenzivní vztahy, neboť se svými nemocnými zažívají kritické momenty, kdy potlačují svůj strach i pocity. Proces umírání a smrti je u jejich nemocných zúžen do několika dnů nebo hodin.

Při péči o umírající na oddělení intenzivní péče sestry snaží

- oddělit osobní a profesní identitu
- zajistit pohodu umírajícímu nemocnému
- citlivým způsobem poskytnout rodině nemocného informace
- ochránit tým

**Závěr:**

Přesto, že je komunikace velice obtížná s nemocným i jeho příbuznými, sestra jim zůstává nablízku a tráví s nimi nejvíce času. Právě sestře kladou spoustu otázek, na které by měla umět adekvátně reagovat.

**Literatura:**

- 1) O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*, Praha, Grada 2005, ISBN 80-247-1295-4
- 2) OPATRŇNÁ, M. *Etické problémy v onkologii*, Praha, Grada 2008, ISBN 978-80-204-1876-0
- 3) THEOVÁ, A. *Paliativní péče a komunikace*, Společnost pro odbornou literaturu 2007, ISBN 978-80-87029-24-4
- 4) HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, Praha, Galén 2002, ISBN 80-7262-132-7
- 5) MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha, Grada 2005, ISBN 80-247-1024-2

**Korespondence:**

Mgr. Lenka Kroupová  
Západočeská univerzita v Plzni  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence  
Náměstí Odboje 18  
300 00 Plzeň  
Email: lenkrou@seznam.cz

## TEORIE A PRAXE EDUKAČNÍ ČINNOSTI SESTRY

Zuzana Janečková, Jaroslava Nováková

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence Fakulty zdravotnických studií  
Západočeská univerzita v Plzni

### Souhrn:

*Edukací činnost tvoří součást plánovaných intervencí sestry ve všech formách péče. Edukace klienta je nejdůležitějším aspektem v ošetřovatelské praxi a je důležitou, samostatnou funkcí ošetřovatelství. Edukační činnost tvoří významnou a neoddělitelnou součást pracovní náplně sestry v primární, sekundární i v terciární péči. (5) Nejen tato fakta vedou k tomu, že je na edukační činnost ve výuce sester kladen čím dál větší důraz. Bohužel z daného šetření jasně vyplývá, že ač je edukaci při studiu věnováno několik hodin, v praxi pak dochází „ pouze“ k edukaci klientů, nikoli však k jakémukoli, byť minimálně odpovídajícímu, účelnému záznamu.*

### Klíčová slova:

*Edukace; Sestra edukátorka; Edukační proces; Dokumentace*

### Úvod:

Edukaci (z latinského educatio) překládáme do češtiny jako výchovu či vychovávání. Obecně tak však označujeme proces vzdělávání nebo výchovy, předávání informací, výuku nových návyků, stereotypů či dovedností. Konečným cílem edukace je změna chování. Edukace je v posledních letech zdůrazňovaná jako samozřejmá součást profesionální činnosti sestry. Je nepostradatelnou součástí léčby pacienta, patří mezi nejdůležitější aspekty ošetřovatelské praxe, představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Navíc poučený pacient bývá dobře spolupracující pacient.(2)

### Cíl práce:

Cílem tohoto šetření bylo zjistit, jakou roli hraje edukační činnost v povolání sestry, zda existuje návaznost teorie na praxi a je tedy účelné věnovat edukaci ve výuce všeobecných sester takovou pozornost.

### Metodika – kvantitativní šetření

## **Současný stav edukační činnosti sestry**

### Ministerstvo zdravotnictví ČR

O edukační činnosti sestry hovoří zejména vyhláška č.424/2004 Sb., dále Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

- Vyhláška č.424/2004 Sb. (výňatek) Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti: Všeobecná sestra edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (výňatek) Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst.12 písm. d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.
- Věstník MZ ČR č. 9/2004

### Definice ošetřovatelství

Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmiřování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.

### **Edukační činnost sestry ve výuce**

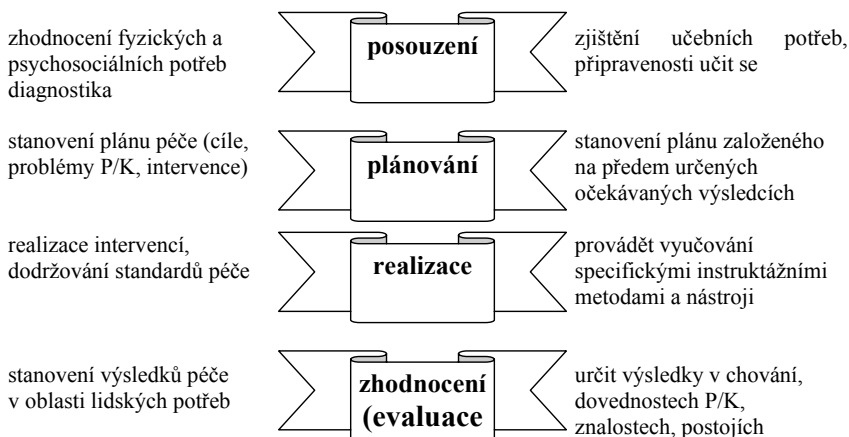
Novou roli, roli edukátorky, získala sestra v 80. letech. V současnosti se od sestry, coby zdravotníka ovládajícího edukaci, v ideálním případě očekává, že bude vysokoškolsky vzdělaná, dokáže fundovaně předat informace pacientovi, rodině, ale i kolegyním a studentům na vhodné úrovni, je schopna zjistit individuální znalosti a dovednosti vztahujících se k udržení a obnovení zdraví, vytvářet prostředí, které motivuje a podporuje učícího se pro osvojení si nových znalostí a dovedností. Dále je osobou, která organizuje a účastní se osvětových kampaních a hodnotí jejich výsledky a v neposlední řadě pak aplikuje přijatelné a vhodné kulturní, etické a profesionální normy.(1)



Edukace se v ošetřovatelské praxi uplatňuje prostřednictvím edukačního procesu. Edukační proces zahrnuje cílené, systematické činnosti dvou nezávislých oblastí – vyučování s učením se, které vytvářejí nepřetržitý cyklus. Dále pak dva nezávislé hráče – učitele a učícího se, kdy výsledkem jejich vzájemné spolupráce je požadované chování a jednání pacienta/klienta. Pokud se zamyslíme nad edukačním procesem a ošetřovatelským procesem, zjistíme, že mají mnoho společného.(4)

### **Ošetřovatelský proces**

### **Edukační proces**

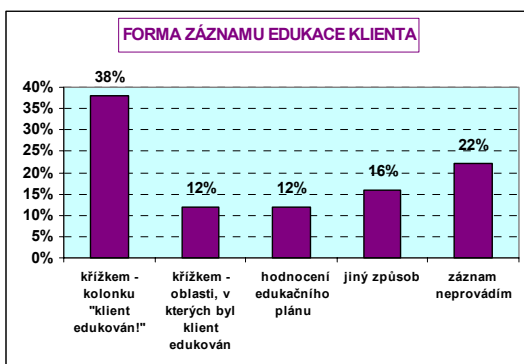


Zakončením a vyvrcholením vzdělávacího procesu je hodnocení (evaluace). Bez hodnocení by edukace nebyla dokončena. Pokud nebylo dosaženo stanoveného cíle, je třeba zjistit proč. Při hodnocení edukačního procesu je třeba zaměřit pozornost jak na klienta, tak na edukátora. Důležitou součástí edukačního procesu je dokumentace. Dokumentace o edukaci má být přesná, přehledná a srozumitelná. Dobře vedená dokumentace zaručuje soustavnost a návaznost edukace. Zajišťuje dobrou informovanost všech členů edukačního týmu. Umožňuje sledovat a zaznamenávat pokroky a dosažení stanovených cílů klientem. A v neposlední řadě je ochranou před trestním stíháním. (3) Smyslem edukačního programu v léčebném procesu není jen vzdělávat a předávat informace, ale především pomáhat. Edukátor musí akceptovat klienta jako integrovanou lidskou bytost nedělitelný celek s aspekty zdravotními, psychologickými a sociálními. Je nutné, aby byl bez předsudků a respektoval osobnost jedince. Pomocí edukace lze „získat“ aktivního klienta, schopného se vyrovnat lépe se změnami a nastalými situacemi v průběhu léčby.(4)

### Edukační činnost sestry v praxi

Výsledky našeho šetření jednoznačně potvrdily, že edukace pacientů/klientů je nedílnou součástí v práci sestry. Většina dotazovaných sester odpověděla, že edukují P/K při každé službě. Následně ale z výsledku dotazníků vyplývá, že mnohé z nich před samotnou edukací klienta edukační plán nevytváří, dokonce vysoké procento sester považuje jeho tvorbu za zbytečnou. Na mnohých odděleních se záznam o edukaci do dokumentace neprovádí vůbec a pokud sestry vypověděly, že záznam do dokumentace provádí, pak volily zejména způsob záznamu – křížkem označím kolonku s názvem „klient edukován“ (viz. obr. 1) – což je však velmi obecné, nic neříkající, tvrzení a účel edukace se tak naprosto vytrácí.

OBR. 1: Forma záznamu edukace klienta sestrami z praxe

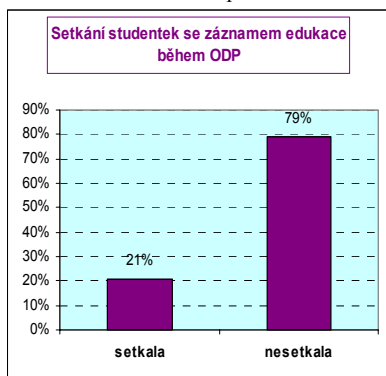


Ač tedy sestry nad edukací klientů/pacientů stráví v součtu několik hodin, záznam do dokumentace neprovádí a pokud ano, pak nedostatečně. Bylo by přinejmenším dobré upozornit na fakt, že, jak již v textu výše zmiňujeme, dobře vedená dokumentace umožňuje sledovat a zaznamenávat pokroky a dosažení stanovených cílů klientem, ale je také ochranou před trestním stíháním. Stále, a jsme přesvědčeny, že čím dál více, platí ono – co nebylo zaznamenáno, nebylo provedeno.

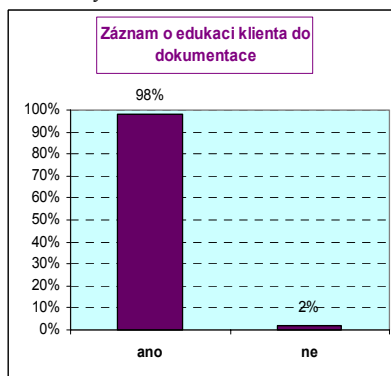
### Závěr

Z výsledků šetření jasně vyplývá, že návaznost teorie na praxi se ztrácí (viz OBR. 2 a 3).

OBR. 2: Setkání studentek se záznamem edukace během odborné praxe



OBR. 3: Studentky vědí, že každá edukace musí být zaznamenána



Tento fakt velmi negativně ovlivňuje motivaci studentů se daným předmětem, i přes jeho nepostradatelnost v praxi, blíže zabývat. Nabízí se tedy otázka, zda by nebylo vhodné se nejprve, než se začneme věnovat výuce klientů, zaměřit na edukaci sester v praxi. Nebo ji necháme ať se poučí z prvního prohraného trestního stíhání?

#### Literatura:

- 1) BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
- 2) DRAXLEROVÁ, M. *Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči*. České Budějovice, 88s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
- 3) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: nakladatelství Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
- 4) ŠEFČÍKOVÁ, M. *Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu*. České Budějovice, 2007, 97s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D., R.N.
- 5) TÓTHOVÁ, V. et al *Výchova a vzdělání – součást ošetrovatelství*. In *Nové trendy v ošetrovatelství V*. 1. vyd., České Budějovice: ZSF JU, 2006.

#### Korespondence:

Bc. Zuzana Janečková, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence FZS ZČU v Plzni

Nám. Odboje 18

32321 Plzeň

Email: [zujan@kos.zcu.cz](mailto:zujan@kos.zcu.cz)

## **ETICKÉ PRINCIPY PŘEDCHÁZENÍ KONFLIKTŮ**

**Ladislava Šrajerová**

Klaudiánova nemocnice Mladá Boleslav , Interna II. - choroby srdce a cév , JIP

### **Souhrn:**

*Autorka se snaží o zmapování, zhodnocení a předcházení konfliktů jež se týkají profese všeobecné sestry.*

### **Klíčová slova:**

*Konflikt; Vnitřní klima; Etika; Morálka.*

### **Úvod:**

Většina z nás stráví mnohem více času svého života mimo svůj domov, svou rodinu, na pracovišti či ve škole. Problémy ze zaměstnání či studia se přitom často přenášejí i do osobního života. Konflikty, ať chceme nebo nechceme, ať se nám to líbí nebo ne, bohužel náleží k životu, jsou jeho přirozenou součástí. Mnohdy sehrávají významnou a pozitivní roli při překonávání problémů, nalézání nových řešení nebo vzájemně přijatelných závěrů. Nejsou ničím výhradně záporným. Podle zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda je konflikt východiskem psychického pohybu. To ovšem neznamená, že je dobré či snad motivující, druhé dostávat do permanentního tlaku, měnit lidem život, ba dokonce i existenčně. Každá profese si nese své konfliktní situace, svá dilemata. Etická dilemata jsou takové situace, které představují konflikt mezi dvěma nebo více základními hodnotami, jsou složité, zdánlivě nemají řešení a všechna možná řešení mají stejně nežádoucí výsledky. Všechny konflikty, vnější či vnitřní, ovšem nemusí být etickými dilematy. Situace mohou mít etické aspekty, ale může se primárně jednat o organizační, komunikační nebo právní problém. Sestry si cení své profesní autonomie a práva kontrolovat vlastní práci, protože tyto činnosti jsou nezbytné k zajištění toho, aby mohly jednat v nejlepším zájmu pacienta. Oceňují asertivitu, protože je nutná při konfrontaci s ostatními odborníky nebo rodinnými příslušníky. Základem celé ošetřovatelské profese je vztah sestra pacient, sestra a kolegové, sestra a vedoucí pracovník – manažer. Dobrý manažer nevytváří pracovníkům skleníkové prostředí, ale ani prostředí plné stresů, konfliktů a hádek. Dobrý manažer ví, jak se v takovém prostředí chovat a jak konfliktům předcházet.

**Vlastní text:**

**Konflikty** mohou být různého typu, povahy a různého stupně. Může jít o konflikty intrapsychické ( osobní ), interpersonální nebo vnitrouškové povahy. Sestry se setkávají se všemi těmito typy konfliktů. Aby je mohly řídit a řešit, musí je chápat a mít schopnosti je řešit. V důsledku vážného vnitřního konfliktu, jedinec přehodnocuje své priority a v jejich důsledku se může dostat do rozporu s plněním pracovních povinností. Špatný výkon jedince může vykompenzovat kolektivní práce skupiny, ale konečné řešení konfliktu zůstává na samotném jedinci. Interpersonální vlivy jako např. rozdílné osobnosti a rozporné představy, vyvolávají konflikty , které mohou mít buď pozitivní nebo negativní důsledky. Konflikt je často spojován s pocíťovaným nerovnoměrným rozdělením moci, postavení a prostředků. Může být skutečný, nebo se jeví jako důsledek zkeslení reality. Výsledek konfliktu určují čtyři důležité faktory: problém, mocenská základna účastníků, spolupráce mezi účastníky, komunikace. Vybrané způsoby řešení konfliktu mohou udržet problém ve zvládnutelných rozměrech nebo jej mohou vystupňovat. Moc lze využít k vynucování nebo ke kompromisům.

Clause a Bailey popisují dva způsoby požívání moci a to direktivní a optimální. Hlavní konflikty na pracovišti jsou způsobeny nedostatkem jednotného vnímání a stanovení hodnot mezi sestrami. Příčiny tohoto nejednotného vnímání jsou různé způsoby vědění a získávání nových informací. Studie Nobela a Rancourta prokazují, že vzdělané sestry, nejen univerzitně, jak řadové tak manažerky, jsou při aplikaci informací v konfliktních situacích flexibilnější. Sestry bez nových informací a dalšího vzdělání mají sklon lpět na svých názorech, opírajících se o starší poznatky, jako na těch správných. Běžně se vyskytující konflikty v ošetrovatelství lze roztřídit podle typů, které pomáhají identifikovat příčinu a účastníky konfliktu a poskytují návod na zásah.

Klasickými konflikty v ošetrovatelství jsou např. konflikty:

**Profesionální – byrokratické**, jsou důsledkem neslučitelnosti nároků systému a vnímaných profesních zásad a povinností. Základ tohoto konfliktu je nerovnováha moci. U sester způsobují bezmoc a frustraci.

**Sestra – sestra**, vzniká z rozdílné filozofie ošetřování, jež narušuje týmovou spolupráci. Konflikt vzniká mezi sestrami z nichž jedna je zaměřena na preciznost ošetřovatelského výkonu, postupu, standardu a sestrou, která upřednostňuje holistický přístup a chce poskytovat holistickou ošetřovatelskou péči.

**Sestra - lékař**, pramení z různých očekávání ohledně poskytování péče. Mezi lékařským a sestřerským modelem jsou rozdíly, které se však doplňují. Jde zde i o nerovnováhamoci v systému a zasahování lékařů, do ošetřovatelských kompetencí sester.

**Nedostatek osobní kompetence**, konflikty nastávají, když úroveň schopností a znalostí sester je v rozporu s tím, co od sebe v praxi očekávaly. K tomuto typu konfliktu dochází při nedostatku sester, kdy jsou sestry přerazovány na jiná pracoviště nemocnice, jejichž problematiku dokonale neznají. Jsou to, běžná a výhodná opatření managementu, v rámci hospodárnosti. Může se zde jednat i o konflikt z nerovnováhy moci.

**Konkurenční role**, jsou konflikty osobní, kdy žena zastává roli sestry, matky, manželky i studentky. Těmto konfliktům se bohužel v dnešní době, kladení ekonomických a profesních nároků nelze vyhnout.

**Expresivní – instrumentální**, jejich řízení patří k nejobtížnějším, jsou to konflikty, které vznikají na exponovaných na techniku náročných pracovištích ( ARO, JIP apod. ). Dochází k nim, když jsou sestry rozpolceny mezi technickými nároky na péči a lidskými nebo expresivními potřebami pacientů.

**Pacient – sestra**, konflikty vznikají, když ošetřovatelské cíle sester se liší od cílů pacienta. Respektovat rozhodnutí pacientů a rodin, ohledně péče, pakliže je jejich volba informovaná a uvážená, je součástí holistické péče a očekávaným standardem. Dalším mnohem závažnějším konfliktem pacient – sestra je pacient, který jedná impulzivně až agresivně. Někdy je nutná přítomnost bezpečnostní služby, aby bylo zajištěno bezpečí zdravotnického personálu i ostatních pacientů.

Každá sestra se v jednom z těchto konfliktů během své praxe ocitne. Je důležité, jak jej řídí a co si z něho vezme.

### **Etické zásady**

Člověk v podstatě celý život zápasí sám ze sebou, se svými špatnými vlastnostmi, nedostatky, chybami. Pravda je, že vnitřní a vnější konflikt jde ruku v ruce. Konflikt je střetem motivů, postojů, názorů, hodnot. Žebříček hodnot může být u lidí odlišný. Jiná hierarchie hodnot je u člověka zdravého a jiná nastává u člověka v okamžiku, kdy se jeho zdravotní stav změní a je nemocný nebo s nemocí žije, ať už se to týká jeho samotného nebo osoby jemu blízké. Zdravotníci by měli dodržovat několik základních etických zásad při jednání s nemocnými a jejich rodinou. Několik nejčastěji používaných zásad při řešení morálních dilemat, jež vedou k předcházení konfliktů je:

**Odpovědnost**, projevuje se vědomím odpovědnosti, za dodržování a plnění léčebných a ošetřovatelských povinností. S tím úzce souvisí neškodlivost nebo-li nepoškození.

**Neškodlivost**, zakazuje poškozování nemocného a požaduje zvážit rizika a výhody léčby a ošetřovatelského procesu. Nejde jen o dodržování hygienicko-epidemiologického režimu a zabránění přenosu nozokomiálních nákaz, ale i o fyzické omezování pacienta.

**Autonomie**, zajišťuje nárok na sebeurčení při rozhodování o tom, co se v rámci zdravotní péče stane s mým tělem. Prezidentská komise pro studium etických problémů v medicíně zdůraznila, že způsobilý dospělý jedinec má právo odmítnout léčbu i kdyby to mělo za následek smrt. Na to navazuje zákon o právu pacienta na sebeurčení. O zásadě autonomie hovoří přímo Kodex sester. Zásada autonomie vyžaduje, aby měl pacient adekvátní informace o možnostech léčby, aby se mohl rozhodnout a udělit informovaný souhlas s konkrétní formou terapie.

**Dobročinnost**, spíše směřování k dobru požaduje, aby zdravotničtí pracovníci přispívali ke zdraví a pohodě pacientů. Především dodržovali plánování ošetřovatelského procesu dlouhodobě a to i s plánem péče po propuštění, již v rané fázi hospitalizace.

**Spravedlnost** se týká obou stran jak pacientů tak i zdravotníků. Všichni mají nárok na to, aby dostali to co si zaslouží, na co mohou vznést legitimní nárok. Pacienti mají nárok na ohleduplnou, zdvořilou a laskavou péči. Sestry u lůžka, které se rozhodují, jak rozdělit svůj čas mezi několik pacientů, rozdělují omezené časové prostředky, by měly zkoumat jak s tímto časem nakládají.

Sestry a lékaři mají podle této etické zásady legitimní nárok na bezpečné pracovní prostředí, patřičné finanční ohodnocení a čas na odpočinek. Tato zásada tedy souvisí se spravedlivým přidělováním veškerých prostředků. Toto je velmi složité, zvláště dnes, kdy opatření zdravotnické reformy kladou větší důraz na omezení nákladů. Všichni poskytovatelé zdravotní péče, zápasí s tím, aby prostředky rozdělili mezi všechny zainteresované strany co nejspravedlivěji a přitom zachovali přijatelnou kvalitu péče.

**Laskavost**, je ohleduplné chování vůči okolí a především k pacientovi. Sestra pacientovi věnuje pozornost, projevuje zájem o jeho potřeby, stará se a pečuje o něj. Je k němu empatická, ochotná, přívětivá a přátelská ať se jedná o kohokoli.

### **Bariéry v etickém rozhodování**

Bariéry v etickém rozhodování mohou plynout z několika faktorů, jimiž je ovlivněna celá společnost. Zejména jde o rozmanitost kultur v současné společnosti, v důsledku otevření hranic. Příslušníci jiných kultur a náboženských tradic přinášejí různé pohledy na etické otázky, jako jsou rozhodnutí o záležitostech týkajících se konce života a otázky spravedlnosti a slušnosti. Etická rozhodnutí související s péčí o tyto osoby vyžadují pochopení jejich kulturních systémů názorů, což často chybí. Mnohé situace mají nejen etické, ale i právní důsledky. Zodpovědnost sester se překrývá se zodpovědností ostatních zdravotníků. Na pracovištích je často nedostatek sester a sestry se rychle střídají, což může uvést sestru do pozice, kdy ví, co je pro pacienta dobré, ale nemůže to splnit kvůli nedostatku času a situační podpoře.

