



**Trnavská univerzita v Trnave**  
**Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce**  
**Katedra ošetrovatel'stva**



**Slovenská komora sestier**  
**a pôrodných asistentiek**



Univerzita Palackého  
v Olomouci

**Univerzita Palackého v Olomouci,**  
**Fakulta zdravotníckych vied**

## **Nové trendy v ošetrovatel'stve III.**

s tematickým zameraním

**Ošetrovatel'ská prax založená na dôkazoch**

**Ošetrovatel'stvo v kontexte vzdelávania Varia**

08.11. 2016 Trnava

**Recenzenti:**

Doc. PhDr. Lubomíra Tkáčová, PhD.  
PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

**Editori:**

PhDr. Jana Martinková, PhD.  
PhDr. Silvia Puteková, PhD.

ISBN 978-80-8082-987-2

EAN 9788080829872

I. vydanie

© Copyright by Trnavská univerzita v Trnave

© Copyright by Autori jednotlivých príspevkov

**Vydala:**

Trnavská univerzita v Trnave  
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce  
Katedra ošetrovatel'stva  
Univerzitné námestie 1  
917 01 Trnava

Za jazykovú a obsahovú stránku zodpovedajú autori príspevkov.

**ZNENIE CELÝCH PRÍSPEVKOV  
(IN EXTENZO)**

Editori uverejnili celé znenie len tých príspevkov, ktoré autori odovzdali do stanoveného dátumu pred konaním samotnej konferencie.

## **Obsah**

|                                                                                                                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| VÝZNAM REHABILITAČNÉHO OŠETROVATEĽSTVA V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI (Jarmila Bramušková, Eva Balogová).....                                                                    | 5   |
| KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S KARCINÓMOM PRSNÍKA (Kristína Grendová, Alica Štiglicová)..                                                                                               | 9   |
| SKÚSENOSTI SESTIER S LIEČBOU CHRONICKÝCH RÁN PODTLAKOVOU TERAPIOU (Mária Kaščáková, Ľudmila Majerníková, Andrea Obročníková).....                                              | 15  |
| DEAKTIVACE KARDIOSTIMULÁTORU U TERMINÁLNE NEMOCNÝCH (Marie Macková) .....                                                                                                      | 23  |
| VNÍMÁNÍ PÉČE O STOMII JEDINCEM (Renáta Váverková, Monika Niemiecová).....                                                                                                      | 29  |
| KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM A VYUŽITÍ MODELU M. E. LEVINE (Tereza Dušičková, Sylva Bártlová, Valerie Tóthová) .....                                                                  | 31  |
| VYUŽITÍ MODELU GIGER A DAVIDHIZAR U ROMSKÉ MINORITY (Kristýna Toumová, David Kimmer, Valérie Tóthová).....                                                                     | 34  |
| HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR (Lucie Libešová).....                                                                                                                          | 37  |
| PŘIPRAVOVANÁ NOVELIZACE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR, 4+1“ (Daša Maniaková) ...                                                                                                      | 40  |
| OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ U PACIENTOV S CHRONICKOU RENÁLNOU INSUFICIENCIOU S VENÓZNymi KOMPLIKÁCIAMI (Alena Dziacka, Andrea Botíková, Pavlína Šebáková ) .....              | 42  |
| MOŽNOSTI HODNOTENIA FAKTOROV KLINICKÉHO PROSTREDIA V PREGRADUÁLNO M VZDELÁVANÍ SESTIER (Anna Hudáková, Dagmar Magurová, Silvia Cibíriková, Elena Gurková, Slávka Mrosová)..... | 45  |
| KOUŘENÍ V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ - PRAXE ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH (Lenka Mazalová, Aneta Marešová).....                                                                              | 58  |
| COMPLIANCE HYGIENY RŮK U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV (Eva Nemčovská, Halina Musiolová).....                                                                                     | 60  |
| SKRÍNING RIZIKA PÁDU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV – PILOTNÁ ŠTÚDIA (Ivana Bóriková, Michaela Miertová, Martina Tomagová, Katarína Žiaková).....                               | 67  |
| VLIV CIRKADIÁNNÍCH CHRONOTYPU NA SMĚNNOST VŠEOBECNÝCH SESTER (Lenka Machálková, Lenka Šikorská).....                                                                           | 72  |
| AMPUTACE PRO DIABETICKOU NOHU - ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ NÁKLADY (Jitka Pokorná, Hana Korbelová, Vilém Kahoun, Antonín Kriegelstein, Ivan Loukota).....                            | 74  |
| PROCES PŘEKladu MĚŘÍČÍHO NÁSTROJE (Jana Konečná, Zdeňka Mikšová) .....                                                                                                         | 79  |
| CO ZNAMENÁ SYSTÉM 4+1 VE VZDĚLÁVÁNÍ ČESKÝCH SESTER? (Alena Kohlová) .....                                                                                                      | 80  |
| UPLATNENIE SESTERSKÝCH KOMPETENCIÍ V PREVENCIÍ NÁDOROVÝCH OCHORENÍ (Andrea Obročníková, Ľudmila Majerníková).....                                                              | 85  |
| PACIENT S IMPLANTOVANÝM KARDIOVERTEROM – DEFIBRILÁTOROM A ARYTMICKÁ BŮRKA (Helena Gondárová – Vyhničková, Olga Kulichová, Andrea Bratová, Marián Berešík).....                 | 93  |
| SEPSA – ZÁVAŽNÝ OŠETROVATEĽKÝ PROBLÉM (Helena Gondárová-Vyhničková, Andrea Bratová, Marián Berešík) .....                                                                      | 100 |