### **Zdokonalování etických rozhodnutí v ošetřovatelské praxi**

Sestry mohou udělat taková rozhodnutí, která zvýší, nebo sníží riziko syndromu vyhoření. Vyvarování se chyb a předejití konfliktů napomáhá systematické vzdělávání sester. Sestry si musí uvědomit a uznat, že bez adekvátního vzdělání v oblasti etické analýzy budou jejich závěry ohledně správného jednání v etických dilematech většinou odrazem toho, co jim připadá dobré. Ovšem co připadá jednomu dobré nebo správné nemusí být pro jiného to nejlepší. Dalším zdrojem, který napomáhá etickému rozhodování patří listiny práv pacientů, stanoviska odborných společností, standardy péče a v nemalé míře již zmiňovaný kodex sester.



### **Závěr:**

Jak již zde bylo zmíněno vztah sestra pacient je základem celé profesionální ošetřovatelské činnosti. Neméně důležité jsou i vztahy mezi kolegy. Proto vzájemný respekt, kolegiálnost mezi sestrami a sestrami verus ostatními členy zdravotnického týmu, přispívají k pohodě na pracovišti a veškeré etické dilemata se v takovém vzájemně se respektujícím prostředí snadněji řeší. Existuje více dobrých rad, jak zvládat konflikty. Dovolte mi pár pravdu majících citátů :

*Nauč se pozorně poslouchat, co říká druhý a ze všech sil usiluj vcítit se v myšlení mluvícího.  
(Marcus Aurelius)*

*Než někoho pokáráš, pokus se mu prominout.  
(Ch. Lichtenberg)*

*Vše závisí na pochopení.  
(Seneca)*

*Spory by se tak dlouho netáhly, kdyby všechna pochybení spočívala jen na té druhé straně.  
(F. La Rochefoucauld)*

### **Literatura :**

- 1) GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H.R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*, Grada Publishing, Praha 2003, ISBN 80-247-0267-3,
- 2) HERTZER, K. : *Rétorika v zaměstnání* , Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1799-9,
- 3) KHELEROVÁ, V.: *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1677-1,
- 4) KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetřovatelství*, Grada Publishing, 2007, IBSN 978-80-247-2
- 5) ŠTĚPANÍK, J.: *Umění jednat s lidmi 3* , Grada Publishing, 2008, IBSN 978-80-247-8
- 6) THOMSON, R.: *Řízení lidí*, ASPI, a.s., 2007, ISBN 978-80- 7357- 267-9,
- 7) VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1262-8,

### **Korespondence:**

Ladislava Šrajerová  
Interna II. JIP II.  
Klaudiánova nemocnice – Nemocnice Středočeského kraje, a.s.  
V. Klementa 146  
293 01 Mladá Boleslav

## **OCHRANA A PODPORA DOJČENIA – TREND 21.STOROČIA**

**Iveta Ondriová, Terézia Fertaľová, Dagmar Magurová, Slávka Mrozková**  
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, SR

### **Súhrn:**

*Dojčenie je považované za najlepší, spôsob výživy dieťaťa. Okrem toho, práve počas dojčenia sa vytvára aj veľmi silná citová väzba medzi matkou a dieťaťom.*

### **Kľúčové slová:**

*Materské mlieko; Zdravie; Matka; dieťa*

### **Úvod:**

Materské mlieko je svojím zložením a vlastnosťami jedinečné pre výživu novorodencov a dojčiat do ukončeného 6.mesiaca života, potom s ostatnou stravou až do 1. - 2.roku života. Je to komplexná tekutina, ktorá obsahuje stovky substancií a všetky jeho náhrady sa od neho líšia. Preto hovoríme o ňom ako o prirodzenej výžive, ktorá je najoptimálnejšou potravou pre dojčatá (Kudlová, Mydlilová, 2005).

### **Vlastný text:**

Tvorbu mlieka reguluje hormón prolaktín, ktorý sa do organizmu matky vylučuje, keď dieťa saje z prsníka. Čím viac dieťa stimuluje prsník, tým viac mlieka sa vytvára. Nie je možné prsník „vyprázdniť“, lebo bunky stále produkujú mlieko. Účinné odsávanie mlieka uchováva túto produkciu. Pri skrátení času dojčenia – či už pri ťažkostiach dieťaťa s prisatím, alebo jeho odňatím od prsníka skôr, ako spontánne ukončí satie – nie je produkcia mlieka dostatočne stimulovaná (Vinter, Helsing, 2003).

Tvorba mlieka je riadená cez zložitý hormonálno-nervový regulačný systém. Zvláštne nervové dráhy v bradavke hlásia sacie podnety hypotalamu, endokrinnému centru v mozgu, a tým podnietia tvorbu určitých hormonálnych pôsobení, ktoré zasa dajú podnet hypofýze, aby uvoľnila hormóny prolaktín a oxytocín a poslala ich krvným obehom k prsným žľazám (Weigert, 2006)

TAB. 1: Zloženie materského mlieka (nutričné hodnoty v 100 ml)

	<b>Kolostrum</b>	<b>Zrelé mlieko</b>	<b>Prechodné mlieko</b>
<b>Energia (kcal/kJ)</b>	56/236	69/289	71/298
<b>Bielkoviny (g)</b>	2,0	1,3	1,8
<b>Tuky (g)</b>	2,6	4,1	4,2
<b>Cukry (g)</b>	6,6	7,2	5,6
<b>Sodík (mmol)</b>	2,04	0,65	1,08
<b>Vápnik (mmol)</b>	0,7	0,85	1,45
<b>Fosforečnan (mmol)</b>	0,45	0,48	0,48
<b>Železo (μmol)</b>	1,25	1,25	1,72
<b>Zinok (μmol)</b>	9,17	4,59	6,93

Zdroj: (Nevoral a kol., 2003).

#### Medzi hlavné zásady dojčenia patrí:

- matka má byť vopred poučená o význame prirodzenej výživy, správnej technike dojčenia a má byť pevne rozhodnutá dojčiť
- dieťa je potrebné priložiť k prsníku v priebehu prvej polhodiny až hodiny po pôrode
- úspech dojčenia závisí od správnej techniky
- dieťa je potrebné dojčiť podľa jeho záujmu, nie podľa vopred stanoveného harmonogramu
- dieťa má piť dovtedy, kým sa dostatočne nenasýti
- dojčené dieťa nemá poznať cumlík
- dojčené dieťa nemá byť dokrmované

#### Téma prieskumu:

Informovanosť prvorodičiek v otázke dojčenia počas prenatálneho obdobia.

### **Stanovenie cieľa prieskumu**

Zistiť mieru informovanosti o dojčení u prvorodičiek v prenatálnom období.

#### **Čiastkové ciele:**

- Zistiť odhodlanie prvorodičiek dojčiť.
- Zistiť postoj prvorodičiek k dojčeniu.
- Zistiť dostupnosť informácií z oblasti dojčenia.
- Zistiť najčastejšie zdroje využívania informácií o dojčení.

### **Metodológia prieskumu**

Informácie týkajúce sa dojčenia sme získali v empirickej časti od respondentiek prostredníctvom písomnej exploračnej metódy – dotazníka.

### **Stanovenie prieskumnej vzorky**

Výskumnú vzorku tvorilo na základe stratifikovaného výberu 50 gravidných prvorodičiek.

### **Analýza výsledkov prieskumu**

Tabuľka 2 Záujem prvorodičiek o dojčenie

Odpovede	Počet	%
áno	35	70
áno, veľmi ma to zaujíma	13	26
nie	2	4
nie, nezaujíma ma to vôbec	0	0
Spolu	50	100

Z uvedených odpovedí vyplýva, že až 70% budúcich matiek sa zaujíma o dojčenie, ďalších 26% sa veľmi zaujíma o dojčenie a naopak len 4% sa nezaujíma o dojčenie. Možnosť absolútneho nezájmu neoznačila ani jedna z respondentiek. Prieskum teda ukázal, že v celku až 96% budúcich matiek prejavilo záujem o dojčenie, čo je vysoko pozitívne číslo.

TAB. 3: Zdroje získavania informácií o dojčení

Odpovede	Počet	%
lekár / lekárka	16	18
sestra	5	5
dojčiace mamičky	14	15
letáky	6	7
knihy	21	23
internet	24	27
kurzy dojčenia	4	4
iné zdroje	1	1

Položkou sme chceli zistiť, odkiaľ respondentky najčastejšie získavajú informácie o dojčení. V odpovediach niektoré označili len jeden zdroj z uvedených možností, iné zas niekoľko zdrojov. Najčastejšie bol označovaný internet v 27%, 23% predstavovali knihy, 18% čerpalo informácie od lekára / lekárky, 15% od dojčiacich matiek, 7% z letákov, 5% od sestry a iba 4% získavali informácie z kurzov dojčenia. Jedna z respondentiek označila iné zdroje – zatiaľ nečerpala žiadne informácie. Za nedostatok v tejto položke môžeme považovať skutočnosť, že len veľmi minimálne percento matiek malo zdroj informácií sestru.

TAB. 4: Propagácia dojčenia z pohľadu budúcich matiek

Odpovede	Počet	%
áno	16	32
skôr áno	13	26
nie	8	16
skôr nie	7	14
neviem	6	12
Spolu	50	100

K zvýšeniu počtu dojčiacich matiek je potrebná aj dostatočná propagácia dojčenia. V otázke sme zisťovali, či je z pohľadu budúcich matiek dojčenie propagované v dostatočnej miere. V tejto položke mali respondentky označiť jednu z ponúkaných možností. Možnosť áno označilo 32%, skôr áno 26%, naopak 16% označilo možnosť nie, 14% skôr nie a 12% sa nevedelo vyjadriť.

TAB. 5: Aktuálny postoj budúcich matiek k dojčeniu

Odpovede	Počet	%
najlepšia výživa pre dieťa	46	84
obmedzujúce	1	2
nemoderné	1	2
prijemné	5	9
namáhavé	2	3

Podľa 84% opýtaných je dojčenie najlepšou výživou pre dieťa, 2% ho považujú za obmedzujúce, 2% za nemoderné, 9% vníma dojčenie ako príjemné a 3% budúcich matiek si myslí, že je namáhavé. Hodnoty výsledkov prieskumu v tejto položke sú veľmi pozitívne.

TAB. 6: Nevhodné potraviny počas dojčenia

Odpovede	Počet	%
strukoviny	31	22
kapusta	17	12
korenisté jedlá	15	11
citrusové plody	15	11
neuviedlo	5	10
ostatné	47	34

Problematikou stravovania dojčiacej matky sme sa zaoberali v položke č.8, kde sme žiadali uviesť 3 nevhodné potraviny vo výžive dojčiacej matky. Medzi najčastejšie uvádzané potraviny patrili strukoviny, ktoré tvorili 22% odpovedí, po nich nasledovala kapusta s 12%, 11% boli označené korenisté jedlá a taktiež 11% citrusové plody, 34% tvorili ostatné potraviny napr. údeniny, jahody, kyslé jedlá, orechy, cesnak, huby, brokolica, kukurica, paradajky, čokoláda a iné. 10 % respondentiek neuviedlo žiadnu potravinu.

TAB. 7: Fajčenie počas dojčenia

Odpovede	Počet	%
áno, ale nie v prítomnosti dieťaťa	2	4
áno, ale menej ako 5 cigariet denne	0	0
áno	0	0
nie	46	92
neviem	2	4
Spolu	50	100

V otázke č.10 sme sa pýtali, či môže dojčiaci matka fajčiť. Možnosť nie označilo 92% respondentiek, áno, ale nie v prítomnosti dieťaťa 4%, taktiež 4% sa nevedeli vyjadriť a možnosti áno a áno, ale menej ako 5 cigariet denne neoznačila žiadna z respondentiek.

TAB. 8: Priloženie dieťaťa k prsníku a tvorba mlieka

Odpovede	Počet	%
jednoznačne áno	15	30
áno	23	46
nie	6	12
jednoznačne nie	0	0
neviem	6	12
Spolu	50	100

Otázkou sme preverovali či súvisí tvorba mlieka s častým prikladaním dieťaťa k prsníku. Za jednoznačnú súvislosť sa vyjadrilo 30% z opýtaných, ďalších 46% potvrdilo túto skutočnosť, 12% odpovedalo záporne a taktiež 12% sa nevedelo vyjadriť k danej problematike. Žiadna z respondentiek neoznačila možnosť jednoznačne nie.

TAB. 9: Najčastejšie uvádzané problémy pri dojčení

Odpovede	Počet	%
zápal prsníka	22	54
problém s bradavkami	11	27
iné	7	17
neuviedli	1	2

V odpovediach bol najčastejšie v 54% uvádzaný zápal prsníka, 27% uviedlo problém s bradavkami a 17% uviedlo iné problémy ako napr. málo mlieka, exémy, horúčky, ťažkosti s prisatím.

TAB. 10: Výhody dojčenia z pohľadu budúcich matiek

Odpovede	Počet	%
zdravie dieťaťa	36	27
ekonomická výhoda	14	11
pohodlie	12	9
rýchla výživa	11	8
iné	25	19
neodpovedalo	13	26

Medzi najčastejšie odpovede patrilo zdravie dieťaťa, ktoré uviedlo 27% respondentiek, 11% uviedlo ekonomickú výhodu, 9% uviedlo pohodlie pre matku, 8% označilo za výhodu „rýchlu výživu“, 26% neuviedlo žiadne výhody a 19% respondentiek uviedlo iné výhody ako napr. upevnenie citového vzťahu medzi matkou a dieťaťom, dostupnosť kedykoľvek a kdekoľvek, optimálna teplota, ľahká stráviteľnosť.

TAB. 11: Vplyv dojčenia na zdravie dieťaťa

Odpovede	Počet	%
áno	43	86
skôr áno	4	8
nie	1	2
skôr nie	0	0
neviem	2	4
Spolu	50	100

Vplyv dojčenia na zdravie dieťaťa nám potvrdilo 86% z celkového počtu respondentiek, 8% sa prikláňa k možnosti skôr áno, 2% sú presvedčené, že dojčenie neovplyvňuje zdravotný stav dieťaťa, možnosť skôr nie neoznačila žiadna z budúcich matiek a 4% sa k tejto problematike nevedeli vyjadriť.



TAB. 12: Odporúčaná dĺžka dojčenia

Odpovede	Poččet	%
6 mesiacov, neskôr s príkrmami až do 1-2 roku	44	88
4 mesiace, neskôr s príkrmami až do 1-2 roku	5	10
len 6 mesiacov	0	0
len 4 mesiace	1	2
Spolu	50	100

Za dojčenie počas 6 mesiacov a neskôr s príkrmami až do 1 – 2 roku sa vyjadrilo 88% respondentiek, 10% sa vyjadrilo za dojčenie počas 4 mesiacov a neskôr s príkrmami až do 1 – 2 roku, 2% respondentiek boli za dojčenie len počas 4 mesiacov a za dojčenie len počas 6 mesiacov nebola žiadna z respondentiek.

**Odporúčania pre prax sú nasledovné:**

- Motivovať sestry a pôrodné asistentky k podporovaniu edukácie v oblasti dojčenia.
- Edukovať prvorodičky o význame a výhodách dojčenia už počas tehotenstva v rámci prenatalnej poradne zdravotníckym personálom (sestra, lekár/lekárka).
- Počas prenatalných poradní odporúčať prvorodičkám absolvovať prednášku o dojčení s konkrétnym miestom konania.
- V rámci prednášok o dojčení poskytovať základné informácie o výhodách dojčenia pre dieťa ale i matku, životospráve a výžive počas dojčenia, problémoch, ktoré sa môžu vyskytnúť pri dojčení
- Sprístupniť informačné materiály o dojčení v písanej a tlačenej podobe v priestoroch čakárni gynekologických ambulancií.
- Zvyšiť propagáciu a informovanosť v oblasti dojčenia systémom verejného zdravotníctva prostredníctvom médií.
- Informovať prvorodičky už počas tehotenstva o možnosti obrátiť sa na laktčné poradkyne pri výskyte akýchkoľvek ťažkostí počas dojčenia.

### Literatúra:

- 1) BUCHANEC, J. a kol. *Vademékum pediatria*. Martin: Osveta, 2001. 1115s. ISBN 80-8063-018-6
- 2) HALAMOVÁ, V. a kol. *Nemocnice priateľské deťom – 10 rokov na Slovensku*. In *Praktická gynekológia*, Ročník 13, č.1, 2006, s.19-24, ISSN 1335-4221
- 3) JAKUŠOVÁ, E. – DOSTÁL, A. *Výživa dieťaťa v prvom roku života*. Martin: Osveta, 2003. 76s. ISBN 80-8063-130-1
- 4) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988s. ISBN 80-247-0668-7
- 5) LIŠKA, K., PAULOVÁ, M., PEYCHL, I. *Výživa novorodencov*. Modul postgraduálneho vzdelávacieho programu Subkatedry neonatológie IVZ Bratislava, 1997. s.69.
- 6) MARTINÁSKOVÁ, Františka. *Šťastná matka alebo Čo ešte o dojčení nevieme?* Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 78s. ISBN 80-7165-274-1
- 7) NEVORAL, Jiří a kol. *Výživa v detském věku*. 1. vyd. Nakladatelství H&H, 2003. 434s. ISBN 80-86-022-93-5
- 8) *Ochrana, presadzovanie a podpora dojčenia v Európe: koncept činností*. Európska komisia, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxemburg, 2004. Vydal : Slovenský výbor pre Unicef, Bratislava, 2004. 32s
- 9) VICIANOVÁ, K. *Ako dojčiť!* [online]. [cit. 2008-11-18]. Dostupné na : <http://www.provita.sk/wako.htm>
- 10) VICIANOVÁ, K. *Význam prirodzenej výživy a dojčenia na zdravie dieťaťa*. In *Revue medicíny v praxi*, Ročník 2, č.5, 2004, s.11-12, ISSN 1336-202X
- 11) VICIANOVÁ, K., POLAKOVIČ, D., BENEDEKOVÁ, M. *Takmer všetko o dojčení alebo Učebnica dojčenia pre mamičky*. 1. vyd. Bratislava: Pro Vita, 2002. 71s. ISBN 80-967633-2-6

### Korešpondencia:

PhDr. Iveta Ondriová, Ph.D.  
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity  
Partizánska 1  
080 01 Prešov, SR  
Email: [ondriova@unipo.sk](mailto:ondriova@unipo.sk)

## EDUKACE PACIENTŮ LÉČENÝCH I<sup>131</sup>

**Hana Suchopárová, Irena Králová**

Klinika nukleární medicíny a endokrinologie UK 2. LF a FN Motol

### **Souhrn:**

*Autorky příspěvku seznamují s problematikou edukace pacientů léčených I<sup>131</sup> - v souladu s Atomovým zákonem č. 18/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů.*

### **Klíčová slova:**

*Edukace; I<sup>131</sup> (radioaktivní jód); Štítná žláza.*

### **Úvod:**

Na lůžkovou terapeutickou část KNM jsou přijímáni pacienti k léčbě I<sup>131</sup>. Většina pacientů léčená I<sup>131</sup> je po operaci štítné žlázy pro nádor. I<sup>131</sup> je smíšený beta a gama zářič, to znamená že při vychytání radioaktivního jodu zbytky štítné žlázy, dojde k destrukci buněk štítné žlázy a současně využíváme gama složku k zobrazování ozařované tkáně (scintigrafii), tím se lokalizuje případná nádorová tkáň. I<sup>131</sup> je roztok, který se pacientům podává p.os. Během hospitalizace je vhodně zvolené množství radioaktivního jodu (aktivity) většinou aplikováno dvakrát. Nejprve pro diagnostické účely tzv. malé pití (aktivita okolo 70MBq) a potom je aplikována terapeutická dávka tzv. velké pití. Po vypití roztoku I<sup>131</sup> se pacienti stávají zdrojem ionizujícího záření. Je proto nutné je edukovat v souladu s „atomovým zákonem“.

### **Edukace:**

**První edukace** probíhá před přijetím na naši kliniku. Pacientovi je zaslán termín přijetí na Kliniku NM a zároveň jsou mu poslány „Pokyny pro nemocné objednané k přijetí na lůžkové oddělení KNME FN MOTOL.“ Tyto pokyny jsou pacientovi zasilány asi 3-6 týdnů před hospitalizací. Je upozorněn „aby neužíval žádné léky obsahující jód, nesmí přijít do styku s desifenkci kůže, která obsahuje jód. Na závalu jsou i rentgenová vyšetření, při kterých se používá jódových preparátů.“

Je zde popsán denní režim oddělení.

Vzhledem k tomu, že je na oddělení podáván radioizotop jodu, který je zdrojem radioaktivního záření, je potřeba neustále provádět řadu opatření, která zajišťují radiační

ochranu jak nemocných ,tak zdravotníků.Provoz na našem oddělení se proto liší od jiných nemocničních oddělení.

Pro příklad uvádíme:

- na terapeutické části platí přísnější režim než na diagnostické části, pacienti mohou opouštět pokoje pouze na vyzvání sestry, nesmí používat soukromé prádlo;
- na terapeutické části není denní místnost;
- pacienti obou částí nemají vycházky;
- na terapeutické části nejsou povoleny návštěvy;
- na diagnostické části jsou návštěvy povoleny pouze na 15 minut v předšálí oddělení, ale v žádném případě není vstup povolen dětem a těhotným ženám.

**Druhá edukace** probíhá při přijetí pacienta, kdy je mu vysvětlen léčebný postup a radiační ochrana po aplikaci diagnostické dávky radioaktivního jodu. Diagnostickou  $I^{131}$  dávku pacient vypije ráno na lačno. Po vypití radioaktivního jodu jsou všechny exkrementy pacienta radioaktivní. Pacient se tak stává zdrojem ionizujícího záření. Veškerý personál je vystaven vlivu záření, je chráněn pouze dodržováním radiační hygieny. Po změření akumulace Edukace pacientů léčených  $I^{131}$  pacient dostane snídani a léky, které užívá.

**Třetí edukace** probíhá před terapeutickou dávkou radioaktivního jodu. Pacient se osprchuje a dostává bílé pyžamo a papírové ručníky. Z důvodu radiační ochrany nesmí 3 dny do sprchy, nesmí 3 dny vycházet z pokoje. Pacient je poučen, že jedinou ochranou personálu před nežádoucími účinky záření ,které po léčebné aplikaci vyzařuje je vzdálenost mezi ním personálem a co nejkratší vzájemný kontakt Předpisy podle nichž je setaven léčebný režim a pro personál pracovní postup jsou v souladu s „atomovým zákonem“ a jeho prováděcími předpisy a jsou konzultovány se Státním úřadem pro jadernou bezpečnost. Pokud znečistí pacient močí WC, podlahu nebo jiný prostor případně pyžamo, boty apod., je potřeba tuto událost ihned nahlásit sestře. Zabrání tím šíření kontaminace po klinice.

**Čtvrtá edukace** probíhá třetí den po vypití terapeutické dávky. Pacient se osprchuje a převleče do čistého(neaktivního) pyžama jsou mu převlečeny lůžkoviny. Aktivní lůžkoviny a pyžamo jsou ukládány v igelitových pytlích do tzv.vymíracích boxů na 3 měsíce do úplného rozpadu aktivity.

**Pátá edukace** probíhá před dimisí pacienta. Pacient je poučen o dodržování pokynů doporučených Státním úřadem pro jadernou bezpečnost v souladu s Atomovým zákonem č 18/1997 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Po dobu nejméně 10 dnů od příchodu z nemocnice je potřeba dodržovat následující opatření:

- nepohybovat se a nesedět v blízkosti jiných osob (dodržovat odstup alespoň 1 m - od těhotné ženy alespoň 2m);
- vyhýbat se kontaktu s malými dětmi;
- obecně je nutno dodržovat zásadu co největší vzdálenosti a co nejkratší doby během kontaktu s ostatními osobami;
- předem upozorňovat návštěvy, že není vhodné, aby brali s sebou děti nebo těhotnou ženu;
- omezit cesty veřejnými dopravními prostředky na nejnutnější minimum;
- nenavštěvovat místa, kde je shromážděno více lidí (kina, divadla, restaurace);
- úzkostlivě dodržovat osobní hygienu, dodržovat čistotu WC, dvakrát po každém použití spláchnout, muži by měli močit vsedě.

Velmi důležité upozornění je, aby ženy neotěhotněly v době 1 roku po léčbě radiojodem. Rovněž mužům doporučujeme, aby po dobu 6 měsíců po aplikaci nesplodili potomka.

#### **Závěr:**

Pacient je propuštěn po léčebné aplikaci radiojodu z nemocniční péče až poté, kdy aktivita v jeho těle klesne pod takovou úroveň, která nezpůsobí ozáření veřejnosti a členů rodiny vyšší než než povoluje zákonný předpis (vyhláška SÚJB č. 307/2002Sb.).

#### **Literatura:**

*u autorek.*

#### **Korespondence:**

Hana Suchopárová  
Klinika nukleární medicíny a endokrinologie UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 00 Praha 5 – Motol

## **EDUKÁCIA V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA S PORANENÍM MIECHY – ČISTÁ INTERMITENTNÁ KATETRIZÁCIA**

**Mária Búziková**

Národné rehabilitačné centrum, Kováčová, SR

### **Súhrn:**

*Autorka príspevku opisuje dôležitosť multidisciplinárneho tímu pri starostlivosti o pacienta s poranením chrbtice s porušenou miechou so zameraním sa na rehabilitačnú liečbu v postakútnom období v Národnom rehabilitačnom centre v Kováčovej. Stručným opisom zdravotníckeho zariadenia, problematiky pacientov s poranením chrbtice a miechy sa zameriavajú na edukáciu pacienta s neurogénym močovým mechúrom. Uvádzajú charakteristiku základných pojmov so zameraním sa na metódu čistej intermitentnej katetrizácie (CIC) a jej využitie v liečbe inkontinencie a na ošetrovateľskú starostlivosť o vyprázdňovanie močového mechúra CIC u pacientov s poranením miechy.*

### **Kľúčové slová:**

*Poranenia miechy; Multidisciplinárny tím; Neurogénny močový mechúr; Inkontinencia; Dolné močové cesty; Urodynamické vyšetrenie; Čistá intermitentná katetrizácia.*

### **Úvod:**

Pourazové miechové lézie sú negatívnym výrazom modernej civilizácie. Z hľadiska závažnosti tvoria skupinu postihnutia, ktorá vyžaduje dlhodobú starostlivosť, často chirurgickú intervenciu, veľakrát konzervatívny prístup, cieleňú ošetrovateľskú starostlivosť, špecifické rehabilitačné programy, psychosociálnu starostlivosť a spoločenskú integráciu. V rámci multidisciplinárneho tímu pri starostlivosti o pacienta s poranením chrbtice s porušenou miechou je dôležitá spolupráca rehabilitačného lekára, neurológa, psychológa, internistu, ortopéda, urológa. Nezastupiteľné je miesto sestry, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Väčšina poranení chrbtice a miechy vzniká ako dôsledok neopatrného správania sa pri autonehodách, pádoch zo stromov, pri skokoch do neznámej vody, pri rôznych športoch.

V Slovenskej republike je incidencia 750 – 1 000 úrazov chrbtice za rok. Z toho 100 – 120 je s poranením miechy alebo nervových koreňov, ktoré vyžadujú chirurgickú intervenciu. Táto pourazová skupina chronizuje a v konečnej fáze vytvára obraz disability a handicapu.

Samotné poranenie miechy priamo neohrozuje život pacienta. Rizikom sú dynamické zmeny v akútnom a postakútnom štádiu, ktoré formujú ďalší život pacienta.

Poškodenie miechy sa môže týkať:

- celého prierezu miechy,
- polovice miechy,
- predných povrazcov miechy,
- zadných povrazcov miechy,
- predných rohov miechy.

Dominujúcim prejavom je vznik:

- motorickej dysfunkcie,
- senzitívnej dysfunkcie,
- autonómnej dysfunkcie.

Prežitie a kvalitu existencie určuje autonómny nervový systém, ktorý zodpovedá za udržanie rovnováhy vnútorného prostredia v zmysle koordinátora a regulátora. Vznikajúce zmeny tvoria široké spektrum negatívnych prejavov prezentovaných v systémoch a symptómoch. Poranenie miechy naruší zložitú reťaz na seba nadväzujúcich fyziologických dejov. Najčastejšími sú: miechový šok, mimovôľová svalová kontrakcia, preležaniny, ortostatická hypotenzia, autonómna hypotenzia, heterotopné osifikácie, psychické zmeny, cefalea, hydróza. Porucha: dýchania, cirkulácie, termoregulácie peristaltiky, defekácie, metabolizmu, **močenia**, sexuality. Bolesti: somatické, viscerálne, centrálné, psychogénne (fantómové). Nezastupiteľné miesto tu má ošetrovateľský a rehabilitačný proces (Malý, 2005, s.18).

Po stabilizácii zdravotného stavu, ktorá môže trvať 2 týždne až 3 mesiace v závislosti od mnohých okolností a prípadného výskytu komplikácií v nemocničnom zariadení, väčšina pacientov zahajuje rehabilitačnú liečbu v Národnom rehabilitačnom centre v Kováčovej.

#### **Vlastní text:**

Národné rehabilitačné centrum v Kováčovej je vysoko špecializované odborné zdravotnícke zariadenie s charakterom nemocnice, koncovým pracoviskom ústavnej zdravotnej starostlivosti aj pre liečbu ústavných činiteľov, kategorizované ako štátna príspevková organizácia s celoslovenskou pôsobnosťou, ktorej predmetom činnosti je:

Zabezpečovať komplexnú prevenciu, diagnostiku a špecializovanú rehabilitačnú liečbu pohybového systému:

- po operáciách, poraneniach centrálného nervového systému a periférneho nervového systému s poruchami pohyblivosti,
- po amputáciách končatín,
- po polytraumatizmoch s výrazným pohybovým deficitom,
- u pooperačných výkonoch na osteoartikulárnom systéme s deficitom motoriky na dolných a horných končatinách,
- poruchy motoriky s výrazným pohybovým deficitom,
- **po poraneniach alebo operáciách na chrbtici, mieche, miechových obalov, diskov s poruchou motoriky,**
- skoliózy akejkoľvek etiológie,
- predoperačná rrb liečba u pacientov, kde operačný výkon indikoval ortopéd, neurochirurg.

Závažné poranenia miechy sa prejavujú miechovým šokom, ktorý znamená útlm všetkých miechových segmentov pod úrovňou poranenia.

Významným sekundárnym prejavom poranení miechy je porucha močenia ako výsledok dyskoordinácie nervovo – svalového systému.

Močový mechúr je zbavený inervácie, detruzor je areflexný, panvové dno je ochabnuté. Pacient nemá pocit náplne ani potrebu mikcie.

Neuromuskulárne dysfunkcie vznikajúce po úrazoch miechy sú označované súhrnným názvom **neurogénny močový mechúr**. Neurogénny močový mechúr je trvalé ochorenie, a preto každú zmenu stavu je potrebné prehodnotiť a znovu vybrať adekvátnu liečbu (Breza, 2007, s. 198).

Výsledkom dysfunkcie dolných močových ciest je **inkontinencia**.

**Podľa definície Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (International Continence Society – ICS):**

Inkontinencia moču je stavom nedobrovoľného úniku moču a predstavuje medicínsko – psychologický, sociálne – hygienický problém a tiež problém ekonomický.



Urologická starostlivosť o pacienta s poranením miechy musí začať bezprostredne po úraze, resp. resuscitácii. Základom urologickej starostlivosti je primeraná katetrizácia močového mechúra zavedením permanentného katétra, prípadne epicystostómiou. Základné opatrenia musia smerovať k prevencii uroinfekcie.

Po fáze spinálneho šoku nasleduje intermediálna fáza trvajúca do 6. mesiacov. V tomto období je vhodné urobiť urodynamické vyšetrenie, ktorého cieľom je zdokumentovať zmeny na dolných močových cestách, zistiť urologické rizikové faktory a určiť etiológiu symptomatológie, stanoviť ošetrovateľský postup.

Urodynamické vyšetrenie posudzuje funkčný stav dolných močových ciest pri arteficiálnom plnení močového mechúra. Napodobňuje reálny stav uskladňovania a vyprázdňovania moču z dolných močových ciest.

Liečba neurogénneho močového mechúra zahŕňa farmakoterapiu, operačnú liečbu, elektrostimulačnú liečbu, čistú intermitentnú katetrizáciu (CIC), zberné pomôcky a vo väčšine prípadov je „šitá na mieru.“ Moderný systém vyprázdňovania je založený na metóde čistej intermitentnej katetrizácie. Hlavným dôvodom jej zavedenia bola snaha o zníženie výskytu, prípadne úplná eliminácia najčastejšej komplikácie pri trvalej katetrizácii – uroinfektu. CIC sa vykonáva jednorázovými katétrami, ktoré sú špeciálne vyvinuté pre jednoduché a bezpečné cievkovanie, bez nutnosti sterilizácie aj v domácich podmienkach. Ich povrch je pokrytý hydrofílnym povlakom, ktorý po aktivácii výrazne znižuje trenie pri zavádzaní do močovej rúry, znižuje riziko traumy, zápalovej reakcie sliznice a bakteriúrie. V súčasnosti je na Slovensku pacientom s poranením miechy zdravotnými poisťovňami hradených 120 ks hydrofilizovaných katétrov mesačne pri zachovaní postupu: **vstupné urologické vyšetrenie – indikácia – predpis a aplikácia – výstupné vyšetrenie.**

CIC je excelentná technika pre pacientov s inkontinenciou po poranení miechy. K výhodám patrí zníženie rizika poškodenia renálnych funkcií reziduálnym močom, zníženie výskytu uroinfektov, chráni močový mechúr a uretru pred následkami trvalej katetrizácie, zmierňuje inkontinenciu tým, že redukuje samovoľné pomočovanie. Má nielen zdravotný a ekonomický efekt, ale je kladne hodnotená aj zo strany pacientov a zdravotníckeho personálu a v neposlednom rade zvyšuje hygienický komfort pacientov s poranením miechy. Pacient získava väčšiu mobilitu a nezávislosť, a tým vyšší stupeň kvality života.

Z hľadiska dlhodobej úspešnosti metódy je najdôležitejšia **edukácia pacienta**. Cieľom je osvojenie si techniky čistej intermitentnej katetrizácie pacientom, prípadne rodinným príslušníkom. Základom edukácie je motivácia pacienta, neustále povzbudzovanie a prekonávanie psychickej bariéry. Nevyhnutný je individuálny prístup. Potrebné je, aby si pacient uvedomil potrebu pravidelného a dostatočného príjmu tekutín a pravidelného vyprázdňovania močového mechúra. Edukáciu pacienta vykonáva školená sestra, ktorá má k dispozícii informačné brožúry obsahujúce jednoduché a názorné zobrazenie anatómie dolných močových ciest, kompletný prehľad sortimentu katérov, návod na ich použitie pre mužov aj pre ženy a telefónne číslo bezplatnej poradenskej služby, vedie dokumentáciu.

V podmienkach Národného rehabilitačného centra v Kováčovej sme s intermitentnou katetrizáciou začali na prelome rokov 2000 – 2001 ako prvé klinické pracovisko na Slovensku na klinickej vzorke 22 pacientov s léziou miechy. Pod vedením odborných lekárov boli zaškolené všetky sestry, ktoré po absolvovaní školenia získali osvedčenie oprávňujúce k výkonu CIC a edukácii pacientov o danej téme.

Podmienky pre indikáciu čistej intermitentnej katetrizácie:

- funkčné horné končatiny,
- potrebná úroveň inteligencie,
- sociálne podmienky v domácom prostredí,
- spolupráca rodiny,
- exaktné potvrdenie indikácie CIC urodynamickým vyšetrením,
- (relatívna nevhodnosť tetraplegikov)

Nácvik metódy CIC a osvojenie si technických a hygienických pravidiel prebieha pri zachovaní súkromia na izbe pacienta. Interval stanoví lekár - obvykle 2 – 4 krát denne.

Dôraz je kladený na hygienu rúk a genitálu. Sestra pomôže pacientovi zaujať polohu, ktorú si sám zvolí, a ktorá mu najviac vyhovuje. Dôležité je zabezpečenie intímneho prostredia. Prvú katetrizáciu vykonáva sestra. Zrozumiteľne vysvetlí a zdôvodní všetky kroky prípravy a samotného výkonu. Postupne presúva aktivitu na pacienta, prípadne rodinného príslušníka.

U pacientov s poruchami sfinkterov pri poranení miechy je potrebné sledovať pitný režim. Pacientovi je potrebné vysvetliť potrebu pravidelného a dostatočného príjmu tekutín v objeme 2 000 – 2 500 ml/24hod. v letnom období 3 000 – 3 500 ml. Na pitie je vhodné ponúkať vodu, v malom množstve minerálky, slabý čaj, mlieko, výnimočne malé nealkoholické pivo.

K základným vyšetrovacím metódam v klinickej praxi patrí aj sledovanie bilancie tekutín. Záznam príjmu a výdaja tekutín v mikčnom denníku umožňuje spoľahlivo pozorovať funkčné poruchy dolných močových ciest. Pri odchode do domáceho liečenia je pacient oboznámený so zabezpečením kompenzačných pomôcok pri inkontinencii. Dostáva odporúčenie urológa s kódom lekára na predpis potrebných pomôcok v povolenom limite.

### **Záver:**

Na záver by sme chceli zo skúseností v NRC poukázať na výhody čistej intermitentnej katetrizácie v ošetrovateľskom a rehabilitačnom procese. Je to hlavne pozitívne hodnotenie zo strany pacientov, zníženie rizika výskytu komplikácií, hygienický komfort pacienta a tým aj zvýšená kvalita života a v neposlednom rade aj ekonomická výhodnosť.

Chceli by sme vyzdvihnúť nezastupiteľnú úlohu sestry v rámci multidisciplinárneho tímu pri edukácii pacienta s poranením miechy, pretože dobre zvládnutá inkontinencia je predpokladom, že u pacientov s neurogénym mechúrom nevzniknú komplikácie, ktoré ešte vo väčšej miere a výraznejšie ovplyvňujú život pacientov s poranením miechy a ich okolia.

### **Literatúra:**

- 1) BREZA, J., KLIMENT, J., VALANSKÝ, L. a kol., 2007.: Všeobecná a špeciálna urológia. Bratislava: vyd. Univerzita Komenského, 2007, 259 s., ISBN 978 – 80 – 223 – 2271 – 3.
- 2) BÚZIKOVÁ, M., 2003. Riešenie inkontinencie u spinálneho pacienta. In: Sestra , 2003, roč.2, č. december, s. 34 – 35, ISSN 1335 – 9444.
- 3) MALÝ, M. a kol.: Poranenie miechy a rehabilitácia. 1. vyd. Bratislava: Bonus Real, 1999. 517s. ISBN 80 – 968205 – 6 – 7.
- 4) MALÝ, M., 2005. Ortostatická hypotenzia u tetraplegika. In: Acta spondylogologica, roč. IV, č. 1, s. 18 – 19.

### **Korešpondencia:**

Mgr. Búziková Mária  
Národné rehabilitačné centrum  
Sládkovičova 1  
962 37 Kováčová, SR  
Email: buzikova@nrckovacova.sk

## **OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA S KOLOREKTÁLNÍM KARCINOMEM A ZPŮSOBY LÉČBY**

**Jindřiška Cimlová**

Nemocnice Český Krumlov, a.s. - Interní oddělení, gastroenterologická ambulance

### **Souhrn:**

*Autorka příspěvku předkládá základní potogenezi a způsob léčby u pacienta s kolorektálním karcinodem.*

### **Klíčová slova:**

*Kolorektální karcinom; Edukace; Týmová práce.*

### **Úvod:**

Kolorektální karcinom představuje jedno z nejčastějších nádorových onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u lidí nad 50 let a častěji u mužů. Česká republika drží smutné prvenství v počtu úmrtí na tuto chorobu. Příčin vzniku kolorektálního karcinomu je několik. Poměrně výrazný vliv na rozvoj kolorektálního karcinomu má životní styl. Mezi rizikové faktory patří, obezita, nadbytek masa a nedostatek zeleniny v potravě. Úprava potravy grilováním a smažením, konzumace uzenin, kouření a pití alkoholu. Další příčinou je vliv dědičnosti. Častější výskyt v některých rodinách může být na genetickém podkladu. Bylo objeveno několik genetických poruch v rámci, kterých se může kolorektální karcinom vyskytovat. Na vzniku kolorektálního karcinomu se ještě podílejí procesy, které ovlivňují růst střevních buněk. Typickým příkladem jsou střevní záněty Crohnova choroba a ulcerózní kolitida a také sem patří střevní polypy, které se mohou dříve či později zvrhnout v maligní. Nebezpečí kolorektálního karcinomu spočívá v tom, že může probíhat dlouho skrytě bez jakýchkoli varujících příznaků. Nejtypičtější příznaky kolorektálního karcinomu jsou: střídání průjmu a zácpy, přítomnost krve ve stolici, anémie nejasného původu, ztráta tělesné hmotnosti, bolesti břicha, pocit plnosti, nadmutí.

### **Vlastní text:**

Pro záchyt kolorektálního karcinomu se provádějí pravidelná screeningová vyšetření. Do této skupiny patří test na okultní krvácení, tento test zjišťuje přítomnost krve ve stolici a vyšetření per rektum. Na tato vyšetření mají v české republice pacienti starší 50 let bezplatně nárok. Další vyšetření pro odhalení kolorektálního karcinomu je kolonoskopické vyšetření.

Kolonoskopie je zcela zásadní při diagnostice kolorektálního karcinomu. Endoskopista může odebrat vzorek přímo z postižené tkáně a ten se posílá na histologické vyšetření, které nám určí, zda jde o proces benigní či maligní. Kolonoskopie má nejen význam diagnostický, ale také význam terapeutický a preventivní díky možnosti polypektomie, kterou lze odstranit nejen benigní polypy, ale i méně rozsáhlé maligní léze. Nové techniky např. APC (argon plazma koagulace) se uplatňují hlavně při odstraňování velkých přisedlých polypů. Aby kolonoskopické vyšetření bylo přínosem pro stanovení diagnózy, musí být pacient řádně připraven. Zde má důležitou úlohu sestra, která pacientovi náležitě vysvětlí přípravu před vyšetřením. Příprava sestává z dietního opatření a pitné kúry. V dietě je třeba tři dny před vyšetřením vynechat zbytkovou stravu a předvečer vyšetření zahájit pitnou kúru, při které se nejčastěji používá Fortrans. Pokud je kolonoskopie kontraindikována, nebo není technicky proveditelná (např. při stenóze střeva) se přistupuje k irigografickému vyšetření. Při irigografickém vyšetření se střevo naplní kašovitou kontrastní látkou a poté se břicho snímkuje rentgenem. Kontrastní látka vykresluje vnitřní povrch střeva, což vede k odhalení stenóz, polypů či nádorů.

Při histologicky potvrzeném kolorektálním karcinomu, je nutné před přistoupením k vlastní léčbě ještě zjistit rozsah postižení v okolních orgánech, tzn. zjistit výskyt metastáz. Pacientovi musí být provedeno RTG plic, sono jater, CT jater (při nejasném sonografickém nálezu), CT malé pánve, gynekologické vyšetření u všech žen, stanovení onkomarkerů (CEA, CA 19-9). Vlastních způsobů léčby kolorektálního karcinomu je několik. Uplatňuje se léčba chirurgická, chemoterapie, radioterapie, cílená biologická léčba, stentáž střeva. Často je nutná kombinace těchto metod.

Chirurgická léčba spočívá v radikálním odstranění úseku střeva poškozeného nádorovým procesem spolu s regionálními uzlinami. Resekce na střevu má být provedena minimálně 10 cm nad nádorem a 5 cm pod nádorem. Konce zbylého střeva se spojí anastomózou nejlépe koncem ke konci. V některých případech je nutné provést dočasnou kolostomii. U nádorů v dolní části rekta nacházejících se 8-10 cm od análního otvoru a u nádorů konečniku prorůstajících do rekta, se provede amputace rekta a sigmoideum se vyústí přes břišní stěnu navenek jako trvalá stomie.

Chemoterapie je léčebná metoda, kdy jsou k léčbě nádoru používány léky, které mají schopnost ničit nádorové buňky. Tyto léky se nazývají cytostatika. Cytostatika jsou většinou

aplikována infuzí do žíly. Krav je pak přenáší do celého těla, působí tedy na případné nádorové buňky v celém organismu i mimo oblast původního nádoru. Existují i cytostatika ve formě tablet. Chemoterapie se většinou podává před operací a jejím cílem je zmenšení nádoru před operativním výkonem. Nazývá se chemoterapie neadjuvantní. Dále se chemoterapie podává po operativním odstranění nádoru a jejím úkolem je zničení zbývajících nádorových buněk i předcházet návratu onemocnění. Nazývá se chemoterapie adjuvantní (zajišťovací). Chemoterapie je většinou doprovázena řadou nežádoucích účinků. Patří mezi ně nevolnost, zvracení, ztráta chuti k jídlu, poškození krvevotvorby, ztráta vlasů (tento problém lze řešit vhodnou parukou, na kterou zčásti přispívá zdravotní pojišťovna). Léčba cytostatiky se proto musí kombinovat s léčbou podpůrnou tzn. léčba nevolností, bolesti.

Radioterapie využívá k léčbě nádorového onemocnění záření, které ničí nádorové buňky v ozářené oblasti. Radioterapie je používána především k léčbě nádorů konečníku. Může být podávána předoperačně s cílem zmenšit nádor nebo po operaci ke zničení možných zbývajících nádorových buněk v operované oblasti. Radioterapie je často kombinována s chemoterapií. Ozařování pánve může být provázeno nevolností, slabostí, průjmem, zarudnutím a suchostí kůže v ozařované oblasti, podrážděním močového měchýře. Většina komplikací po ukončení ozařování vymizí.

Cílená biologická léčba je nově zařazena do léčby kolorektálního karcinomu. Je to léčba tzv. monoklonálními protilátkami. Monoklonální protilátky jsou schopny vyhledat v organismu nádorové buňky, zastavit jejich růst a různým způsobem je ničit. Tyto léky jsou používány v kombinaci s chemoterapií. Tato léčba je určena pro pacienty s metastázami kolorektálního karcinomu.