**Nové trendy v ošetrovatelstve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

---

|                                                                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PODPORA ZDRAVÍ JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI SENIORA (Lenka Šedová, Iva Brabcová, Hana Hajduchová, Sylva Bártlová, Valérie Tóthová) .....       | 106 |
| INFORMOVANOSŤ PACIENTOV O ŽIVOTOSPRÁVE PO ORTOPEDICKEJ OPERÁCII (Cuperová Jana, Andreánska Nikola, Fertaľová Terézia, Ondriová Iveta, Magurová Dagmar) ..... | 108 |
| EUROPEAN CREDIT TRANSFER SYSTEM – EURÓPSKÝ SYSTÉM TRANSFERU KREDITOV – PPÍPRAVA NA KOMPLEXNÚ AKREDITÁCIU 2014 (Ľubica Ilievová) .....                        | 114 |
| VPLYV CHRONICKEJ BOLESTI NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV (Gabriela Doktorová) .....                                                                              | 118 |
| KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S NÁDOROM MOZGU (Ivica Gulášová, Ján Hruška, Nadežda Justhová) .....                                                                 | 119 |
| FORMY SOCIÁLNEJ POMOCI V KOMUNITE TELESNE POSTIHNUTÝCH (Ivica Gulášová, Ján Hruška, Nadežda Justhová).....                                                   | 127 |
| TRANSKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ (Ivica Gulášová, Ján Hruška, <sup>1</sup> Nadežda Justhová) .....                                                 | 135 |
| KOMUNIKÁCIA S ADOLESCENTOM V ORDINÁCII PRE DETI A DORAST (Ivica Gulášová, Ján Hruška, Nadežda Justhová).....                                                 | 141 |
| PREVENTIVNÍ PROGRAMY RIZIKOVÝCH SKUPIN DROGOVĚ ZÁVISLÝCH (Ivica Gulášová, Ján Hruška, Lada Cetlová) .....                                                    | 149 |
| ŠPECIFIKÁ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA V ŽIDOVSKÉJ KULTÚRE (Ivica Gulášová, Nadežda Justhová) .....                                                             | 156 |
| ONLINE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER (Helena micháľková, Lenka Šedová) .....                                                                                             | 163 |
| EXTERNÉ ŠTÚDIUM ODBORU OŠETROVATEĽSTVA NA TRNAVSKEJ UNIVERZITE V TRNAVE (Jana Boroňová) .....                                                                | 165 |
| SYSTÉM STAROSTLIVOSTI O SENIOROV V CHELTENHAME, VEĽKÁ BRITÁNIA (Alena Uríčková, Andrea Lajdová) .....                                                        | 167 |
| MOŽNOST OBJEKTIVIZACE OPERAČNÍHO A POOPERAČNÍHO RIZIKA U GERIATRICKÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA (Miroslav Ryska).....                                          | 169 |
| NOVŠÍ TYP ENCEFALITÍDY – KAZUISTIKA (Adriana Kršáková, Kristína Kutná) .....                                                                                 | 173 |
| VÍZIA FORENZNÉHO OŠETROVATEĽSTVA V PRAXI (Beáta Grešš Halász, Ľubomíra Tkáčová) .....                                                                        | 175 |
| VÍZIE A NAPREDOVANIE V ANESTÉZIOLOGII A INTENZÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (Andrea Bratová, Helena Gondárová – Vyhničková, Milan Laurinc) ...        | 178 |
| NOZOKOMIÁLNA NÁKAZA NA KAIM (Andrea Bratová, Helena Gondárová – Vyhničková, Milan Laurinc).....                                                              | 180 |
| ETICKÉ DILEMY V PRÁCI SESTIER VO FN TRNAVA (Andrea Lajdová, Andrea Botíková) .....                                                                           | 182 |
| POSUDZOVANIE SPIRITUALITY V OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI (Alena Uríčková).....                                                                             | 186 |