Kolorektální stentáž je miniinvasivní endoskopická léčebná metoda kolorektálního karcinomu. Používá se u stenotizujících nádorů hlavně levého hemikolonu, které se nacházejí nad 8-10 cm od análního otvoru. Stentáž se provádí u pacientů před plánovanou předoperační radioterapií za účelem udržet průchodnost střeva po dobu, než dojde k zmenšení nádoru a je možné pacienta operovat. Další skupinu tvoří pacienti s inoperabilním karcinomem. Zde je stentáž součástí paliativní léčby, kdy endoskopista zavede metalický stent do střeva v místě stenotizujícího nádoru. Stent tak překlene stenózu a tím drží střevo průchodné. Pokud nádorová masa prorůstá stentem, jde dobře odstranit endoskopicky pomocí APC (argon plazama koagulace).

V péči o pacienta s kolorektálním karcinomem je důležitá kontinuita péče-týmová spolupráce. Gastroenterolog po potvrzení diagnózy odesílá pacienta do péče onkologa. Onkolog s pacientem prodiskutuje léčebný plán a všechny změny, které se mohou v průběhu léčby objevit. V případě operativního řešení přechází pacient do péče chirurga, který zajišťuje i následnou pooperační péči.

Po ukončení protinádorové léčby je nutné aby, byl pacient pravidelně sledován-dispenzarizován, protože i nadále je v riziku objevu vzdálených metastáz i lokální recidivy. Ošetřující onkolog tedy u pacienta v pravidelných intervalech provádí RTG plic, sono břicha nebo CT břicha, odběry nádorových markerů(CEA,CA19-9). Dále musí pacient absolvovat kontrolní kolonoskopii, která by měla být provedena 6-12 měsíců po operaci a poté každý rok v následujících pěti letech. Pacient má také nárok na lázeňskou léčbu, která je plně hrazená zdravotní pojišťovnou. Pokud byla pacientovi provedena kolostomie, je v trvalé péči stomasestry, která mu napomáhá v osvojení ošetřování stomie, kontroluje stav stomie a případné komplikace konzultuje s lékařem. V dnešní době je na trhu velká škála pomůcek pro stomiky. Pacienti se stomií se můžou sdružovat v klubech stomiků, kde si mohou předávat své zkušenosti a vzájemně se podporovat.

### **Závěr:**

Kolorektální karcinom patří v onkologii mezi dobře léčitelné nádory, pokud je zachycen v raném stádiu, kdy je možné dosáhnout u řady pacientů dlouhodobější přežívání bez známek nemoci a v některých případech i trvalé vyléčení. Bohužel velká část pacientů přichází k lékaři až v pokročilém stádiu, kdy je šance na definitivní vyléčení téměř mizivá.

### **Literatura:**

- 1) JABLONSKÁ, M. a kolektiv Kolorektální karcinom-časná diagnóza a prevence, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000, 464 s. ISBN 80-7169-777-X.
- 2) PETRUŽELKA, L., KONOPÁSEK, B. Klinická onkologie, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 274 s. ISBN 80-246-0395-0.

### **Korespondence:**

Jindřiška Cimlová  
Nemocnice Český Krumlov, a.s.- gastroenterologická ambulance  
Horní Brána 429  
381 27 Český Krumlov

## SYNDROM DIABETICKÉ NOHY

**Zdeňka Hornofová**

Nemocnice Most o.z, KZ a.s Ústí nad Labem, Interní oddělení

### **Souhrn:**

*Autorka v příspěvku prezentuje problematiku diabetické nohy a potřebu multidisciplinární péče o pacienty s touto komplikací diabetes mellitus, včetně role sestry v multidisciplinárním podiatrickém týmu.*

### **Klíčová slova:**

Diabetes mellitus; Angiopatie; Neuropatie; ICH; Ulcerace; Edukace; Podiatrie.

### **Úvod:**

Dle definice WHO se v případě syndromu diabetické nohy (SDN) jedná o ulceraci nebo destrukci hlubokých tkání spojenou s neurologickými abnormalitami a s různým stupněm ischemie a infekce.

### **Vlastní text:**

Diabetes mellitus (DM), tvoří skupinu onemocnění různé etiologie, jejichž společným jmenovatelem je hypoglykémie a v jejím důsledku glykosurie. Onemocnění je podmíněno absolutním, či relativním nedostatkem inzulínu. DM-klasifikace: DM I.typu (závislý na inzulínu), DM II.typu (nezávislý na inzulínu), další specifické typy diabetu Mody I-VII. a gestační DM. Zásady léčby DM: diabetická dieta, pohybový režim, léčba perorálními antidiabetiky, inzulinoterapie a kvalitní edukace. Pozdní komplikace diabetu: Angiopatie (Mikroangiopatie-retinopatie diabetická, nefropatie diabetická, angiopatie drobných cév. Makroangiopatie-postižení velkých cév, ICH (ischemická choroba)-CNS, ICH srdce, ICH končetin a velkých cév).Neuropatie (Polyneuropatie, Vegetativní neuropatie). Zákeňnost diabetu: slepota, infarkt myokardu, amputace, mozková příhoda, selhání ledvin a další.

Diabetes mellitus je velký medicínský, sociální a ekonomický problém. Vzhledem k současnému životnímu stylu bude jeho výskyt narůstat. Dle výzkumu ADA (americká diabetická společnost), prediabetem trpí 20% populace. Z toho 12% diabetem II.typu, předpokládá se nárůst na 33%. Obrovský problém je diabetes I.typu, do budoucna onemocní



až 10% dětí. V ČR k 31.8.2005 bylo 750.000 nemocných. 30% hospitalizovaných pacientů, klientů má DM.

SDN-patogeneze vzniku diabetické nohy: faktory vnitřní (diabetická nefropatie, ischemie, porucha pohyblivosti kloubů), faktory zevní (trauma, infekce), dále ICHDK (ischemická choroba dolních končetí), deformity, nemocný není schopen provádět základní péči o nohy, špatná kompenzace DM, anamnéza předchozí amputace či ulcerace nohy, transplantace a nemocný s chronickým renálním selhání.

Co je SND? Příčinou je poškození cév a nervů, vede ke zhoršení prokrvení a ke ztrátě citlivosti dolních končetin. Dochází ke vzniku drobných neléčených poranění na chodidlech a následnou možností infekce. Drobné poranění mohou poměrně rychle vést ke vzniku gangrény až k amputaci dolní končetiny. Pacient s diabetem může mít přeměněnou citlivost nohou na teplo, tlak a bolest, protože cukrovka vede k poruše nervů dolních končetin. V místech nejvyššího tlaku na nohy vznikají tzv. neuropatické vředy.

Wagnerova stupnice:

- Stupeň 0 - noha s vysokým rizikem např. deformace nohy
- Stupeň 1 - povrchová poškození (poškození celé vrstvy kůže, nepřesahující do podkoží)
- Stupeň 2 – hlubší poranění bez zánětu (léze postihující celou vrstvu kůže, přesahující do podkoží)
- Stupeň 3 - hluboké poškození (může postihnout svaly, šlachy, kost, většinou spojená se závažnou infekcí) např. flegmona, absces
- Stupeň 4 - lokalizovaná gangréna (prsty, pata)
- Stupeň 5 - gangréna celé nohy

Příčinou poškození (ulcerace) je nesprávná obuv s následnými otoky a otlaky, popáleniny, drobné úrazy, dekubity, ragády a plísňová infekce. Léčba ulcerací: konzervativní (např. odstranění příčiny tlaku na ulceraci, vhodná obuv, hojení ran, léčba infekce, kompenzace diabetu apod.) medikamentózní a chirurgická (např. angioplastice zákroky, amputace apod.)

**Prevence SDN:** pravidelné prohlížení a vyšetřování nohou a obuvi, vhodné ponožky (bavlněné, bez stahovacích lemů), edukace pacienta a rodiny, kompenzace diabetu, včasná léčba komplikací, zákaz kouření apod.

Vyšetření pacienta - klienta s DM: anamnéza a fyzikální vyšetření, vyšetření za pomoci speciálních vláken, Biotenziometr (vyšetřujeme hloubkou citlivost), vyšetření Dopplerem (měříme tlak nad kotníkem, který by měl být vyšší než na paži) a vyšetření pohmatem pulzace tepen.

Ošetření vředu na nohou provádějí speciálně vyškolení odborníci. Nejdůležitější je očištění okrajů vředů a tvrdé kůže, tak aby se mohla tvořit zdravá. Z vředu je také nutné odstranit mrtvou tkáň, nekrózy a zbytky sekretů či hnisu, které jsou zdrojem infekce. Lokální terapie, výběr vhodného lokálního krytí. Výrobci materiálů k léčbě ran jsou např. Acere, Hartman, Aura, B/Braun apod.

Edukace pacienta je velmi důležitá. Musí být jednoduchá a praktická, je součástí komplexního programu péče o nohy. (např. každodenní prohlížení nohy, zákaz chození naboso, jak doma, tak venku, střihání nehtů do rovna, sledování jakýkoliv změn na nohou, nošení dobře padnoucí kožené obuvi, upozornit na sníženou citlivost apod.

Víme, že SDN trpí podle dostupných údajů v ČR 37 000 pacientů, klientů. Z 84% vznikají recidivy defektu z běžné obuvi!

Podiatrie: je to obor, který komplexně léčí chorobné stavy nohou a pátrá po příčinách potíží. Je vědou zabývající se studií nohy. Podiatrický tým tvoří: diabetolog, podiatrická sestra, chirurg, protetik (pomůže vybrat správnou obuv), cévní chirurg, intervenční radiolog (vyšetření citlivosti), ortopéd a rehabilitační pracovník. Proč tvořit podiatrický tým? Nutnost multidisciplinárního přístupu k léčbě (koordinace odborníků), rychlý nárůst diabetiků, nedostatečný počet podiatrických center v ČR.

Česká podiatrická společnost: cílem společnosti je podpora a rozvoj komplexní péče o nohy, odborný rozvoj členů, informovanost a vzdělávání. Společným cílem je propagace a osvěta kvalitní péče o nohy.

**Závěr:**

Počet diabetiků se syndromem diabetické nohy (SDN) narůstá, proto je velmi důležitá edukace pacientů, klientů. Péče by měla být komplexní, pod kontrolou odborného týmu. Tento tým by měl pomoci pacientovi, klientovi oddálit vznik příznaků SDN a udržet stávající kvalitu života diabetika. Účinná prevence a multidisciplinární přístup k léčbě SDN vede ke změně nepříznivého osudu diabetiků, ke snížení počtu amputací končetin. Zavedení preventivní medicíny do základního školství.

*Motto : „Svět stojí na nohou...“*

**Literatura:**

- 1) RYBKÁ, J. a kol.: *Diabetologie pro sestry*. 1. Vydání, Praha, Grada Publishing, 2006, 288 s.
- 2) Publikace přednášky ÚVN Praha, téma: Péče o pacienty s DM
- 3) [www.rany.cz](http://www.rany.cz),
- 4) [www.diazivot.cz](http://www.diazivot.cz),
- 5) [www.hojeniran.cz](http://www.hojeniran.cz),
- 6) [prodia.milackove.net](http://prodia.milackove.net),
- 7) [www.healthdesign.net](http://www.healthdesign.net)
- 8) Edukační materiály firmy Lilla, Novo Nordisk

**Korespondence:**

Zdeňka Hornofová  
Interní oddělení  
Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Most, o.z.  
J.E.Purkyně 270/5  
434 01 Most  
Email: [zdenka.hornofova@centrum.cz](mailto:zdenka.hornofova@centrum.cz)

**ZEVNÍ KARDIOSTIMULACE VE SPOLUPRÁCI S RTG PRACOVIŠTĚM,  
KARDIOLOGICKÝMI A KARDIOCHIRURGICKÝMI PRACOVIŠTI  
JINÝCH NEMOCNIC**

**Ladislava Šrajerová**

Klaudíánova nemocnice Mladá Boleslav , Interna II - choroby srdce a cév, JIP

**Souhrn:**

*Autorka se snaží o komplexní pohled na problematiku řešení bradyarytmií a související s ní výkon a organizaci práce této problematiky.*

**Klíčová slova:**

*Kardiostimulace; Kardiostimulátor; Dočasná stimulace; Mezioborová spolupráce; Ošetřovatelská péče.*

**Úvod:**

Lidské srdce udeří sedmdesátkrát za minutu, čtyřtisíckrát za hodinu, stotisíckrát za den. Jeho činnost se automaticky přizpůsobuje fyzické námaze či psychickému rozpoložení. Tento přirozený mechanismus však velmi často bývá narušen. Poruchy srdečního rytmu neboli arytmie mohou být zcela neškodné i život ohrožující. Počet lidí postižených srdečními arytmií stále mírně narůstá. Je to způsobeno nezdravým životním stylem. Ne každý z nich ovšem potřebuje implantaci kardiostimulátoru nebo jiný odborný zákrok. Moderní medicína nabízí pacientům s poruchami srdečního rytmu hned několik variant léčebného řešení. Pro ty, jejichž srdce pracují příliš pomalu, je základní léčebnou metodou implantace kardiostimulátoru, miniaturního přístroje, který převezme řízení srdečního rytmu.

**Vlastní text:**

Kardiostimulace je metoda, kdy je srdci vnucován umělý rytmus. Podstatou je dráždění myokardu elektrickými impulzy o nízké intenzitě. Impulzy jsou produkovány zevním zdrojem. Zevním zdrojem je generátor - kardiostimulátor. Kardiostimulátor je zdroj impulsů stejnosměrného proudu vyvolávajících kontrakce myokardu. Impulzy jsou přiváděny do srdce elektrodami. Toto je léčebná metoda srdečních bradyarytmií, která je neúčinnější a nejspolehlivější metodou léčby, jiná alternativa neexistuje.

Lze použít dvou typů kardiostimulátorů : dočasný – zevní nebo trvalý - Pacemaker. Dočasná - zevní stimulace se může aplikovat několika způsoby: Kožní - transdermální stimulace je povrchová stimulace speciálními elektrodami, elektrody se přiloží na kůži a

připojí se na externí stimulátor. Tato metoda vyžaduje aplikaci dlouhých impulsů s vysokou intenzitou proudu (řádově 20x vyšší než při nitrodutinové stimulaci.). Potřebná hodnota proudu je přibližně 65 - 100 mA. Užívá se ve zvláště urgentních případech a nedostupnosti endovázální stimulace.

Jícnová stimulace, tato metoda je neobvyklá. Pomocí speciálně konstruovaných elektrod umožňuje stimulaci levé síně přes stěnu jícnu díky vztahu jícnu a zadní stěny levé síně. Elektrody se zavádějí do jícnu buď nosním přístupem či ústy, na distální jícen blízko LS a připojí se na externí stimulátor.

Epikardiální stimulace elektrody se přišijí k epikardu při kardiochirurgickém výkonu a připojí se na externí stimulátor.

Endovázální stimulace seldingerovskou technikou se endovázální elektrody zavedou do PK a připojí se na externí stimulátor. Tato metoda je nejběžnější volíme ji v akutních indikacích při hemodynamicky závažném stavu v důsledku bradyarytmie či v ohrožení srdeční zástavou. Při implantaci transvenózně (punkcí v. subclavia, v. jugularis nebo v. femoralis) zavedena jedna stimulační elektroda do hrotu pravé komory (nitrodutinová stimulace) a napojena na zevní kardiostimulátor.

## **Historie**

18. století - Galvani elektrické dráždění kosterního a srdečního svalu

1952 - P. M. Zoll - první externí pacemaker platinové podkožní elektrody umístil na stěnu hrudníku

20. a 30. letech minulého století (Wiggers, Hyman)

1957 Lillehei - poprvé Epikardiální srdeční elektrody pacienti s kompletním A-V blokem

1958 Furman, Schwedel - transvenózní endokardiální elektrody

1958 Ake Senning - švédský kardiochirurg

Run Elmquist – konstruktér prvního tranzistorového kardiostimulátoru

A. Larsson - první pacient 40 let AV – blok

1968 - senzující prvky umožňující režim „on demand“

První přístroj, ze kterého trčely dráty pro dobíjení baterie, ale fungoval v těle Larssona jen asi šest hodin, tak mu později implantovali jiné zařízení, které vydrželo dva dny. Larsson zemřel

v prosinci 2001 ve věku 86 let, přičemž příčinou jeho úmrtí nebylo nemocné srdce, ale jeho stáří. Za svůj život měl v těle 26 různých kardiostimulátorů. Jeho přístroj měl průměr hokejového puku a vážil přes dva kilogramy. Nyní mohou měřit jen tři centimetry a vážit třicet gramů.

V ČSSR byla první implantace pacemakeru provedena v roce 1962 v pražské Thomayerově nemocnici. Operátorem byl americký chirurg Timothy Takaro. Klíčovou osobou tohoto programu byl doc. MUDr. Bohumil Peleška, DrSc. V tomto ústavu také vznikl první československý kardiostimulátor. Poprvé byl u pacienta použit v březnu 1965. Šlo u úspěšný počín. Zařízení pracovalo bez problémů dva roky, poté bylo preventivně nahrazeno jiným přístrojem. Jeho autorem byl tehdy čtyřiaadvacetiletý inženýr Vladimír Bičík. První přístroje stimulovaly nepřetržitě bez ohledu na to, zda pacient měl nebo neměl vlastní srdeční akci. Český tým si ale poradil i požadavkem na kardiostimulátor, který vydává impulsy pouze tehdy, pokud srdce nemocného bije příliš pomalu, případně nepracuje vůbec. U zrodu tohoto konceptu lze nalézt československou stopu. Princip kardiostimulátoru tehdy nazývaného „on demand“ objevil absolvent pražské techniky ing. Baruch Vojtěch Berkowitz. V krčském ústavu se postupně rozběhl jakýsi poloprovoz, kde vzniklo na 3000 přístrojů. To však potřebám pacientů zdaleka nestačilo. V roce 1972 výrobu převzala Tesla Valašské Meziříčí. Žádný pražský podnik o tento program neměl zájem a produkce se přece jen zvýšila. V roce 1987 byl v Mladé Boleslavi zaveden první zevní stimulator.

## **Indikace**

Nejčastější použití kardiostimulace k zavedení zevního kardiostimulátoru jsou bradyarytmie, akutní stavy asystolie, úplná AV blokáda (AV blok III. stupně), úplná AV blokáda (AV blok III. stupně), blokáda Mobitzova typu (AV blok IIb), blokády ramének vzniklých při IM (RBBB + LPBH), symptomatická sinusová bradykardie, zánětlivá a toxická poškození myokardu. Dále pak peroperační zajištění rizikových pacientů s bezpříznakovými bradykardiemi nebo zvládnutí poruchy trvalého kardiostimulátoru.

Dříve se jednalo spíše o starší věkové skupiny nad 60 let věku. Spektrum současných pacientů se posouvá do mladších věkových kategorií. Tento výkon je akutní a je nutná spolupráce RTG pracoviště po celých 24 hodin. Implantaci provádí dle situace na pracovišti 2 lékaři a 1 sestra nebo 1 lékař a 2 sestry. Vlastní implantaci začíná na našem pracovišti. Na lůžku JIP lékař za přísně aseptických podmínek (sterilní stolek, dezinfekce místa vpichu,

sterilní zarouškování.) po místním znecitlivění injekcí do místa plánovaného vpichu na krku nebo pod klíčkem zavede Seldingerovou metodou sheat transvenózně punkcí v. subclavia, v. jugularis obvykle vpravo nebo vyjimečně cestou v. femoralis (hrozí riziko infekce). Místo zavedení se sterilně kryje a po té je pacient za monitorace základních životních funkcí (EKG, TK, TF, SpO<sub>2</sub>) převezen na pracoviště skiaskopie, kde je přeložen na RTG stůl. Upraví se zesilovač RTG přístroje. Opět přísně asepticky lékař zavede elektrodu přes připravený sheat do hrotu pravé srdeční komory. Pod rentgenovou kontrolou provede správné umístění konce elektrody s vyhovujícími stimulačními parametry. Za asistence druhého lékaře nebo sestry se lékař přesvědčí elektrickou stimulací ze zevního stimulátoru o správném zavedení elektrody. Neměnná poloha elektrody je pak zajištěna stehem ke kůži, okolí vpichu je znovu desinfikováno a překryto sterilním obvazem. Na vnější konec elektrody je připojen dočasný kardiostimulátor. Stimulátor se fixuje k paži řemínky. Délka výkonu je asi 1 až 1 1/2 hodiny. Pacient se opatrně uloží zpět na lůžko, může se najíst a napít. Po dobu zavedení zevního kardiostimulátoru je nutný klid na lůžku, omezení pohybů horní končetinou.

### **Úloha sestry**

Sestra pacientovi pomáhá při osobní hygieně a stravě. Pečuje o ránu sterilně kryje, převazy provádí dle potřeby, sleduje krvácení. Monitoruje možné komplikace: pneumotorax, plicní embolii, trombosu kanylované cévy (otok), krvácení, infekci, citlivost místa zavedení, otok, modřinu v okolí rány. Dbát na prevenci infekce, elektrického šoku, poruchy stimulace. Důležitá je edukace pacienta.

### **Ošetřovatelská dokumentace**

Před stimulací je důležité, aby byl pacient řádně poučen o výkonu a měl podepsaný Informovaný souhlas. Stejně důležitá je monitorace základních životních funkcí k nimž patří především 12-nácti svodový EKG záznam, pacient byl trvale napojen na EKG monitor, byl proveden pravidelný zápis TK, TF, SpO<sub>2</sub>, DF, TT, stavu vědomí.

Po stimulaci podle vyhlášky č. 11/2005 Sb je nutné zdokumentovat typ a výrobní číslo kardiostimulátoru, doklad od použité soupravy elektrod a sheatu, datum a čas zavedení kardiostimulátoru, nastavení kardiostimulátoru. Zaznamenávat pravidelnou monitoraci pacientaova TK, TF, DF, SpO<sub>2</sub>, TT. Jakékoli změny stavu pacienta a funkce stimulátoru zaznamenat především čas, kdy ke změnám došlo, čas, kdy byl informován lékař, zaznamenat jméno lékaře. Natočit 12-ti svodové EKG, objednat RTG hrudníku.

### **Hospitalizace**

Pacien je hospitalizován na naší JIP po dobu nezbytně nutnou pro stabilizaci jeho zdravotního stavu. Vzhledem k závažnosti situace je pacient doporučen na specializované pracoviště k implantaci trvalého kardiostimulátoru. Naše nemocnice prvotně doporučuje pacienty na Kardiologickou kliniku nemocnice Liberec, následně pak některá pražská pracoviště :VFN Praha, IKEM Praha a FN Motol. Se všemi pracovišti máme tu nejlepší zkušenost. Jsou vstřícní naše pacienta ošetřit. Po zvládnutí bezprostředního pooperačního stavu se k nám pacienti vracejí k doléčení.