## **VÝZNAM REHABILITAČNÉHO OŠETROVATEĽSTVA V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI**

Jarmila Bramušková, Eva Balogová

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v B. Bystrici

Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na pacientov, ktorí sa nachádzajú v stave ohrozujúcom ich životné funkcie. Neoddeliteľnou súčasťou intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta je aj rehabilitácia.

Martinková (2011) uvádza, že cieľom rehabilitačného ošetrovatel'stva je prevencia primárnych a sekundárnych zmien:

- prevencia svalových kontraktúr,
- prevencia dekubitov,
- prevencia komplikácií z imobility,
- obnovenie pôvodného stavu,
- zlepšenie kvality života,
- napomáhanie udržiavať alebo obnovovať pôvodné schopnosti chorého (telesné, aj duševné), zachovanie existujúcich schopností,
- prevencii ďalšieho poškodenia telesných štruktúr a funkcií,
- optimalizácia životného štýlu.

Skoré zahájenie rehabilitačnej starostlivosti smeruje k prevencii a liečbe možného poškodenia myoskeletárneho aparátu. K takémuto poškodeniu najčastejšie dochádza následkom imobilizácie pacienta, ktorá je nevyhnutná počas hospitalizácie pacienta v kritickom období. Ako uvádza Ševčík a kol. (2014), intenzívna starostlivosť je nákladná a dĺžku hospitalizácie môže výrazne ovplyvniť snaha liečiť alebo predchádzať možným komplikáciám spôsobených imobilizáciou pacienta.

Kolář et al. (2009) hovorí, že v rehabilitačnom ošetrovatel'stve sa snažíme čo najviac zabrániť sekundárnemu poškodeniu a ak chýba takáto cielená intervencia, sú výsledky horšie a dôsledky sekundárnych zmien zaťažujú pacienta mnohokrát viac, ako primárne ochorenie.

Pacienti hospitalizovaní na oddeleniach s potrebou poskytovania intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti sú monitorovaní a v mnohých prípadoch sú ich životné funkcie zabezpečované

pomocou technických prístrojov. Hlavnou úlohou rehabilitácie, ktorá nastupuje ihneď po zvládnutí kritického stavu pacienta je najmä:

- starostlivosť o dýchacie cesty,
- polohovanie,

zachovanie optimálneho stavu pohybového aparátu (Hromádková a kol., 2002).

Po hospitalizácii na intenzívnom lôžku až 90 % pacientov trpí svalovou slabosťou a až 25 % pacientov ventilovaných dlhšie než 7 dní vykazuje známky svalovej slabosti, na ktorej sa podieľajú najmä: imobilizácia, mechanická ventilácia, aplikácia kortikosteroidov alebo svalových relaxancií, ale aj katabolické procesy v organizme, či zápalové cytokíny (Ševčík, 2014).