### **Závěr:**

Moderní kardiostimulační léčba umožňuje nejen prodloužení života, ale i jeho podstatné zkvalitnění, představované zvýšením výkonnosti a vymizením i méně významných symptomů. Umožňuje přežívání pacientů s kardiostimulátorem se i ve vyšších věkových kategoriích. V České republice funguje 38 center pro implantaci kardiostimulátorů, z toho 13 center provádí také implantace kardioverterů-defibrilátorů a 14 center provádí také katetrizační ablace. Všem pracovištím touto cestou děkuji za spolupráci a věřím, že i nadále se budeme moci spolehnout na jejich ochotu a vstřícnost.

### **Literatura:**

- 1) ASCHERMANN, M. a kol.: *Kardiologie*, Galén, Praha 2004, 1. vyd., ISBN 80-7262-290-0
- 2) *Průvodce ošřovatelskou dokumentací od A do Z*, Grada Publishing, Praha 2002, 1. české vydání, ISBN 80-247-0278-9
- 3) SCHOTT. H., MÜLLER. I. W. a kol., *Kronika medicíny*, Fortuna Print, Praha 1994, ISBN 80-85873-16-8
- 4) ŠTEJFA, M. a kol.: *Kardiologie*, Grada Publishing, Praha 2007, 3. vydání ISBN 978-80-247-1385-4,
- 5) [www.kardiostimulace.cz](http://www.kardiostimulace.cz)

### **Korespondence:**

Ladislava Šrajerová  
Interna II. - JIP II.  
Klaudíánova nemocnice – Nemocnice Středočeského kraje a.s.  
V. Klementa 146  
293 01 Mladá Boleslav



## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ - MODERNÍ TREND

Jitka Vondrušková

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol

### Souhrn:

*Sebeпоškozování (self-harm, self-injury, self-wounding, deliberate self-harm) představuje záměrné poranění vlastního těla s úmyslem zredukovat psychické napětí, a to způsobem v dané kultuře nepřijatelným, s nízkou letalitou. Jde o úmyslné narušení vlastní tělesné integrity bez vědomé suicidální motivace. Záměrné sebeпоškozování je vše pronikající problém. Sebeпоškozování u dospělých jedinců v běžné populaci může dosáhnout 4%. Predilekční věk začátku sebeпоškozování je adolescence. Až 75% pacientů uvádí nevnímání bolesti během aktu sebeпоškození.*

### Klíčová slova:

*Sebeпоškozování; Adolescence; Terapie*

### Úvod:

Historicky mělo sebedestruktivní chování různé označení a lišilo se jak intenzitou, tak vážností. Nakonec bylo akceptováno jednoznačné pojmenování pro dvojí druh různého agresivního jednání- suicidální pokus a sebeпоškozování. Sebevražedný pokus je chování s vážným úmyslem zemřít, ale i s vágním úmyslem – s hraním si se smrtí. Sebeпоškozující chování je autoagresivní chování, kde úmysl smrti není vyjádřen. Toto chování je závažné:

- vysokým suicidálním rizikem
- možným ohrožením života
- manipulativní složkou
- možností nákazy (epidemie)
- impulzivitou, nutkavostí a „cravingem“
- těžkou farmakologickou i psychotherapeutickou ovlivnitelností

### Vlastní text:

#### **Klasifikace:**

Sebeпоškozování je termín, který je nejčastěji spojován s vědomým, záměrným, často opakovaným sebeпоškozováním bez vědomé suicidální motivace, v němž dochází k narušení

tělesné integrity, bez závažného letálního dosahu. Nejčastěji jde o řezná poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškozování bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo, kus zrcadla. Motivvy sebepoškozování jsou rozličné, nejčastěji bývá uváděn pocit vzteku na sebe, potřeba trestu, potřeba úlevy od napětí.

Další formy sebepoškování:

- škrábání kůže, propichování, drásání
- popálení kůže ( např. deodoranty, cigaretou)
- kousání, okusování nehtového lůžka
- polykání předmětů
- svazování rukou za účelem zabránění průtoků krve
- trichotillomanie
- overdosing ( předávkování léků)

Sporné formy: poruchy příjmu potravy, intoxikace (např. alkohol), manipulace s inzulinem u DM, manipulace s projímadly, diuretiky, a také některé společensky tolerované aktivity jako jsou tzv. adrenalinové sporty nebo jiné riskantní činnosti.

Společensky tolerované podoby sebepoškozování mohou mít formu určitého zdobení, iniciačního rituálu, magické ochrany, např. u primitivních národů, kde ještě plní funkci léčebnou a spirituální. V naší kultuře jsou společensky přijímanými formami sebepoškozování tetování a piercing. Sebepoškozování může být i přechodné či jednorázové, kdy jde o účelovou záležitost, která má jedinci přinést nějakou výhodu ve společnosti: např. iniciační obřad (přijetí do sekty, gangu je podmíněno poraněním). Nebo zranění může odvrátit nástup k výkonu trestu, může přivodit pracovní neschopnost. Sebepoškození může být též prostředkem k pokusu o změnu chování okolí (např. k ovlivnění partnera při rozchodu, o pokus o odvolání zákazu rodičů). Liebenluft popsal v průběhu aktu sebepoškození několik stadií:

1. precipitující událost – ( např. ztráta významného vztahu, ztráta milované osoby)
2. eskalace dysforie a úzkosti
3. ideace poškození
4. pokusy k odvrácení sebepoškozujícího jednání
5. sebepoškození
6. uvolnění tenze

### **Epidemiologie:**

Výskyt sebepoškození u psychiatrických pacientů je 50x častější než v běžné populaci. Pacienti bývají nejčastěji starší adolescenti. Bývá pozorováno převážně u dívek, až 2/3 a 1/3 u chlapců. Některé studie uvádějí, že dívky pouze častěji než chlapci vyhledávají odbornou pomoc. Sebepoškození má tendenci se opakovat a může probíhat po řadu roků. Opakované sebepoškození bývá spojováno s osobnostní patologií, nejčastěji s poruchou hraničního typu (Tantam, Whittaker 1992). Zmiňována bývá disociální, histriónská a mnohočetná porucha osobnosti. Sebepoškození se u dospívajících často vyskytuje u depresí, úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, poruchy příjmu potravy a pacientů závislých na návykových látkách. Většina osob, které se pořezávají, necítí v průběhu sebepoškození bolest (Ahead,1997). Některé studie uvádějí, že v pozadí nevnímání bolesti při sebepoškození leží disociativní mechanismus zapříčiňující změny citění, pocity derealizace a depersonalizace. Sebepoškození se může rozšířit na psychiatrických odděleních, internátech, vězeních, kde má podobu psychické nákazy. Sebepoškození se též může rozšiřovat pomocí internetu. Za rizikový faktor lze pokládat příslušnost ke specifickým adolescentním subkulturám, jako jsou Gothové (Young, Sweeting, West, 2006), představitelé „emo“, satanisté.

### **Klasifikace:**

Klasifikace, navržená Favazzou (Favazza and Rosenthal 1990), později rozšířená (Favazza and Simeon, 1995) rozděluje sebepoškození do čtyř základních kategorií:

- stereotypní
- automutilace
- kompulzivní
- impulzivní

Stereotypní sebepoškození je repetitivní (opakuje se), vyskytuje se bez ohledu na prostředí a je významně biologicky podmíněno. Nejčastěji má charakter úderů do hlavy o tvrdé plochy (zeď, podlaha), údery pěstmi do hlavy či do vlastního těla, dále jde o kousání a štípání se, méně často o hluboké škrábání se, ojedinele např. o píchání se do tváře, nosu, očí, vytrhávání vlasů. nejčastěji je vidáme u osob s mentální retardací, autismem nebo s různými genetickýmí či metabolickýmí poruchami (Lesh-Nyhanův syndrom, Cornelia de Lange syndrom, Prader-Willi syndrom)

Automutilace (self-mutilation, „Major“self injurious behavior) je pojmem nejčastěji popisujícím sebepoškozování, která však mívá život nebo vážně zdraví ohrožující následky. Vyskytuje se u psychóz, výjimečně u organického poškození mozku např. při intoxikaci nebo encefalitidě. Jedinec jedná většinou pod vlivem bludu či halucinace, mívá snížený práh bolesti. Nejčastěji jsou popisovány: amputace penisu, amputace končetin, enukleace oka. Automutilace se může také vyskytnout jako vedlejší produkt neobvyklých sexuálních praktik sadomasochistického charakteru.

Kompulzivní sebepoškozování bývá opakováno s vysokou frekvencí, často vícekrát denně, u většiny s počáteční vzrůstající tenzí, nutkáním a s následným uspokojením, v obdobích zvýšeného stresu a úzkosti. U menšiny osob jde o chování automatické, bez průvodní tenze a nutkání, nastupující při nuditě, inaktivitě nebo relaxaci. Nejčastějšími projevy jsou kousání nehtů, strhávání strupů, kůže, vytrhávání vlasů a řas. U dětí může mít podobu dloubání v nose, masturbace, cucání palce. Dětské projevy většinou nepřetrvávají do dospívání a dospělosti, naopak poruchy s nástupem v adolescenci mohou mít chronický charakter. Často bývají přítomny u obsedantně kompulzivní poruchy, popř. u Tourettova syndromu.

Impulzivní sebepoškozování je nejčastějším typem sebepoškozování u současné adolescentní populace. Jde o záměrné poranění vlastního těla s úmyslem zredukovat psychické napětí a to způsobem v dané kultuře nepřijatelným, s nízkou letalitou. Má funkci primitivního regulačního mechanismu při nadlimitní emoční zátěži (hněvu, úzkosti nebo smutku) nebo u disociace. Nejčastějším způsobem bývá pořezání, poškrábání či popálení, nejčastěji na předloktí.

Impulzivní sebepoškozování se typicky objevuje během časně adolescence a může pokračovat do dospělosti. U běžné adolescentní populace je udáván výskyt impulzivního sebepoškozování mezi 14 – 39 %, u klinické adolescentní populace dokonce mezi 40 – 61 %. Prevalence u dospělých činí 4 % v běžné dospělé populaci a 21 % u dospělé klinické populace.

Typické rysy u osob tendujících k sebepoškozování jsou náhlé změny nálad, s rychlými přechody k podrážděnosti či depresi a zpět k normoforii, zvýšená úzkostnost, impulzivita, špatné ovládnutí impulzů, emoční alexythymie (tj. neschopnost vnímat a pojmenovávat vlastní pocity) nebo disociace.

Faktory vedoucí k sebepoškození:

- biologické (vrozené) – tendence k impulzivním nebo agresivním reakcím
- faktory prostředí (attachment) tj. časné vztahy dětí s pečujícími osobami
- traumatické zkušenosti, akutní i chronické (vliv alkoholismu, psychické zanedbávání, aktivní verbální násilí vůči dítěti / kritika, ponižování, výhrůžky / či mezi rodiči navzájem, např. u rozvodových situací).

### **Terapie:**

- zjistit jakou funkci sebepoškození pro jedince má
- identifikace spouštěčů
- naučit novým copingovým strategiím ( naučit ventilovat emoce, verbální komunikace)
- snížení rozsahu závažnosti
- převzít zodpovědnost za své chování
- behaviorální terapie
- psychofarmaka (případná farmakoterapie má symptomatický charakter a je zaměřená na zmírnění projevů impulzivity, agresivity, úzkosti či depresivity)
  
- Psychoterapie.
  - individuální
  - skupinová
  - rodinná
  - neverbální techniky (body-art, relaxace, muzikoterapie)
  - herní terapie u dětí

### **Závěr:**

Sebeпоškození představuje závažné patologické chování zejména ve věku adolescence. Je namířeno proti vlastnímu tělu, nejčastěji má podobu pořezávání se. Ve vztahu k suicidálnímu chování sebeпоškození nemá letální charakter a má tendenci k opakování návykového typu. U sebeпоškozujících se pacientů je přítomno riziko suicidálního chování. Ti, kteří trpí sebeпоškozením, nedávají okatě najevo, co dělají. Naopak své počínání všemožně skrývají. Často nosí pouze dlouhé rukávy. Ačkoliv svým počínáním jedinec volá o pomoc, přál by si cítit zájem a blízkost ostatních a dává najevo nespokojenost se svým životem. Negativní

emoční odpovědi na sebepoškozování od profesionálů často ruší účinnost jakéhokoli terapeutického vztahu. Netrestající a spíše akceptující postoje sester vedou k pozitivnějšímu chování sebezraňujících se pacientů.

**Literatura:**

*u autorky.*

**Korespondence:**

Jitka Vondrušková  
Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol

## SEBEPOŠKOZOVÁNÍ JAKO SOUČASNÝ MÓDNÍ TREND (PŘÍPADOVÁ STUDIE)

**Tomáš Klouček**

Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN MOTOL

### **Souhrn:**

*Autor prezentuje vybranou případovou studii opakovaně sebepoškozující se dospívající pacientky s Diabetes mellitus I. typu.*

### **Klíčová slova:**

*Sebeпоškozování; Diabetes mellitus.*

### **Úvod:**

V příspěvku je prezentována případová studie opakovaně sebepoškozující se dospívající pacientky narozené v roce 1993, která trpí onemocněním Diabetes mellitus I. typu a do FN Motol byla přeložena z pediatrické kliniky jiné nemocnice pro Dg. Deprese s výraznou úzkostnou složkou a dále pro opakované hypoglykémie v důsledku manipulace s inzulínem za účelem sebeпоškození.

### **Vlastní text:**

Základní problematika - disharmonický vývoj osobnosti se sebeпоškozováním a manipulací s inzulínem. Problematické rodinné vztahy. Dle pacientky: *cítí se špatně mezi lidmi, má úzkosti, klepala se, bušilo jí srdce, špatně se jí dýchalo.* Řezala se žiletkou /pocity uvolnění/, úmyslně si aplikovala větší dávky inzulínu, aby měla hypoglykémii - motala se jí hlava, bylo jí špatně /dělalo jí to dobře. Má i myšlenky na sebevraždu aplikací velkého množství inzulínu. Doma hádky se sestrou, matkou a jejím přítelem. Má pocity nevšímání, přehlížení, přítel matky jí stále poroučí. Nechce s nimi bydlet, chtěla by zpět k biologickému otci. Dle matky: pacientka smutná, má strach chodit ven, zůstává doma, absence ve škole, zhoršení prospěchu. Je podrážděná, nepomáhá, neuklízí, konfliktní s jejím přítelem, sestrou, má „divné“ glykémie, řeže se žiletkou, aplikuje si inzulín na víc.

### **Léčba:**

Úprava inzulínoterapie, nasazení medikace / antidepressiva, zapojení do psychologických aktivit.

**Plán ošetrovatelské péče:**

1/ Hrozící sebepoškození

cíl: *eliminace aktuálního sebepoškození*

Omezení možností vlastnit některé látky či předměty k sebepoškození

Pomoc při rozpoznání pocitů a chování k předcházení touze po sebepoškození

Naslouchání pocitů pacienta

Podávání medikace dle ordinací pod dozorem

Dietní režim pod dozorem

2/ Strach a úzkost

cíl: *eliminace strachu a úzkosti*

Vytvoření terapeutického vztahu plného vstřícnosti a naslouchání

Nácvik rozpoznání spouštěcích faktorů k osvojení metod k překonání úzkosti

Nabídnutí vhodných aktivit k odvedení pozornosti od zdroje strachu

Sledování projevů strachu /verbální, neverbální/

Kontakt s podpůrnými osobami

3/ Porušená sebeúcta

cíl: *identifikace vnímání sám sebe, identifikace faktorů způsobující současnou situaci, obraz těla neporušený*

Aktivní i naslouchání

Určení situací vedoucích k nízkému sebehodnocení

Pomoc při řešení situací

4/ Život rodiny - narušený

cíl: *uspokojivý život rodiny*

Doporučení pravidelného kontaktu s rodiči

Komunikace se všemi členy rodiny

Poskytnutí dostatečných informací a edukačních materiálů

5/ Porušená adaptace

cíl: *bez poruchy adaptace*

Naslouchání problémů pro vytvoření náhledu a přizpůsobení současné situaci

Dostatečná komunikace, vytvoření vzájemné důvěry



**Závěr:**

Při první hospitalisaci problematická, nesdílná, nespolupracující, manipulativní, tendence k neustálému sebepoškozování. Postupné zlepšování a zapojování do terapeutických aktivit, snaha o stabilisaci. Po propustce opětovný návrat k sebepoškozování jako reakce na problematiku v rodině a škole. Nutný překlad na pediatrii ke stabilisaci a motivaci. Po zpětném překladu postupný náhled, řešení rodinných problémů, pozitivní adaptace, příznivý průběh se zapojováním do všech terapeutických aktivit. Bez sebepoškozovacích tendencí, úzkosti a strachu. Jasný cíl v náhledu do dalšího života.

Zpětná vazba není známa. Dle plánu péče doporučena hospitalisace při zhoršení stavu ve spádové psychiatrické léčebně.

**Literatura:**

*u autora.*

**Korespondence:**

Tomáš Klouček  
Dětská psychiatrická klinika UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 – Motol

*Poznámka editora: redakčně zkráceno.*

## TÝMOVÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTY S CYSTICKOU FIBRÓZOU

**Kateřina Austová**

Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol  
Ambulance Centra pro cystickou fibrózu

### **Souhrn:**

*Autoři předkládají přehled managementu péče o pacienty s cystickou fibrózou (CF), odhalování a léčbu komplikací onemocnění s cílem zlepšení kvality a prodloužení délky života pacientů.*

### **Klíčová slova :**

*Cystická fibróza; Vyšetření chloridů v potu; Pseudomonas aeruginosa; Burkholderia cepacia; Centrum pro cystickou fibrózu; CF tým.*

### **Úvod:**

Cystická fibrosa je závažné, multisystémové, geneticky podmíněné onemocnění. Je nejčastějším autozomálně recesivním onemocněním u bílé rasy s výskytem na 1:2500 – 1:3500 živě narozených. Jedná se o onemocnění léčitelné, ale zatím nevyléčitelné. Střední délka života je v současné době 36,8 let.

### **Vlastní text:**

Cystická fibrosa se projevuje chronickým onemocněním dýchacích cest, insuficiencí zevní sekrece pankreatu, zvýšenou koncentrací elektrolytů v potu a obstruktivní azoospermii. Mezi klinické příznaky patří přetrvávající kašel, opakované a protrahované infekce dýchacích cest, nosní polyposa, nápadně slaný pot, neprospívání, objemné a mastné stolice a často i prolapsy recta. Základním vyšetřením, stanovujícím tuto diagnosu, je vyšetření chloridů v potu, které při pozitivitě je potvrzováno genetickým vyšetřením.

K pravidelně prováděným vyšetřením, vztahujícím se k plicnímu postižení, patří bakteriologický rozbor sekretu dýchacích cest, spirometrie, zánětlivé parametry, RTG a HRCT plic, ORL, kyslíkový test a 6 minutový test chůzí. Léčba dýchacího ústrojí spočívá v předcházení a antibiotické léčbě zánětů a v zředování a odstraňování hustého sekretu z povrchu dýchacích cest pomocí inhalací a dechové rehabilitace.

Z vyšetření trávicího ústrojí se nabírá krev na biochemii, stolice na vyšetření lidské elastázy, pacienti docházejí na sono břicha a glukózotoleranční test. Léčba spočívá v podávání pankreatických enzymů, ursodeoxycholové kyseliny a hyperalimentaci, mnohdy i pomocí nutričních doplňků. Při inzulinoponii se nasazuje léčba inzulinem.

Pacienti v důsledku insuficience zevní sekrece pankreatu a chronického plicního onemocnění mají problémy se stavem výživy a prospíváním. Zhoršení stavu výživy vede zpravidla ke zhoršení plicních funkcí. Proto u těchto pacientů je nutné pravidelně antropologické sledování.

Úskalí práce sestry a lékaře je v hygienickém režimu, který je nutno při péči o tyto pacienty ve zdravotnických zařízeních dodržovat. Prognosticky zvláště velmi negativní efekt má chronická infekce bakteriemi *Pseudomonas aeruginosa* a *Burkholderia cepacia*. Tyto bakterie se přenášejí především mezi pacienty s cystickou fibrózou navzájem. Z tohoto důvodu musí být dodržován striktní separační hygienický režim při ošetřování pacientů, jak v ambulantním režimu, tak za hospitalizace. Pacienti se nesmí navzájem potkávat, v nemocnicích nosí roušky. V ambulanci jsou pacienti objednávaní podle své kolonizace a v časovém odstupu tak, aby se navzájem nesetkávali. Mezi jednotlivými pacienty jsou pak dezinfikovány povrchy. Protože do Centra dojíždějí pacienti z celé České republiky, klade tato skutečnost velké nároky na sesterský management chodu ambulance. Při hospitalizaci jsou na oddělení hospitalizováni nejvíce dva pacienti se stejnou kolonizací, každý na jiném pokoji a o každého pečuje ve službě jiná sestra.

Pacienti s cystickou fibrózou pravidelně dojíždějí na kontroly do Centra pro cystickou fibrózu. V České republice jsou tato Centra ve fakultních nemocnicích v Praze Motole, Hradci Králové, Olomouci, Brně a Plzni. V těchto centrech o pacienty pečuje "CF tým". Tento tým se skládá z lékařů pro CF, jak pro děti a dorost tak pro dospělé, sestry specializované na CF, psychologa, rehabilitačního pracovníka, nutričního terapeuta, sociálního pracovníka a zástupce CF klubu. Péče CF týmu zajišťuje komplexní zdravotní péči o tyto pacienty.

Funkce sestry v týmu spočívá především v zajišťování chodu ambulance, v edukaci pacientů a jejich rodiny, v navštěvování hospitalizovaných pacientů a v motivování pacientů ke spolupráci s CF týmem. Sestra specializovaná na CF je prostředníkem mezi pacienty a lékařem, pomáhá v organizování CF týmu a účastní se pravidelných CF vizit.

**Závěr:**

Včasná diagnostika cystické fibrózy a její důsledná léčba s ohledem na stále nové poznatky, zahajovaná již v útlém věku, znamená naději, že veškerá úskalí budou lépe překonávána a že se střední doba přežití bude stále více prodlužovat. V péči o pacienty s cystickou fibrózou má klíčový podíl CF tým, v kterém hraje nezastupitelnou roli sestra specializovaná na CF.

*Podpořeno VZ FNM 64203 6405*

**Literatura:**

- 1) VÁVROVÁ, V. a kol., *Cystická fibróza*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-0531-1
- 2) VÁVROVÁ, V. a kol., *Cystická fibróza v praxi*, 1. vyd. Praha : Kreace, 1999, ISBN 80-902125-1-4
- 3) VÁVROVÁ, V. a kol., *Cystická fibróza – příručka pro nemocné, jejich rodiče a přátele*, 1. vyd. Praha : Professional Publishing, 2000, ISBN 80-86419-06-1

**Korespondence:**

Kateřina Austová  
Pediatrická klinika UK 2. LF a FN Motol  
Ambulance Centra pro cystickou fibrózu  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
Email : katkaaustova@centrum.cz

## **SPOLUPRÁCE FYZIOTERAPEUTŮ A ZDRAVOTNÍCH SESTER NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE KLINIKY REHABILITACE A TĚLOVÝCHOVNÉHO LÉKAŘSTVÍ 2. LF UK A FN MOTOL**

**Kateřina Míková, Hana Jirků**

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2. LF a FN Motol

### **Souhrn:**

*Autorky příspěvku prezentují spolupráci zdravotních sester (ošetřovatelského personálu) a fyzioterapeutů na Spinální jednotce.*

### **Klíčová slova:**

*Spinální jednotka; Rehabilitační ošetřovatelství; Multidisciplinární tým; Plán péče; Proškolený personál.*

### **Úvod:**

Spinální jednotka je oddělení, na kterém jsou hospitalizováni pacienti s poraněním míchy. Klinický obraz míšní léze je anatomicky určen jednak transversálním rozsahem (horizontální topika), jednak výškou léze (vertikální topika). Poraněním míchy vzniká velký handicap, který pacienta na dlouhou dobu vyčlení z jeho sociálního prostředí. Doba hospitalizace je 3 – 6 měsíců. Úspěch léčby závisí na vytvoření důvěry ke zdravotnickému personálu, který musí vystupovat a pracovat jako jeden tým.