Podľa Hromádkovej a kol. (2002) môžeme pacientov z hľadiska starostlivosti o pohybový aparát rozdeliť do troch skupín:

1. skupina: pacienti, ktorí nie sú schopní aktívnej spolupráce, pretože sa nachádzajú v bezvedomí. U týchto pacientov spočíva starostlivosť o pohybový aparát v pasívnom cvičení.
2. skupina: pacienti, u ktorých je zachované vedomie, ale došlo u nich k funkčným, prípadne psychickým zmenám. Rehabilitácia je zameraná na zmiernenie, prípadne odstránenie patologického prejavu. Cvičenie sa prevádza aktívnym cvičením zdravých končatín podľa zdravotného stavu pacienta.
3. skupina: pacienti, u ktorých došlo k zlyhaniu životných funkcií, ale majú zachované vedomie a pohybovú aktivitu. U týchto pacientov sa najprv prevádza pasívne cvičenie a postupne sa zvyšuje záťaž aktívnym cvičením.

Základom rehabilitačnej ošetrovateľskej starostlivosti je pravidelné polohovanie, ktoré má veľký vplyv na profylaxiu sekundárnych poškodení pohybového aparátu, ako aj možný vznik kontraktúr a následne bolesti s nimi spojenými. Zmena polohy pacienta sa vždy spája so stimuláciou pacienta, ktorý vníma zmenu postavenia a polohy vlastného tela. Aj samotný dotyk počas polohovania má pozitívny vplyv na pacienta nielen z pohľadu psychického, ale aj z pohľadu sociálneho.

Pravidelné polohovanie pacienta je prevádzané počas dňa aspoň každé 2-3 hodiny, v noci sa odporúča aspoň každé 3-4 hodiny. Samotný časový interval polohovania sa prispôbuje aktuálnemu zdravotnému stavu pacienta. Netreba zabúdať, že zmena polohy pacienta má byť nebolestivá a pre pacienta pohodlná.

Martinková (2011) rozdeľuje polohovanie:

- antalgické (proti bolesti) - polohu zaujme pacient sám v akútnom štádiu za účelom zmiernenia bolesti, táto poloha nie je fyziologická a pokiaľ by pretrvávala dlhší čas môže spôsobiť sekundárne zmeny na pohybovom aparáte,
- preventívne polohovanie - ide o preventívne funkčné polohovanie, aby nevzniklo nesprávne postavenie kĺbov a skrátenie svalov,
- korekčné až hyperkorekčné polohovanie - má za úlohu upraviť nefyziologické postavenie napríklad kĺbov, pri obmedzenej pohyblivosti, pri skrátení svalov a deformitách.

Najčastejšie využívané polohy pacienta:

**Supinačná poloha – poloha na chrbte** - umožňuje ľahký prístup k pacientovi počas ošetrovateľských výkonov, ako aj ľahkú dostupnosť k invazívnym vstupom.

**Poloha na boku** – má vplyv na prevenciu dekubitov, má vplyv na zmenu aktivity bránice, uľahčuje bronchopulmonálnu drenáž a podieľa sa na prevencii atelektáz.

**Semisupinačná poloha** – prechodná poloha medzi polohami supinačnou a polohou na boku. V tejto polohe zviaza trup s podložkou 45 stupňov. Trup je podložený vankúšom.

Na polohovanie úzko nadväzuje mobilizácia a vertikalizácia pacienta, ktoré zahŕňajú aktívny a pasívny pohyb pacienta na lôžku, sed na lôžku alebo v kresle, ako aj stoj pri posteli, prípadne chôdzu na mieste. S vertikalizáciou pacienta sa začína v čase, kedy to jeho zdravotný stav dovoľuje. Najprv sa pacient polohuje do polosedu. Vertikalizácii pacienta sú nápomocné aj špeciálne lôžka, ktoré sú určené na tieto účely.

Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť zahŕňa u pacienta mnoho odborných výkonov, ktoré musí sestra vedieť zvládnuť spolu s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu. Jedným z nich je aj rehabilitácia, ktorá je v mnohých prípadoch prevádzaná v spolupráci s fyzioterapeutmi. Je zameraná najmä na prevenciu možných sekundárnych komplikácií, ktoré môžu mať pre pacienta v mnohých prípadoch fatálne následky. Správne zvolená poloha pacienta, ako aj pasívne, či aktívne cvičenie môžu ovplyvniť zdravotný stav pacienta natoľko, že sa skráti jeho čas hospitalizácie na oddelení s intenzívnou zdravotnou a ošetrovateľskou starostlivosťou. Sestra poskytuje holistickú starostlivosť a pracuje vždy spolu s pacientom. V rámci rozhodovania musí zvažovať nielen efektivitu ošetrovania, ale aj výber intervencií, prijateľnosť pre pacienta a zároveň aj efektívnosť nákladov. Preto ošetrovateľská prax založená na dôkazoch je procesom, v ktorom je spojená najlepšia prax so sesterskou odbornosťou a pacientovými preferenciami, zaisťujúcimi optimálnu starostlivosť (Tkáčová, Grešš Halász, Gliganičová, 2016).

**Zoznam použite literatúry**

HROMÁDKOVÁ, J. a kol. 2002. *Fyzioterapie*. 1. vydanie. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-45-5.

KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

MARTINKOVÁ, J. 2011 *Rehabilitačné ošetrovatel'stvo*. In: Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve. - Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, spoločné pracovisko Trnavskej univerzity v Trnave a VEDY, vydavateľ'stva Slovenskej akadémie vied, 2011. ISBN 978-80-8082-501-0. s. 298-319.

ŠEVČÍK, P. a kol, 2014. *Intenzivní medicína*. Tretie, prepracované a rozšírené vydanie. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.

TKÁČOVÁ, Ľ. - GREŠŠ- HALÁSZ, B. – GLIGANIČOVÁ, M. 2016. Assessment of thromboembolic disease in the context of evidence-based nursing. In *Clinical Social work*. ISSN 2076-9741/Online, 2016, vol. 7, No 2., p. 91-96.

**Kontaktná adresa**

PhDr. Jarmila Bramušková, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v B. Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

e-mail: jarmila.bramuskova@szu.sk



## **KVALITA ŽIVOTA ŽIEN S KARCINÓMOM PRSNÍKA**

Kristína Grendová, Alica Štiglicová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU , Katedra verejného zdravotníctva TU

### **Úvod**

Karcinóm prsníka je najčastejšie sa vyskytujúcim zhubným nádorom u žien. Incidencia karcinómu prsníka má stúpajúcu tendenciu. Nárast nových prípadov ochorenia sa sleduje v európskych krajinách od 90. rokov 20. storočia a alarmujúce hodnoty mortality vo všetkých vekových skupinách indikujú zavedenie intervencie aj na iných pozíciách ako len pre karcinóm prsníka. Karcinóm prsníka sa postupom rokov stal závažným epidemiologickým ale aj spoločenským problémom (Ondrušová a kol., 2011). Je zaznamenaný vyšší výskyt ochorenia u mladších žien, ako u žien v poproduktívnom veku. Každým rokom pribudne 1900 novovzniknutých prípadov pacientiek s touto diagnózou. Za posledných 20 rokov stúpol počet nových prípadov o 30%, čo predstavuje alarmujúce percento. Je dokázané, že narastá počet pacientiek, ktoré toto ochorenie ovplyvňuje natoľko, že ich život sa ubera negatívnym smerom. Strach z neistej budúcnosti, pocitu menejcennosti , asexuality , frustrácie im ovplyvňuje kvalitu ich života. Psychosociálna záťaž závisí od druhu ich liečby a aj prostredia, v ktorom sa nachádzajú (Dančíková, 2012). Počas liečby karcinómu prsníka sa pacientky cítia smutné, priam bezmocné a plné beznádeje. Cítia sa v depresii, nakoľko ich ovplyvňujú zložité podmienky, ktoré vychádzajú z faktorov, ktoré ovplyvňujú ich život: samotná diagnóza a následná liečba, starnutie, hormonálne zmeny, všetky životné skúsenosti, genetika. Pocit depresie pacientky ovplyvňuje natoľko, že zasahuje do každodenného života (Breast Cancer, 2015). Únava je považovaná za bežný syndróm, ktorý ovplyvňuje pacientky. Avšak pri tomto druhu nádorového ochorenia sa vyznačuje väčším trvaním a závažnosťou. Poprednou víziou zdravotníckych pracovníkov je, aby pacientky s karcinómom prsníka žili adekvátne dobre k možnostiam svojho ochorenia, druhu liečby a v medziach svojho osobného života. Odborníci sa zhodujú, že táto diagnóza spôsobuje problémy v spoločenskom živote, v spôsobe vnímania okolia, v partnerskom a sexuálnom živote. Dostupné liečebné postupy narušajú fyzické fungovanie žien. Liečba im spôsobuje vedľajšie účinky ako: vypadávanie vlasov, ekzémy na koži, poruchy trávenia, únavu, jazvy a. i. ). Taktiež nie je vylúčený stres, s ktorým sa pacientky musia vyrovnávať pri podstúpení liečby (Büchler- Kořán, 2009). Pri