### **Cíl práce:**

Jednou z podmínek úspěšné léčby je týmová spolupráce lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, psychologa, sociální pracovnice, dalších odborníků a rodiny. Cílem je vrátit či umožnit pacientovi co největší míru soběstačnosti a vylepšit kvalitu života.

Rehabilitační ošetřovatelství je využití základních rehabilitačních postupů v ošetřovatelských úkonech s cílem zkvalitnit základní péči o pacienta. Je prevencí vzniku komplikací z imobility, vzniku sekundárních změn (svalové kontraktury, ankylózy, dekubity, atd...) a slouží k obnovení, zlepšení nebo udržení poškozených či ztracených funkcí. Cílem je, aby sestra byla schopna identifikovat nutnost spolupráce s fyzioterapeutem, zajišťovat jednotlivé intervence doporučené fyzioterapeutem v rámci komplexní ošetřovatelské péče a společně s fyzioterapeutem hodnotit jejich efekt.

Jejich spolupráce je vyvážená, nikdo není nikomu nadřizen ani podřizen. Jejich společným cílem je zlepšení stavu pacienta.

Rehabilitační ošetřovatelství na Spinální jednotce zahrnuje především pravidelné polohování v tří hodinových intervalech, funkční polohování končetin, pasivní pohyby, přesuny na lůžku i mimo lůžko, podpora a nácvik sebeobsluhy (oblékání, hygiena, jídlo). Časový harmonogram usnadňuje práci celého týmu.

### **Závěr:**

Rehabilitační ošetřovatelství může kvalitně provádět pouze zaškolený a zainteresovaný personál. Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol nabízí a pořádá semináře pro zdravotní sestry a ošetřovatelský personál zaměřené na jednotlivé body rehabilitačního ošetřovatelství s ohledem na spektrum pacientů jednotlivých klinik.

### **Literatura:**

u autorek.

### **Kontaktní adresa:**

Mgr. Kateřina Míková  
Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2.LF UK a FN Motol  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5  
Email: katerina.mikova@fnmotol.cz

## **RODIČEM PO TRANSPLANTACI KMENOVÝCH BUNĚK KRVETVORBY V DĚTSTVÍ**

**Andrea Pertlová, Petra Keslová, Blanka Nagyová, Petr Sedláček**  
Transplantační jednotka kostní dřeně  
Klinika dětské hematologie a onkologie FN v Motole a 2. LF UK Praha

### **Souhrn:**

*Prognóza dětských pacientů s maligním onemocněním se v posledních desetiletích dramaticky zlepšila a tak do popředí vstupuje problematika dlouhodobé kvality života. Jedním z častých následků intenzivní chemoterapie a aktinoterapie je následná neplodnost. Zde prezentujeme naše postupy, které mají za cíl uchovat možnost biologického rodičovství u chlapců a dívek, kteří v dětství úspěšně podstoupili intenzivní protinádorovou léčbu a/nebo transplantaci kmenových buněk krvetvorby a mohou se stát nebo se i stávají biologickými rodiči zdravých dětí.*

### **Klíčová slova:**

*Chemoterapie; Transplantace kmenových buněk krvetvorby; Farmakologická ochrana gonád; Kryokonzervace spermatu; Umělé oplodnění.*

### **Úvod:**

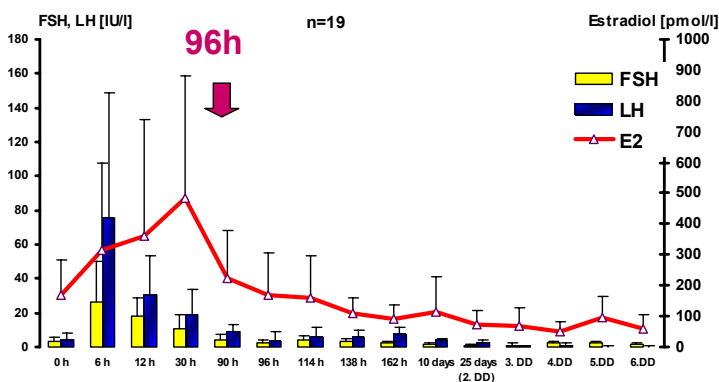
Vzhledem k současným poznatkům medicíny je stále větší šance na vyléčení maligního onemocnění či jiných závažných hematologických onemocnění a tím na návrat pacienta do normálního života. Intenzita léčby však může negativně ovlivnit plodnost dětských pacientů v dospělém věku. V rámci intenzivní chemoterapie a během předtransplantační přípravy je podávána léčba se silně škodlivým účinkem pro zárodečný epitel, což může mít za následek neplodnost v dospělém věku. Mezi vysoce rizikové pro následnou neplodnost řadíme zejména léčbu maligních onemocnění s intenzivním léčebným režimem (leukémie, solidní tumory), celotělové ozáření (CTO) a aplikaci cytostatik, u kterých je znám zvýšený cytotoxický vliv na pohlavní buňky (busulfan, cyklofosfamid, aj.). V současné době se ale nabízí několik možností, jak gonadální funkce zachovat či minimalizovat jejich poškození.

### **Farmakologická ochrana gonád**

Farmakologická ochrana gonád (FOG) u žen vychází z teorie, že nezralé pohlavní buňky jsou na toxickou léčbu méně citlivé a tedy že uvedení do „prepubertálního stavu“ může tyto buňky ochránit. Toto však neplatí pro muže, zde jsou zranitelná zralá i nezralá stadia pohlavních

buněk. Farmakologická ochrana gonád se používá u dívek v pubertě, u dospívajících a dospělých žen. Tento postup lze použít i u těsně premenarchálních dívek (rozvoj sekundárních pohlavních znaků, antropologické vyšetření). Hlavním cílem je před zahájením gonadotoxické léčby přechodně uvedení pohlavních žláz pacientky do stádia dočasného pohlavního klidu. Lze tak snížit poškození a úbytek dělicích a vyvíjejících se pohlavních buněk. Pacientka dostává po dobu “farmakologické ochrany pohlavních žláz” obvykle 3-8 injekcí (s analogem gonadoliberinu: triptorelin, cetrorelix) v intervalu 25-28 dnů podle typu léčebného protokolu. Terapii je nutno zahájit ještě před zahájením protinádorové léčby. Tato léčba nepřináší významnou zátěž ani riziko závažných nežádoucích účinků. Nelze ovšem vyloučit eventuální individuální nežádoucí reakce na podávané léčivo, které však dosud byly zjištěny zcela ojediněle a byly hodnoceny jako nezávažné. U dívek a mladých žen s menstruačními cykly lze spatřovat význam léčby nejen v uchování pohlavních buněk, ale i v dočasné a cílené zástavě menstruačního krvácení, což je v období intenzivní protinádorové léčby velmi žádoucí. Sníží se tak riziko silného krvácení při nedostatečném počtu krevních destiček. Na našem pracovišti byla první blokáda provedena v roce 2002 a do současnosti (1/2009) ji podstoupilo 60 dívek ve věku 12 až 24 let. Z prvních zkušeností následného sledování blokovaných pacientek se ukazuje, že FOG pravděpodobně nechrání pacientky po vysokodávkované léčbě s použitím busulfanu či CTO v předtransplantační přípravě. Výsledky u dívek léčených pouze vysokodávkovanou chemoterapií jsou naopak velmi dobré, všechny dívky obnovily spontánní menstruační cyklus a nemají zatím známky předčasného ovariálního selhání.

OBR. 1: Sledování hormonů po podání analogů gonadoliberinů:



Po 96 hodinách navozeny „klidové“ hormonální hladiny



### Po 96 hodinách jsou navozeny „klidové“ hormonální hodnoty

Chybně zvolená blokáda je velkým rizikem, protože může gonády přechodně spíše stimulovat, čímž by docházelo při následné léčbě k mnohem většímu poškození, než kdyby gonády nebyly blokovány vůbec. Velký důraz je proto kladen na laboratorní kontrolu hormonálních hladin v průběhu blokády. Odběry hormonů jsou prováděny v časových intervalech podle předem stanovené tabulky. Léky sloužící k navození blokády jsou rovněž aplikovány dle tabulky – přesnost aplikace je velmi důležitá.

**TAB 1: Rozpis pravidelných odběrů na vyšetření hladin hormonů při sledování účinku farmakologické blokády.**

Jméno:						
ŘČ:						
Dř:						
menarche:						
m. cyklus a datum začátku poslední menstruace:						kdy poslední menses:
USG:						
Gynekologická léčba a gynekologické obtíže před 1. odběrem?:						
Bere hormonální léčbu včetně hormonální antikoncepce a jakou?:						
						<b>NABÍRA SE VŠE, CO NENÍ PROŠKRTNUTÉ !!!</b>
Datum	Čas odběru	Vzorek	FSH (IU/l)	LH (IU/l)	E2 (pmol/l)	Progesteron (nmol/l)
		0 základní odběry, podat 1. DD				
		6 h po DD, podat 1. CET 3				
		6 h po 1. CET 3				
		24 h po 1. CET 3 (to je 30 hod. po 1. DD)				
		84 hod. (3,5 dne) po 1. CET3, podat 2. CET3				x
		6 h po 2. CET 3				x
		24 h po 2. CET 3				x
		48 h po 2. CET 3				x
		72 h po 2. CET 3				x
		96 h po 2. CET 3				x
		120 h po 2. CET 3				
		za 10 dnů po 1. DD				
		za 25 dnů po 1. DD a podat 2. DD				
		25-28 dnů po 3. DD				
		25-28 dnů po 4. DD				
		25-28 dnů po 5. DD				
		25-28 dnů po 6. DD				
		Kdy 1. Cytostatikum a jaké				
		Kdy 1. Gonadotoxické cytotatikum a jaké				

### Kryokonzer

U starších, následná kryokonzerpace. Odběr pohlavních buněk nebo částky tkáně z pohlavních žláz s pohlavními buňkami je nutno provést ještě před zahájením gonadotoxické léčby. Vlastní odběr zralých pohlavních buněk u chlapců je nenáročný, nevyžaduje žádné zvláštní postupy. Zralé pohlavní buňky (spermie) lze získat z ejakulátu u chlapců obvykle již od věku 13 let. Věková hranice je však individuální, u každého pacienta závisí na dosaženém stupni pohlavní vyspělosti, celkovém zdravotním stavu a na schopnosti spolupracovat. Zralé buňky lze velice dobře skladovat mnoho let a mohou být později použity k oplození. Je potřeba mít ale na paměti, že množství takto získaných spermií může být nízké v důsledku probíhajícího onemocnění nebo stresu. Odběr spermií se provádí na specializovaném pracovišti. První odběry a kryokonzerpace spermatu proběhly na naší klinice v roce 1994. Do konce roku 2008 bylo přistoupeno k odběru celkem u 43 chlapců ve věku 15 –18 let. U odběrů získaných po

předchozí chemoterapii před provedením transplantace kmenových buněk krvetvorby byla vyšetřením ejakulátu některých pacientů již prokázána azoospermie.

### **Zamražování pohlavních buněk a tkání u prepubertálních pacientů**

U mladších dětí před pubertou jsou pohlavní buňky nezralé. U chlapců i dívek lze získat tyto nezralé buňky pomocí odběru malé části tkáně z pohlavní žlázy (varlete nebo vaječniku) s pohlavními buňkami. U mladých žen lze provést zamražení zralých pohlavních buněk (oocytů). V současnosti se začíná stále častěji užívat této experimentální metody, ovšem úspěšnost je zatím limitována malými zkušenostmi s maturací (vyzráváním) in vitro. Odběr zralých ženských pohlavních buněk, případně nezralých tkání z pohlavních žláz s pohlavními buňkami u prepubertálních dívek a chlapců provádí zkušený gynekolog (u dívek) a chirurg/urolog (u chlapců). Jedná se o biopsii pohlavních žláz u chlapců a odběr části ovariální tkáně u dívek. Tyto zákroky nezvyšují riziko obvyklé pro operační výkony. U chlapců vyžadují malý operační zákrok na varleti, u dívek laparoskopickou operaci. Odebrané tkáně a/nebo buňky se zamrazí na  $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$  a dlouhodobě uschovávají až do doby, kdy se pacient rozhodne pro jejich použití. Na našem pracovišti bylo první zamražení ovariální tkáně provedeno v roce 2005 a dosud byla tato metoda použita u 8 dívek ve skupiny pacientek před plánovanou transplantací s použitím busulfanu či CTO.

### **Zamražování pohlavních buněk a tkání u postpubertálních pacientů**

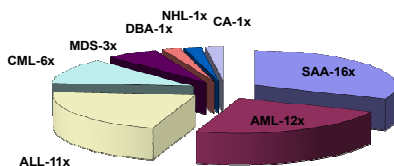
Také u dívek po pubertě lze odebrat zralé pohlavní buňky (vajíčka) za předpokladu, že okolnosti dovolují 14-30 denní odklad zahájení vlastní protinádorové léčby. V takovém případě dívka nebo žena podstoupí hormonální stimulační léčbu a odběr vajíček v rámci programu „mimotělního oplození – IVF“. V případě, že mladá žena má partnera, se kterým si přeje zplodění potomstva, je možné získané zralé pohlavní buňky oplodnit spermiemi partnera. Takto vzniklé zárodky je možné skladovat velmi úspěšně v zmraženém stavu při teplotě  $-196\text{ }^{\circ}\text{C}$  mnoho let. Uchování časných stádií zárodků patří dlouhodobě mezi standardní postupy používané v reprodukční medicíně u nás i v zahraničí.

### **Studie**

Na naší jednotce jsme provedli studii, do které jsme se zařadili dnes již dospělé bývalé pacienty, kteří do konce roku 2005 dosáhli věku 18 let a jsou více než 12 měsíců po alogenní transplantaci kmenových buněk krvetvorby (HSCT). V období 1989 - 2005, kdy jsme prováděli naši dotazníkovou studii, se jednalo o soubor 51 osob (28 mužů, 23 žen). Věk při

HSCT se pohyboval od 3- 20 let (median 12,5). Za období 1989 – 2007 se soubor žijících pacientů nad 18 let rozrostl na 81 pacientů a my pokračujeme v jejich sledování.

**OBR 2: Indikace k transplantaci kmenových buněk krve tvorby  
na našem pracovišti:**



*ALL – akutní lymfoblastická leukémie*

*AML – akutní myeloidní leukémie*

*DBA – Diamond Blackfan anémie*

*CA – konstituční anémie*

*CML – chronická myeloidní leukémie*

*MDS – myelodysplastický syndrom*

*NHL – non-Hodgkinský lymfom*

*SAA – aplastická anémie*

Ve 33 případech byla provedena alogenní transplantace od příbuzného (sourozeneckého) dárce, v 15 případech alogenní nepříbuzenská transplantace, 1x haploidentická transplantace (haploidentický otec) a 2x syngenní (dárce jednovaječné dvojče).

**Byl rozeslán dotazník obsahující dotazy na tyto údaje:**

- jméno
- stav
- počet dětí
- ženy – užívání hormonální antikoncepce
- muži – kryokonzervace spermií
- zda byla zkoušena metoda IVF
- zda pacient plánuje mít v budoucnu děti

Obdrželi jsme 22 odpovědí (14 žen/8 mužů) z nichž jsme vyhodnotili tyto údaje:

16/22 vyléčených bývalých pacientů je svobodných nebo mají partnerku/partnera

6/22 je ženatých či vdaných

11/22 do budoucna děti plánuje

9/81 (11,1%) dlouhodobě přežívajících pacientů nad 18 let věku se již stalo biologickým rodičem celkem 14 dětem.

4 ženy → 5 dětí (1 žena má 2 děti)

5 mužů → 9 dětí (1 muž má dvojčata, 1 muž má 3 děti)

1 pacientka po transplantaci v roce 1997 pro akutní hybridní leukémii je v současné době těhotná.

### **Kasuistiky**

Pro přehled kazuistik jsme volili pacienty léčené pro maligní onemocnění krve tvorby (leukémie), kteří podstoupili myeloablativní předtransplantační režim zahrnující podávání vysoce toxických látek pro zárodečný epitel a přesto se jim podařilo mmj. s použitím metod asistované reprodukce stát se biologickým rodičem. Většina pacientů, kteří se stali rodiči (otcem či matkou) bez metod asistované reprodukce, byla transplantována pro aplastickou anémii bez předchozí chemoterapie s předtransplantační přípravou obsahující z toxických látek pouze cyklofosfamid.

#### **Muž \*1979** (věk v době HSCT - 17 let)

akutní lymfoblastická leukémie v druhé remisi

12 let po HSCT od nepříbuzného dárce

Předtransplantační příprava: CTO, cyklofosfamid

V roce 2003 byl vyšetřen spermioqram s nálezem oligoazoospermie s ojedinělým nálezem živých spermií, sperma zamraženo. K IVF použity vlastní čerstvé spermie. Nyní zdravá 2-letá dvojčata.

#### **Žena \*1983** (věk v době HSCT - 18 let)

myelodysplastický syndrom bez předchozí chemoterapie

7 let po HSCT od nepříbuzného dárce

Předtransplantační příprava: thiotepa, fludarabin

Před HSCT byla zahájena farmakologická ochrana gonád, následně byl aplikován Decapeptyl depot i.m. 1x měsíčně. Po transplantaci diagnostikována sekundární amenorea a hypergonadotropní hypogonadismus. 10/2002 zahájena substituční hormonální terapie, menses pravidelné, sledována v centru asistované reprodukce, kde připravována k IVF. Pod vlivem hormonální stimulace před IVF však překvapivě došlo ke spontánní graviditě. Nyní zdravý 1,5-letý syn.

**Žena \*1977** (věk v době HSCT - 14 let)

akutní myeloidní leukémie v první remisi

17 let po HSCT od HLA identického bratra

Předtransplantační příprava: busulfan, cyklofosfamid

Bez farmakologické blokády gonád. Sledována pro hypergonadotropní hypogonadismus. Prodělala trombozu v. jugularis a v. subclavia, proto během těhotenství zajištění nízkomolekulárním heparinem. Nyní zdravá 6-ti letá dcera z IVF, v současné době plánuje 2. těhotenství opět za pomoci IVF.

### **Závěr:**

Dosud není dostatek zkušeností, jaká bude plodnost dětí transplantovaných v současné době v kojeneckém či batolecím věku. Ojedinelé kazuistiky ukazují, že i po podání vysoce gonadotoxické předtransplantační přípravy může časem dojít k určité reparaci gonadálních funkcí a po přechodné azoospermii se objevuje malé množství vitálních spermií. Děti podstupující transplantaci kmenových buněk krvetvorby pro některá maligní i nemaligní onemocnění s předtransplantační přípravou se sníženou intenzitou (RIC) mají v budoucnu větší šanci stát se biologickým rodičem. Z našich zkušeností víme, že pacienti transplantovaní např. pro aplastickou anémii se stávají rodiči relativně bez větších obtíží. Avšak pacienti s maligním onemocněním často absolvují celotělové ozáření a jsou jim aplikována cytostatika ve vysokých dávkách. Pro ně jsou velkou nadějí neustále se rozvíjející a zdokonalující se metody ochrany gonadálních funkcí a metody kryokonzervace gonadálních tkání. V neposlední řadě má ochrana gonád či kryokonzervace gonadálních tkání pozitivní psychologický efekt jak na pacienta, tak na jeho rodiče či partnera. Dáváme tím najevo, že počítáme s vyléčením a návratem dítěte do normálního života s možností v budoucnu založit vlastní rodinu.

### **Literatura:**

- 1) SOCIE, G. at al. for the Late Effects Working Party of European Group for Blood and Marrow Transplantation. Nonmalignant late effects after allogeneic stem cell transplantation. *Blood*, 2003, 9, p. 3373-3385
- 2) T. MARDESIC, M. ŠNAJDEROVÁ, L. ŠRÁMKOVÁ, P. KESLOVÁ, P. SEDLÁČEK, J. STARÝ. *Protocol combining GnRH agonists and GnRH antagonists*

*for rapid suppression and prevention of gonadal damage during cytotoxic therapy.*  
European J. Gynaec. Oncol 2004; 15: 90-93

- 3) SNAJDEROVA M., KESLOVÁ P., MARDESIC T., SEDLACEK P., ZDRAHALOVA K., MOTTL H., FORMANKOVA R., SRAMKOVA L., SMISEK P., GANEVOVA M., VAVRA V., STARY J.: *Ovarian function in 35 adolescents and young women with leukemia, Hodgkin disease and non-malignant hematological disease receiving cytotoxic therapy after gonadal protection for fertility preservation by GnRH analogues.* Book of abstracts The Endocrine Society's 89th Annual Meeting ENDO 07 June 2-5 2007 Toronto
- 4) SNAJDEROVA M., MARDESIC T., KESLOVA P., FORMANKOVA R., MOTTL H., GANEVOVA M., STARY J.: *Pharmacological gonadal protection – is there a chance for fertility protection in young women undergoing stem cell transplantation?* Human reproduction, 2008, 23(1): 80
- 5) KAFKOVA D., REICHLOVA V., KESLOVA P., VILIMOVA S., FORMANKOVA R., SEDLACEK P.: *Is there a chance to become a biological parent for a child after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation?* Bone Marrow Transplantation 39(1): 246, Apr 2007

**Seznam použitých zkratk:**

**CTO** – celotělové ozáření

**FOG** – farmakologická ochrana gonád

**HSCT** – haematopoietic stem cell transplantation (transplantace kmenových buněk krvetvorby)

**IVF** – in vitro fertilizace (umělé oplodnění)

**Korespondence:**

Bc. Andrea Pertlová

Transplantační jednotka kostní dřeně

Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol

V Úvalu 84, 150 06, Praha 5

Email: a.pertlova@atlas.cz

## PSORIATICKÁ ARTRITIDA – EDUKACE PACIENTŮ S PSORIÁZOU

**Gabriela Šubrtová**

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice (studující)

### **Souhrn:**

*Psoriáza a psoriatická artritida (dále jen PsA) si zasluhují velkou pozornost nejen pro svůj vzrůstající výskyt, ale především pro bio-psycho-sociální dopad na pacienty. Psoriáza patří mezi nejčastější kožní choroby. S narůstající incidencí se posouvá nástup prvních projevů psoriázy do ranějšího pubertálního věku. Prevalence psoriázy v populaci je 1-3%, přičemž u 6-42% nemocných s psoriázou se může vyskytnout PsA, která zahrnuje mírné nedestruktivní oligoartikulární formy i závažné mutilující artritidy, vedoucí k invaliditě. PsA je uznávána jako samostatná klinická jednotka až od roku 1964, do té doby byla považována za formu malomocenství. Její klasifikace není jednotná a choroba tím pádem zůstává často nerozpoznána. Je proto důležité věnovat zvýšenou pozornost péči o pacienty s psoriázou, dbát na jejich bio-psycho-sociální dimenzi a mít na mysli, že toto onemocnění může jednou potkat i nás nebo naše blízké. Na základě dotazníkového šetření, ve kterém jsem zjišťovala míru informovanosti o PsA u pacientů s psoriázou, dále pak rozsah postižení a v neposlední řadě i dobu zahájení léčby a spokojenost s léčebnými postupy, jsem vytvořila edukační materiál, který by měl pomoci zvýšit informovanost o tomto závažném onemocnění. O PsA by měli vědět nejenom samotní pacienti, ale i zdravotničtí pracovníci, kteří se mohou dostat s těmito lidmi do kontaktu.*

### **Klíčová slova:**

*Psoriatická artritida; Psoriáza; Distální interfalangeální kloub; Revmatoidní artritida*

### **Cíl práce:**

#### **Cíl č. 1: Podat důkazy o nedostatečné informovanosti pacientů o PsA**

Pacienti nemají dle mého názoru dostatečné informace o povaze tohoto onemocnění a mnohdy i samotní lékaři opomíjejí fakt, že psoriáza může souviset s bolestivostí kloubů. Tím se zbytečně prodlužuje stanovení diagnózy a následná léčba.

#### **Cíl č.2: Vytvořit edukační materiál pro pacienty**

V návaznosti na předpokládanou nedostatečnou informovanost pacientů o PsA jsem si stanovila cíl vytvořit stručný a přehledný edukační materiál o PsA, který by i laickou

veřejnost přijatelnou formou informoval o onemocnění PsA, léčbě PsA a v neposlední řadě poskytnul také mnoho užitečných kontaktů nejen na webové a knižní zdroje, ale i na občanská sdružení věnující se problematice PsA a sdružující pacienti s tímto onemocněním.

### **Teoretická východiska:**

Psoriatická artritida je chronické zánětlivé kloubní onemocnění, charakterizované přítomností artritidy u nemocných s psoriázou. Výskyt psoriázy v populaci je 1-3% a PsA onemocní až 42% psoriatických, z nichž 11% trpí závažným funkčním omezením. Laická veřejnost si vztah mezi kloubním onemocněním a kožními projevy často neuvědomuje a mnohdy i praktičtí a kožní lékaři tuto skutečnost opomíjejí.

Začátek onemocnění je většinou pozvolný, nejčastěji postihuje jeden, ale i více malých kloubů horních nebo dolních končetin. Artritida se může rozvinout po poškození kloubu úrazem, podobně jako vzniká psoriáza v místě poranění kůže. Přetrvávající otok poraněného kloubu u pacienta s psoriázou by měl vést k podezření na projev PsA. Dále se může PsA projevovat jako zánět šlachy, nejčastěji Achillovy. Postižení jednoho kloubu se v průběhu let rozšiřuje na onemocnění více kloubů - polyartikulární (po 10 letech má toto postižení asi 60% pacientů). Pacienti s PsA mají mnohdy psoriatické postižení nehtů, které bývá spojeno s artritidou posledního kloubu prstů.

PsA může postihnout i klouby páteře, projevuje se pak bolestmi zad, především v klidu s úlevou po cvičení. Pravděpodobnost vzniku PsA je vyšší u pacientů s těžkou formou psoriázy.

Kožní a kloubní projevy se nemusí objevit **současně**. Nejčastěji předchází psoriáza artritidu až v 75% případů. Kloubní obtíže se objevují v průměru za deset let od prvních kožních příznaků. V 10-20% případů předchází artritida psoriázu a u těchto pacientů trvá zpoždění manifestace psoriázy měsíce či roky. V 11-15% případů se psoriáza a artritida objeví současně, což znamená v průběhu jednoho roku.

Většina pacientů s PsA má při vyšetření současně psoriázu. Není-li psoriáza přítomná, může se jednat o následující situace:

- Anamnesticky byla psoriáza diagnostikována, avšak nejsou aktuálně přítomné její projevy.
- Psoriáza je přítomná ve skrytých oblastech a nebyla doposud diagnostikována.



- Psoriáza není přítomná, ale objeví se v dalším průběhu onemocnění.
- Psoriáza není přítomná, a ani se nemusí u pacienta manifestovat v dalším průběhu, avšak diagnózu umožní charakteristické rysy PsA a přítomnost psoriázy u příbuzných 1. nebo 2. generace.

Objevuje-li se bolest a otoky kloubů, úponů a šlach, ranní ztuhlost (jen u 50% nemocných PsA), výrazná únava spojená s bolestivostí kloubů, nebo bolesti zad v nočních hodinách, která pacienta nutí vstát z postele a rozcvičovat se je nutno pomýšlet u pacienta s psoriázou na PsA.

Léčba PsA vychází ze zkušeností s léčbou revmatoidní artritidy s tím rozdílem, že u PsA se musí zohledňovat zpravidla současně přítomný kožní syndrom. Podobně jako u revmatoidní artritidy, ale s určitým zpožděním, byla zavedena i u PsA léčba biologická.

**Nesteroidní antiflogistika (NSA)** jsou základem léčby u všech forem PsA. Příznivě ovlivňují bolest i otoky kloubů, nejsou však schopna dlouhodobě příznivě ovlivnit vývoj onemocnění. NSA by měla být v období aktivity onemocnění podávána v plné protizánětlivé dávce odpovídající příslušnému preparátu až do dosažení zklidnění choroby. Pokud není dosaženo efektu během 3-4 týdnů, měl by být vyzkoušen jiný preparát, než bude tato skupina léků označena za neúčinnou.

Při neúspěchu léčby NSA je nezbytné zvážit zahájení léčby některým z preparátů skupiny chorobu modifikujících farmak, mezi které patří **sulfasalazin, metotrexát (MTX)** a nově **leflunomid**.

Dále je možno podávat **glukokortikoidy** v injekční formě přímo do postiženého kloubu, šlachových pochev nebo k bolestivým úponům.

Neúčinnost chorobu modifikujících farmak u části pacientů s PsA a nepřesvědčivé výsledky studií sledujících radiologickou progresi urychlily snahu o vývoj nových, účinnějších preparátů, s cílem ovlivnit nejen klinickou aktivitu, ale i progresi rentgenových změn. Příkladem biologických preparátů jsou **Infliximab (REMICADE), Etanercept (ENBREL), Adalimumab (HUMIRA)**.

Chorobou deformované klouby je možné léčit i operativně, a to **artrodézou** (znehýbnění daného kloubu) nebo **totálními náhradami** malých kloubů ruky i nosných kloubů. Princip náhrad lze zjednodušeně přirovnat k náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu, kdy na místo postiženého kloubu je vložen implantát, který pacientovi zajišťuje obnovení funkce kloubu. Obzvláště z hlediska pacientek je důležité i zlepšení kosmetického vzhledu ruky po operaci. Dlouhodobý výsledek je do značné míry ovlivněn aktivitou a průběhem revmatického systémového onemocnění, proto je spolupráce s revmatologem nezbytná.

### **Metodika:**

Zvolila jsem soubor pacientů trpících různými formami lupénky. Metodou průzkumu bylo dotazníkové šetření, jehož prostřednictvím jsem získala veškeré potřebné informace. Při průzkumu jsem spolupracovala především s psoriatiky organizovanými v klubu SPAE v České republice, jehož jsem členkou. Dále pak s dermatology ve Žďáře nad Sázavou, dermatovenerologickým oddělením nemocnice v Novém Městě na Moravě a FN Motol. Vlastní průzkum jsem prováděla od listopadu 2008 do března 2009.

Jelikož jsem zjišťovala, jaká je míra informovanosti psoriatiků, byl dotazník zaměřen na přístup pacienta ke své nemoci, na subjektivní pocity, jež prožívá v souvislosti s bolestí a léčbou, na to, zda se cítí být lékařem dostatečně informován o PsA a v neposlední řadě i se spokojeností týkající se péče lékaře o jeho osobu. Pro komplexnost je dotazník rozdělen na část týkající se základních údajů o pacientovi, jako je věk, pohlaví, délka trvání onemocnění, lokalizace a jiné, které jsou důležité pro základní statistické rozdělení. Druhá část je zaměřena na přístup pacienta ke své nemoci, dále na subjektivní pocity, jež prožívá v souvislosti s bolestí kloubů a na to, zda je spokojen s jednáním a kvalitou poskytovaných informací lékařem. Část týkající se bolestivosti kloubů vyplňovali pouze ti pacienti, kteří kladně reagovali na otázku číslo 5.

Ve snaze co nejsprávněji vyhodnotit statistická data, jsem se rozhodla použít program SPSS, jež mi usnadnil vyhodnocování a snížil tak riziko možné chybovosti. Výsledky průzkumu jsem pro přehlednost zpracovala do tabulek a v přílohách znázornila pomocí grafů

**Soubor:**

Provedla jsem pilotní studii na vzorku deseti respondentů. Vlastní průzkum byl prováděn na vzorku 57 respondentů. Bylo rozdáno 100 kusů dotazníků, návratnost činila 57%.

**Výsledky:**

Předpokládala jsem, že „**Alespoň 60% respondentů je informováno ze strany lékaře o tom, že psoriáza může mít souvislost s bolestí kloubů.**“

Z tabulky č. 1 je patrné, že informaci o PsA podává svému pacientovi lékař pouze v 54,10%. Druhým nejčastějším zdrojem informací jsou pacienti samotní, a to ve 21,31%. Bohužel 8,1% informace o PsA dosud nemá, což považuji za alarmující zjištění.

**TAB 1:**

<b>informace</b>	<b>muži</b>	<b>%</b>	<b>ženy</b>	<b>%</b>	<b>celkem</b>	<b>%</b>
<b>od lékaře</b>	18	54,55%	15	53,57%	33	54,10%
<b>web</b>	1	3,03%	2	7,14%	3	4,92%
<b>tisk</b>	5	15,15%	0	0%	5	8,10%
<b>od pacienta</b>	7	21,21%	6	21,42%	13	21,31%
<b>jiné</b>	1	3,03%	1	3,57%	2	3,28%
<b>nemá</b>	1	3,03%	4	14,80%	5	8,10%
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>	<b>61</b>	<b>100%</b>

Dále jsem předpokládala, že „**U alespoň 50% respondentů netrvalo stanovení diagnózy více jak jeden rok.**“ Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří uvedli, že v současné době trpí bolestivostí kloubů. Pokud zpracujeme procentuelní vyjádření počtu respondentů, kterým byla diagnóza stanovena do dvou let ( $\frac{6 + 1 + 5}{38} \cdot 100 \% = 31,57 \%$ ), dostáváme se k hodnotě 31,57%, což je méně jak stanovených 50%. V následující tabulce č. 2 lze zhodnotit období stanovení diagnózy.

**TAB 2:**

Období	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
<b>3 měsíce</b>	3	15,00%	3	16,67%	6	15,79%
<b>½ roku</b>	1	5,00%	-	-	1	2,63%
<b>1 rok</b>	3	15,00%	2	11,11%	5	13,16%
<b>2 roky</b>	2	10,00%	4	22,22%	6	15,79%
<b>+ 2 roky</b>	3	15,00%	2	11,11%	5	13,16%
<b>dg. není</b>	8	40,00%	7	38,88%	15	39,47%
<b>celkem</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

*Předpoklad, že „Více jak 50% respondentů, kteří jsou léčeni pro bolest kloubů, je zcela spokojeno se svojí léčbou.“ se mi také nepotvrdil. Z tabulky č. 3 je patrné, že získaná hodnota 42,1% je nižší než bylo stanoveno. Pacienti tedy nejsou zcela spokojeni se způsobem léčby, která souvisí s jejich onemocněním.*

*TAB 3:*

Spokojenost	Muž	%	Žena	%	M+Ž	%
<b>Ano</b>	7	35,00%	9	50,00%	16	42,11%
<b>Ne zcela</b>	8	40,00%	6	33,33%	14	36,84%
<b>Ne</b>	4	20,00%	2	11,11%	6	15,79%
<b>Nezodpovězeno</b>	1	5,00%	1	5,56%	2	5,26%
<b>Celkem</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

### **Diskuze:**

Na základě získaných informací jsem nucena konstatovat, že pacienti trpící psoriázou mají mnohdy nedostatečné informace týkající se PsA a ze strany lékařů není prvotním příznakům věnována patřičná pozornost. Tato skutečnost mne vedla k vytvoření edukačního materiálu, který ve zjednodušené formě nastiňuje problematiku PsA tak, aby si i laik uvědomil, o jak závažný bio-psycho-sociální problém se jedná, a že pouze včasná diagnóza a zahájení terapie PsA může pacientovi pomoci zpomalit progresi tohoto onemocnění.

### **Závěr:**

Lupénka a ostatní kožní nemoci představují závažný zdravotní a společenský problém. Somatické onemocnění není jediným zdrojem pacientových nepříjemností. Způsobuje je

i léčba a její následky, proto je třeba brát v úvahu kromě biologických ukazatelů i subjektivní stav nemocného v souvislosti se životním komfortem narušeným chorobou. Právě proto je při léčení psoriázy a PsA vždy nezbytné brát v úvahu kvalitu života pacienta a pamatovat na psychosociální dimenzi tohoto výjimečně stresujícího onemocnění.

Časně rozpoznání tohoto heterogenního onemocnění a blízká spolupráce s revmatologem při současných terapeutických možnostech mohou významně ovlivnit prognózu onemocnění a kvalitu života pacientů.

#### **Literatura:**

- 1) *Ortopedie : dvouměsíčník pro ortopedy, traumatology a revmatology*. 2008- , 2, 1 Praha: Medakta, 2008. Dvouměsíčník. Dostupný z WWW: <ortopedieaktualne.cz>. ISSN 18021727.
- 2) PECH, Jan, et al. *Revmatochirurgie ruky: přehled současných znalostí*. Eliška Sládková. 1. vyd. Praha : Schola nova Comenium, 2000. 198 s. ISBN 80-902184-1-5.
- 3) ŠTOLFA, Jiří, et al. *Psoriatická artritida a psoriáza*. Praha: Maxdorf, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7345-002-1.
- 4) ŠTORK, Jiří, et al. *Dermatovenerologie*. Praha: Galén, 2008. 502 s. ISBN 978-80-7262-371-6

#### **Korespondence:**

Bc. Gabriela Šubrtová  
gabinax@seznam.cz

## **KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH S CHRONICKÝM OBSTRUKČNÍM PLICNÍM ONEMOCNĚNÍM**

**Hana Slámová**

Samostatné oddělení vzdělávání FN Motol

### **Souhrn:**

*Autorka příspěvku prezentuje část výsledků vlastního šetření zabývajícího se kvalitou života nemocných s chronickým obstrukčním plicním onemocněním.*

### **Klíčová slova:**

*Klient; Kvalita života; Chronické obstrukční plicní onemocnění; Omezení; Aktivita; Zdravotní stav; Únava.*

### **Úvod:**

Žijeme v 21. století a to nám všem přináší mnoho výhod technického charakteru a také přemíru informací z různých vědních oborů. Moderní trendy nepřinášejí vždy jen pokrok, ale i nezdravý životní styl, znečištěné prostředí a s tím související civilizační choroby. Život s jakýmkoli postižením má i přes veškerou podporu zainteresovaných složek za následek řadu omezení, znevýhodnění a nesnází. Jedním ze závažných onemocnění, na které má i určitý vliv zhoršující se životní prostředí a životní styl, je chronická obstrukční plicní nemoc.

### **Cíl:**

Cílem výzkumu bylo zjistit, čím je ovlivněn život klientů s chronickým plicním onemocněním, které oblasti života nemocných jsou při respiračních chorobách postiženy nejčastěji a podat ucelený přehled o kvalitě života nemocných s CHOPN.

### **Metoda:**

Metodikou výzkumu byl semistrukturovaný rozhovor, směřující k poznání kvality života nemocných s chronickým obstrukčním plicním onemocněním a byl zaměřen na nejdříve problémové a omezující oblasti, které znepráhňují či dokonce znemožňují běžné denní, pracovní činnosti, volnočasové aktivity a společenský život a jaké obtíže přináší CHOPN samotným postiženým a jejich rodinám. Další použitou metodou bylo měření kvality života metodou SEIQoL = systém individuálního hodnocení kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) která má širší záběr než klasické metody externího

posuzování zdravotního stavu pacienta jiným hodnotitelem. Dalším cílem metody SEIQoL bylo zjistit, jak se liší celková hodnota kvality života u klientů s CHOPN a u kontrolní skupiny zdravých respondentů.

Při měření kvality života dotazované osoby jsou zcela respektovány výpovědi sledované osoby. V rámci výzkumu každý klient uvedl celkem pět momentů - životních hodnot či zaměření, jež považuje za nejpodstatnější a u každého tématu se vyjádřil, jak je s daným tématem spokojen. Význam byl kladen na subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu, efektivity terapie samotným pacientem a zjišťování jak je ovlivněna kvalita života klientů s chronickým plicním onemocněním. některé otázky byly koncipovány jako **otevřené**, které sledovanou osobu vedly k nutnosti hlouběji se zamýšlet nad odpovědí a **uzavřené**, kdy odpovídali ano – ne, dle skutečnosti.

Stanovila jsem hypotézy, které jsem ověřovala pomocí výzkumných metod. Praktický výzkum byl prováděn u 40 klientů v I. a II. stadiu CHOPN a zaměřila jsem se na nemocné v produktivním věku. Kontrolní skupinu tvořili zdraví respondenti v produktivním věku. Výzkum byl realizován na několika pražských plicních odděleních. Pokládám velikost výzkumného vzorku vzhledem k jeho časové náročnosti za přiměřenou s určitou výpovědní hodnotou.

### **Výsledky:**

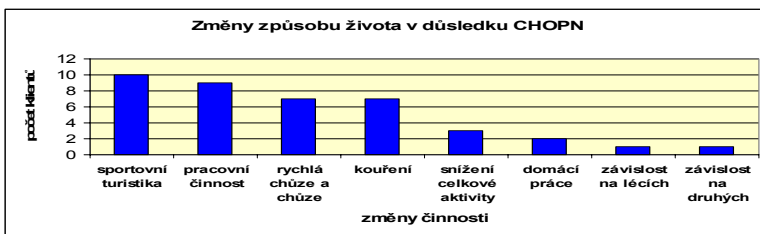
Vznik a rozvoj CHOPN je nejčastěji způsoben vlivem expozice prostředí a také vlastními nepříznivými faktory hostitele. Hlavními rizikovými faktory je tabákový kouř, profesní prachy, chemikálie, znečištěné ovzduší a těžké infekce dýchacích cest. Svůj negativní vliv má i astma bronchiale. S vyšším věkem roste počet lidí s CHOPN, věk nad 40 let je rizikovým faktorem. Kvalita života je v medicíně chápána především v souvislosti se zdravotním stavem jedince. Koncept kvality života se sestává z řady jednotlivých oblastí, které kvalitu života každého člověka v různé míře ovlivňují:

- fyzický stav a funkční schopnosti
- psychologické parametry a celková spokojenost
- sociální interakce
- stavy a faktory týkající se ekonomické situace a práce
- spirituální stav

### Výsledky průzkumu:

Průměrný věk respondentů byl 53 let, věkový rozptyl 20 let. Výzkumu se zúčastnilo 25 mužů a 15 žen. Se svým zdravotním stavem bylo seznámeno 55% dotazovaných odborným lékařem, 40% praktickým lékařem, 2 klienti ošetřujícím lékařem v nemocnici. 60 % klientů vědělo o tom, že mají CHOPN, jeden až čtyři roky. Tito nemocní neudávali tolik obtíží a změn ve způsobu svého dosavadního života. Naopak klienti, u kterých onemocnění trvalo **déle jak pět let**, uváděli podstatně častěji změny v různých oblastech života. Rozmezí trvání choroby se pohybovalo od jednoho roku do čtrnácti let.

**OBR 1: Změny způsobu života, které udávali klienti, se týkaly níže uvedených oblastí.**



U dotazovaných převažovaly řemeslnické a dělnické profese. Omezení v pracovní činnosti udávalo 52,5 % nemocných. Šlo hlavně o řemeslníky, dělníky, zdravotníky. 47,5 % klientů, jenž omezení neudávalo, bylo tvořeno především klienty, u nichž doba trvání onemocnění nepřesahovala čtyři roky. Tito klienti převážně hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý nebo mírně zhoršený. Mezi omezení, týkající se pracovní činnosti klientů s CHOPN patřila omezení ve vykonávání namáhavé práce pro dušnost, omezení pohybu v prašném, či jinak znečištěném prostředí z důvodu dráždění ke kašli a dušnosti, snížení pracovního úvazku z důvodu vyšší únavy a vyčerpání a časté pracovní neschopnosti pro exacerbace CHOPN.

Rodinný život nemocných byl ovlivněn větší závislostí na partnerovi, potřebou vyšší podpory ze strany partnera, přenesením odpovědnosti na partnera či změnou postavení v rodině a závislostí na svých dětech. Pouze 7,5 % respondentů udávalo přítomnost omezení, týkajících se aktivit ve volném čase. Byli to především klienti, provozující sportovní aktivity a turistiku. Omezení bylo uváděno i při práci na zahrádce a houbaření. Dotazovaní nejčastěji odpovídali, že je omezuje dušnost při náročných činnostech jako je chůze či jízda na kole do kopce, nebo na velké vzdálenosti apod. Nižší výkonnost při sportovních aktivitách se týkala nemocných,



kteří provozovali aktivně hokej a fotbal. Strach z nachlazení uvedl klient, který rekreačně provozoval vodáctví. Bolest v souvislosti s plicním onemocněním udávalo pouze 20 % klientů. Bolest byla téměř vždy lokalizována na hrudi. Vyskytovala se především při exacerbaci onemocnění, v souvislosti s bakteriální infekcí. Bolest se projevovala hlavně při nádechu. Celých 60 % respondentů označilo za velmi závažný problém dušnost, 57 % klientů potíže s výdechem a probouzení během noci. Mezi méně závažné potíže byl u 63 % klientů zařazen kašel a svírání na hrudi, u 47 % příznaky ráno při probouzení, u 43 % obtížné usínání a u 47 % pískání.

Jako méně závažné problémy z hlediska emocí byly nejfrekventovaněji označeny obavy z toho, že klient nemá při sobě léky v případě potřeby a nutnost užívat léky. Vliv plicního onemocnění na psychiku nemocného se dle mého výzkumu jeví spíše jako závažný u 43 % klientů. Obava, že nemocnému dojde dech, byla v 40 % označena jako nezávažná. 37 % klientů označilo udržování okolí bez prachu za závažnou problémovou oblast z hlediska praktických problémů s úklidem. Nutnost mít léky pohotově vždy u sebe je závažným problémem pro 37 % respondentů. Výdaje za léky označilo 40 % nemocných jako méně závažné.

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že klienti s chronickým plicním onemocněním budou uvádět omezení ve svých fyzických aktivitách se potvrdila. Omezení usilovných činností jako je provozování náročných sportů a pracovní činnosti udávali všichni dotazovaní. 42,5% respondentů pociťovalo omezení i při středně namáhavých činnostech. Nikdo z respondentů se necítil být omezen v sebeobslužných činnostech.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že v důsledku emocionálních problémů dochází k omezení společenského života klientů se nepotvrdila. 67,5% klientů udávalo, že u nich vůbec nedošlo k omezení společenského života. Nikdo nehodnotil tuto oblast jako velmi silně omezující. Podle mého názoru je zde souvislost mezi délkou trvání onemocnění, věkem klienta a celkovým zdravotním stavem.

Hypotéza č. 3: Dle mého mínění, dochází u nemocných s CHOPN k ovlivnění rodinného života se částečně potvrdila. 60 % nemocných uvedlo, že je jejich nemoc negativně ovlivňuje v rodinném životě. Jednalo se o klienty, kteří žijí s partnerem anebo s dětmi. 40 % respondentů neudávalo ovlivnění rodinného života.

Hypotéza č. 4: Dle mého názoru, dochází u klientů s dlouhotrvajícím plicním onemocněním k zhoršení duševního zdraví nebo k depresím se nepotvrdila. Depresemi trpělo 40 % respondentů. Jednalo se o nemocné, kteří byli postiženi onemocněním více jak pět let.

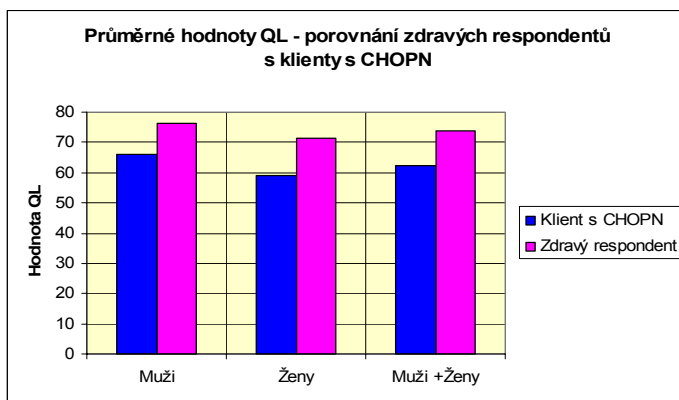
Hypotéza č. 5: Domnívám se, že CHOPN zvyšuje výskyt pocitu úzkosti se částečně potvrdila. Nejčastěji udávané pocity při záchvatu dušnosti byly těžký výdech, těžký nádech, úzkost a sevření hrudníku. Méně často se vyskytoval strach ze smrti a bolest na hrudi. Úzkost při záchvatu dušnosti uvádělo 27% klientů.

Hypotéza č. 6: Domnívám se, že chronické plicní onemocnění zvyšuje pocit únavy se potvrdila. Větší únavu a vyčerpání pociťovalo 90 % dotazovaných. Byla dávana do souvislosti s fyzickými aktivitami a nedostatečným či přerušovaným spánkem.

Hypotéza č. 7: Domnívám se, že klienti budou subjektivně pociťovat, že jejich zdravotní stav je zhoršený se potvrdila. Nikdo nehodnotil svůj celkový zdravotní stav jako výtečný, všichni klienti pokládají svůj zdravotní stav za zhoršený.

Hypotéza č. 8: Předpokládám, že kvalita života u nemocných s CHOPN je nižší než u zdravých lidí se potvrdila

**OBR 2: Průměrné hodnoty QL – porovnání zdravých respondentů s klienty s CHOPN**



Nikdo nehodnotil svůj celkový zdravotní stav jako výtečný, všichni klienti pokládají svůj zdravotní stav za zhoršený.

Porovnání kvality života metodou SEIQoL u zdravých respondentů a klientů s CHOPN. Ženy měly průměrné hodnoty kvality života nižší než muži. Zdraví respondenti měli průměrné hodnoty kvality života vyšší než klienti s CHOPN.

### **Závěr:**

Z výzkumu vyplynulo, že klienti s chronickým plicním onemocněním jsou nejvíce omezováni především ve fyzických aktivitách. V sociální oblasti dochází nejčastěji ke změnám v rodinném soužití. Z psychických problémů byla nejčastěji udávána přítomnost úzkosti. Větší únavu a vyčerpání pociťovala většina dotazovaných. Kontrolní skupina zdravých respondentů měla průměrné hodnoty celkové kvality života vyšší než klienti s CHOPN. Velká pozornost by se měla věnovat primárním preventivním opatření k zabránění vzniku nemoci. Z hlediska ošetřovatelských intervencí se jeví jako nejdůležitější opakovaná edukace klienta a jeho rodiny a nutnost vhodně motivovat nemocného k zapojení do procesu léčby, pozornost věnovat intenzivní rehabilitaci a své místo má i odborná psychologická podpora. Dle mého mínění by bylo zajímavé provést další výzkum na téma vliv ošetřovatelských a rehabilitačních intervencí na kvalitu života nemocných s chronickým respiračním onemocněním.

### **Literatura:**

- 1) DOLENSKÝ, J. a spol.: *Respirační insuficience*. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08–076–88.
- 2) SALAJKA, F.: *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80–247–1306–3.
- 3) VONDRA, V., MUSIL, J., KOS, S., KRÁLÍKOVÁ, E.: *Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) – Moderní směry v diagnostice a léčbě*. Praha: Vltavín, 2003. ISBN 80–86587–03–7.

### **Korespondence:**

PhDr. Hana Slámová  
Samostatné oddělení vzdělávání  
Fakultní nemocnice v Motole  
V Úvalu 84,  
150 06 Praha 5 - Motol  
Email. hana.slamova@fhnmotol.cz

## OŠETŘOVATELSKÁ KAZUISTIKA U PACIENTKY ONKOLOGICKY NEMOCNÉ LÉČENÉ CHEMOTERAPIÍ

Jitka Kleslová

Gynekologicko – porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol

### Souhrn:

*„Ošetřovatelská kasuistika o pacientku onkologicky nemocnou léčenou chemoterapií“ pojednává o ošetřovatelské péči v oblasti onkogynekologie. Vybrala jsem si pacientku s diagnózou gestační trofoblastická nemoc. Jedná se o poměrně vzácné onemocnění, které vzniká v souvislosti s těhotenstvím a léčí se chemoterapií. Ošetřovatelská péče je zaměřena nejen na fyzické potřeby klientky, ale je zde kladen důraz i na psychickou stránku nemocné. Špatný psychický stav pacienta může negativně ovlivňovat jeho touhu se uzdravit, spolupracovat se zdravotnickým personálem a tudíž s nemocí bojovat. V této práci bych proto chtěla ukázat na význam sesterské péče, která se týká oblasti podpůrné psychoterapie. Onkologie patří mezi ty obory medicíny, kde se sestra neobejde bez znalostí psychologie a péče v této oblasti má stejný význam jak péče o fyzické potřeby pacienta.*

### Klíčová slova:

*Chemoterapie; Gestační trofoblastická nemoc; Onkogynekologie; Ošetřovatelská anamnéza; Ošetřovatelská diagnóza; Ošetřovatelská péče.*

### Úvod:

Choriokarcinom je epitelový nádor vycházející z buněk trofoblastu. Histologicky byl prvním solidním nádorem s metastázami, který byl vyléčen chemoterapií. Od té doby řada nových poznatků zlepšila výsledky léčby tak, že v dnešní době je nejlépe léčitelným zhoubným nádorem i v metastazujících formách. Incidence choriokarcinomu má (podobně jako u moly) geografickou distribuci; u nás je 1/25 000 registrovaných těhotenství. Ročně je tedy v České republice dnes 5-7 choriokarcinomů. Prognóza je velice dobrá, snahou je zachovat fertilitu u žen, které ještě plánují těhotenství. Léčba se má provádět ve specializovaném centru. Vzhledem k nízké incidenci onemocnění většina center vykazuje více než 90% trvalé vyléčených žen. V České republice se choriokarcinomy léčí v onkogynekologickém centru Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice Motol a Ústavu péče o matku a dítě Podolí.

Ošetrovatelskou kasuistiku u ženy s diagnózou choriokarcinom, léčenou chemoterapií, jsem si vybrala hlavně pro dobrou prognózu onemocnění a také z toho důvodu, že pracuji na oddělení, které patří k centrům, kde se diagnostikuje a léčí gestační trofoblastická nemoc.

### Cíle práce:

- 1) Přiblížit ošetrovatelskou péči v oblasti onkogynekologie.
- 2) Zdůraznit význam sesterské péče a to nejenom o fyzické ale i o psychické potřeby pacienta.
- 3) Poukázat na význam podpůrná psychoterapie v práci sester, jejíž základem je komunikace s onkologickým pacientem.
- 4) Popsat dennodenní činnost sestry, která spočívá v aktivním vyhledávání potřeb pacienta, naplňování jeho potřeb a následnou dokumentací.

### Literatura:

- 1) Česká onkologická společnost. *Česká onkologická společnost ČLS JEP : Databáze onkologických léčiv* [online]. c2006 , 5.7.2008 [cit. 2009-01-07]. Dostupný z WWW: <[http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/f\\_hledat.php](http://www.linkos.cz/pacienti/lecba/f_hledat.php)>.
- 2) PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 150 s.
- 3) ROB, Lukáš, et al. *Gestační trofoblastická nemoc* [online]. c2000 [cit. 2008-10-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/mgp/obsahy/vol9c4.php>>.
- 4) ROB, Lukáš, et al. *Gynekologie*. Houdek Lubomír; Dernerová Soňa; Vávra Karel. 2. přeprac. vyd. Praha : Galén, 2008. 319 s. ISBN 978-80-7262-501-7.
- 5) ROZTOČIL, Aleš, et al. *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*. [s.l.] : [s.n.], 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8.
- 6) ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha : Karolinum, 2002. 272 s. ISBN 80-246-0477-9.
- 7) VACEK. *Embryologie* [online]. c2000 [cit. 2009-01-04]. Dostupný z
- 8) WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/knihy/2006/embryologie/>>.
- 9) VORLÍČEK, Jiří, ABRAHÁMOVÁ, Jitka, VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Klinická onkologie pro sestry*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 323 s.
- 10) ZAVADIL, Miloš. *Centrum pro trofoblastickou nemoc (CTN) v ČR-nádory placenty* [online]. Praha : Ústav péče o matku a dítě, c2004-2008 [cit. 2008-10-19]. Dostupný z WWW:<<http://www.citace.com/apl-www.php>>.

### Korespondence:

Bc. Jitka Kleslová  
Gynekologicko – porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 - Motol  
Email: [jitkakleslova@seznam.cz](mailto:jitkakleslova@seznam.cz)

## OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DĚTI S KRČNÍ ESOFAGOSTOMIÍ

**Petra Vaňková, Hana Chlumová, Renáta Kondelíková**  
Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol

### **Souhrn:**

*Autorky prezentují ve svém příspěvku důležitost zachování polykacího aktu a následné edukace rodičů dětí, které se narodily s vrozenou vadou atrézie jícnu, u nichž nebylo možné provést primární anastomózu a byl u nich zvolen postup provedení esofagostomie, tzv. „krční jícen“.*

### **Klíčová slova:**

*Esofagostomie, gastrostomie, zachování sacího reflexu, nácvik krmení*

### **Úvod:**

Výskyt této vady je 1 : 2500 – 3000 porodů. Prenatálně bývá prokazován polyhydramnion. Atrézie jícnu bývá sdružena s dalšími vadami v takzvané VACTERL asociaci /Vertebral – Anorectal – Cardiovascular – Esophageal – Renal – Limb malformations/, vyskytuje se však i samostatně. Je to život ohrožující vada, dítě je ohroženo aspirací, proto je operováno brzy po narození.

### **Vlastní text:**

Pro léčbu novorozenců je rozhodující, zda se jedná o atrézii jícnu s dolní tracheoesofageální píštělí /TE/ nebo o atrézii bez této píštěle. Anatomické poměry v případě atrézie jícnu s píštělí jsou příznivější pro úspěšnou primární anastomózu jícnu. Atrézie jícnu bez dolní píštěle bývá spojena s velkou vzdáleností pahýlů jícnu a primární anastomóza nebývá proveditelná. U těchto dětí je indikováno založení výživové gastrostomie a odložená anastomóza. Odloženou anastomózu při dlouhé vzdálenosti pahýlů indikujeme ve věku 6 – 8 týdnů, kdy růstem a elongací dochází ke zkrácení vzdálenosti pahýlů. Dětem, u kterých není proveditelná ani odložená anastomóza, zakládáme esofagostomii /krční jícen/ pro derivaci slin a ve věku kolem jednoho roku provádíme náhradu jícnu žaludkem. Kvalitu života ovlivňují u části pacientů obtíže spojené se zhoršenou motilitou jícnu /GER, dysfagie, striktura, apod./

**Cíl práce:**

V naší přednášce vysvětlujeme, jak se o děti, kterým byl založen krční jícn, starat a jak napomoci zachování sacího reflexu u dítěte. Přinášíme vysvětlení, proč pro budoucí kvalitu života při následném přijímání potravy ústy, je důležité nepodcenit způsob tréninku sacího i polykacího reflexu. Po následné operaci - náhradě jícnu žaludkem, rodiči dobře připravené dítě lépe zvládne přijímání potravy ústy, kdy je již komunikace mezi ústy a žaludkem zajištěna.

**Závěr:**

V roce 2008 bylo na naší klinice odoperováno 28 dětí s atrezií jícnu. U 6 z nich byl vyšit krční jícn.

**Literatura:**

- 1) *Onemocnění jícnu* [cit. 2009-07-06]. Dostupné na internetu  
<<http://jicen.lf2.cuni.cz/index.php?menuid=3>>

**Korespondence:**

Petra Vaňková  
Klinika dětské chirurgie UK 2. LF a FN Motol  
V Úvalu 84  
150 06 Praha 5 - Motol

## **EDUKACE V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY**

**Jana Endlicherová, René Hanušová**

Vysoká škola zdravotnická o.p.s., Duškova 7, 150 00 Praha 5

### **Souhrn:**

*Autoři příspěvku předkládají základní informace o edukaci a edukačním procesu v práci porodní asistentky. Charakterizují pojmy edukace a zabývají se jednotlivými fázemi edukačního procesu. Popisují faktory ovlivňující edukaci a předkládají edukační plán a jeho jednotlivé komponenty.*

### **Klíčová slova:**

*Edukace; Edukátor; Edukant; Edukační proces; Ošetrovatelství.*

### **Úvod:**

Edukace je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je samostatnou a důležitou funkcí ošetrovatelství. Profese porodní asistentky zahrnuje systém rolí, které jsou určeny objektivními podmínkami společnosti. Role porodní asistentky prošly v minulosti složitým vývojem a intenzivně se mění i v dnešní době. Jednou z rolí je také role edukátora. Porodní asistentka rozhoduje o edukaci ženy na základě diagnostikování nedostatku vědomostí, zručnosti, v rámci plánování si určuje cíle, stanovuje prioritu, časový horizont, výsledná kritéria, realizuje edukaci a celý proces vyhodnotí. U porodní asistentky jako edukátora se předpokládá, že disponuje potřebnými znalostmi, dostatkem empatie a ochoty pomoci, jazykovými a komunikačními schopnostmi.

### **Charakteristika pojmů:**

Edukace souhrnně zahrnuje tradiční pojem „výchova a vzdělávání“ a je ekvivalentem anglického termínu „education“. V obecném významu označuje jakoukoliv situaci, kdy dochází k učení. Edukace je intencionálně řízený proces změn kvality jejich účastníků, musí akceptovat zákonitost učení jednotlivce a jeho osobnostní předpoklady. Edukátor je jakýkoliv aktér vyučování či jiné intencionální edukační aktivity, např. učitel, instruktor, lektor, ale i lékař, sestra a porodní asistentka ve zdravotnickém zařízení, který přímo či zprostředkovaně předává určitý druh informací.



Edukat je jakýkoliv subjekt učení bez ohledu na věk či typ prostředí, např. žák, student, dítě poučované rodičem, pacient instruovaný lékařem, sestrou, žena instruovaná porodní asistentkou a další poučované osoby v neformálních životních situacích.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Zahrnuje soubor vnějších podmínek a vnitřních vlivů, které edukační proces ovlivňují.

Edukační proces zahrnuje veškeré činnosti lidí, při kterých dochází k učení na straně edukanta, kterému je jiným subjektem (edukátorem) přímo nebo zprostředkovaně předáván určitý druh informace.

### **Porodní asistentka jako edukátorka:**

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Definice činností, které může porodní asistentka vykonávat samostatně, je obsažena v zákoně č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotních povoláních) a v prováděcí vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČR č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Evropským právním základem pro národní regulaci porodní asistence je především Směrnice Rady č. 80/155/EHS ze dne 21. ledna 1980 o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se činností porodních asistentek. Porodní asistentka v rámci edukace poskytuje ženám informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, provádí předporodní přípravu, poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence včetně podpory kojení a předcházení možným komplikacím. Edukační činnost by měla také zahrnovat přípravu k rodičovství, antikoncepci a může být rozšířena i do oblasti prevence, která se zejména týká pohlavně přenosných chorob.

### **Edukační proces v porodní asistenci:**

Edukační proces určuje instruktážní obsah a metody založené na zhodnocení učebních potřeb, stanovení priorit, posouzení připravenosti učit se a zvolení vhodného učebního stylu.

### Zhodnocení učebních potřeb

První fází edukačního procesu je zhodnocení učebních potřeb, které jsou definovány jako určité mezery ve znalostech a dovednostech mezi požadovanou a aktuální úrovní. Edukátor zjišťuje, kdo je příjemcem informací, shromažďuje informace o problému, vybírá vhodné místo k edukaci a určuje priority v učebních potřebách, stanovuje výukové cíle.

Výukový cíl je důležitou součástí edukace. Výukový cíl chápeme jako představu o kvalitativních i kvantitativních změnách v oblasti afektivní i psychomotorické, kterých má být dosaženo ve stanoveném čase. Cíle mají významnou usměrňující a motivační roli v prováděných činnostech, dávají výuce řád a pomáhají volit přiměřené metody edukace.

Výukové cíle členíme na:

kognitivní (vzdělávací) – pochopit co se očekává, co má žena umět

afektivní (postojové) – jaké postoje a hodnoty je třeba změnit

psychomotorické (výcvikové) – jaké dovednosti má žena získat

Výukový cíl a jeho formulace významně ovlivňuje učební činnosti edukanta a celkový výsledek edukace.

### Připravenost učit se

Tato fáze je definována jako čas, ve kterém edukant projeví zájem o informace a dovednosti k udržení optimálního zdravotního stavu.

Připravenost učit se je určena 4 determinanty, tzv. PEEK

P (physical readiness) – fyzická připravenost

E (emotional readiness) – emoční připravenost

E (experiential readiness) – připravenost na základě zkušeností

K (knowledge readiness) – vědomostní připravenost

Každá z těchto determinant může být překážkou v učení se.

### Učební styl

Další fází edukačního procesu je zvolení učebního stylu. Učební styl je individuální způsob získávání informací. Každý člověk je jedinečný a má svůj individuální učební styl, který mu vyhovuje. Porodní asistentka musí přizpůsobit učební styl příjemci informace.

### **Faktory ovlivňující edukační proces**

Mezi faktory, které ovlivňují edukaci patří zevní prostředí. K edukaci má být vybrán vhodný prostor. Nejčastěji je to klidná a dobře větratelná místnost, která je vybavena vhodným nábytkem a dalšími pomůckami sloužícími k edukaci. Pro předporodní přípravu je místnost vybavena například karimatkami, velkými gymnastickými míči, nezbytností je i audio a videotechnika. Na edukaci je třeba naplánovat i čas, během kterého nebude edukátor rušen a který je dostatečný k realizaci edukace. Edukační proces je ovlivněn také kvalitou informací a jejich prezentací. K prezentaci používáme jednoduchý a jasný jazyk, informace na sebe logicky navazují a důležité principy opakujeme. Informace, které předáváme musí respektovat individualitu jedince, jeho věk, kulturu, zdravotní stav, pohlaví, vývojovou vadu a podobně. Další faktory, které ovlivňují edukační proces je připravenost edukanta přijímat informace, učit se.

### **Organizační formy a metody edukace**

Edukační proces může být realizován formou individualizované nebo skupinové výuky. Metody výuky, které přicházejí v úvahu při edukaci je kombinace informačně-receptivních a reproduktivních metod. Podstata informačně-receptivní metody spočívá v předávání hotových informací a je realizována formou vysvětlování, popisem, ilustrací, využití tištěného textu, instrukcí, sledování videa. Podstata reproduktivní metody spočívá v opakování již získaných informací ústním sdělením či praktickým předvedením.

### **Edukační plán, dokumentace edukace**

Celý edukační proces je zaznamenáván do edukačního plánu nebo dokumentace edukace. Obsahem dokumentace či plánu je popis jednotlivých kroků edukačního procesu a jeho výsledků.

## Edukační plán

Účel: poskytnout nezbytné informace o technice kojení						
Cíl: žena ovládá správnou techniku kojení						
specifické cíle	hlavní rysy EP	metoda prezentace	čas	zdroje	metoda evaluace	
specifikovat zásady správného kojení	určení hlavních zásad kojení	popis vysvětlení	5min	brožurka	definovat zásady kojení	
popsat vzájemné polohy matky a dítěte při kojení	vysvětlení vzájemných poloh	popis předvedení	5min.	brožurka, obrázky poloh, matka, novorozenec	předvedení poloh při kojení	
přiložit si novorozence k prsu	předvedení správné techniky přisátí	předvedení	10min.	matka, novorozenec	přiložení a správné kojení	
vyjádřit všechny zásady, pocity, obavy týkající se kojení	Shrnutí pocitů, obav	diskuse	5min	brožurka, matka	otázky a odpovědi	

### Závěr:

Edukace musí být založena na vzájemné spolupráci edukátor – pacient, rodina, v níž jsou edukátorem akceptovány somatické, psychické a sociální zvláštnosti pacienta a rodiny!

### Literatura:

- MUŽÍK, J. Didaktika dospělých, Praha: FF UK, 2002, 204s. ISBN 80-86284-21-2  
 MUŽÍK, J. Didaktika profesního vzdělávání dospělých, Plzeň: Fraus, 2005, 193s. ISBN 80-7238-220-9  
 MUŽÍK, J. Androdidaktika, Praha: ASPI, 2005,. ISBN 80-7357-049-9  
 SKALKOVÁ, J. Obecná didaktika, 2. rozšířené a aktualizované vydání, Praha: Grada Publishing, 2007, 322s. ISBN 80-247-1821-9  
 VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. a kolektiv Pedagogika pro učitele, Praha: Grada Publishing, 2007, 401s. ISBN 978-80-247-1734-0

### Korespondence:

Mgr. Jana Endlicherová  
 Zázvorkova 2000  
 155 00 Praha 5  
 Email: EndlicherovaJana@seznam.cz

*Organizační výbor děkuje následujícím sponzorům konference:*

3M ČESKO, s.r.o.

B.BRAUN MEDICAL, s.r.o.

BAXTER CZECH, s.r.o.

DIALAB, s.r.o.

ENDOIMPLANT, s.r.o.

CHEIRÓN, a.s.

LOHMANN & RAUSCHER, s.r.o.

MEDIAL, s.r.o.

MSM, s.r.o.

VITRUM PRAHA, s.r.o.