onkologických ochoreniach sa môžu depresívne stavy vyskytovať s dlhou životnosťou a nemusia byť včas odhalené. Depresia sa týmto zaraďuje medzi hlavné príčiny, ktoré negatívne ovplyvňujú kvalitu života pacientiek (WHO, 2012). Únavový syndróm hlási 80-90% pacientiek s rakovinou prsníka v závislosti od druhu liečby Trvalou únavou po liečbe trpí podľa štúdií 17-26% pacientok. Taktiež sa poukazuje na fakt, že cvičenie ako psychologické intervencie napomáhajú k tomu, aby sa únavový syndróm dal regulovať (Siegel et al., 2012). Schmitz a kol. sa vo svojom výskume snažili zamerať na lepšie popísanie a pochopenie výskytu karcinómu prsníka a snažili sa analyzovať nežiaduce účinky spojené s touto diagnózou. Z výsledkov vyplynulo, že 6 mesiacov po ukončení liečby únavu pociťovalo 26% žien, po 12 mesiacoch 15% žien 11% žien po 18 mesiacoch a po 6 rokoch po ukončení liečby 15% žien. Tieto údaje podporujú rozvoj multidisciplinárneho prístupu, ktorý sa vzťahuje na spracovanie informácií o nežiadúcich účinkoch pri prežívaní so spomínaným ochorením (2012).

Je zrejmé, že spolu s nárastom výskytu karcinómu prsníka sa zvyšuje aj výskyt depresie a únavového syndrómu u pacientiek a tým sa znižuje kvalita ich života. Cieľom bolo preto zistiť faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu života žien s karcinómom prsníka v súvislosti s podávanou liečbou, prítomnosťou depresie a únavového syndrómu. Sledovanou populáciou boli ženy s diagnostikovaným malígnym ochorením karcinómu prsníka Trenčianskeho kraja navštevujúce vybrané onkologické oddelenie. Výskum bol vykonaný formou štandardizovaného dotazníka a zúčastnilo sa ho 41 pacientiek. Samotný dotazník pozostával z troch častí. Prvá časť pozostávala zo základnej charakteristiky súboru a z aplikácie štandardizovaného dotazníka BDI –Beckovej sebaopisujúcej škály depresivity. Druhou časťou bol štandardizovaný dotazník vytvorený spoločnosťou EORTC (Európskou organizáciou pre výskum a liečbu rakoviny). Dotazník EORTC QLQ-C30 (verzia 3.0) posudzuje kvalitu života onkologických pacientov. Pre potreby našej práce sme využili aj jeho modul EORTC QLQ-BR23, ktorý bol zostavený špeciálne pre pacientky s karcinómom prsníka. Dotazník EORTC QLQ-C30 obsahoval tri škály: celková kvalita života, funkčná škála a symptomatická škála. Tretia časť pozostávala z dotazníka únavy- Facit Fatigue, nakoľko sa považuje za najpoužívanejší dotazník na odhalenie a kategorizáciu únavy u onkologických pacientov. Preložená verzia z anglického jazyka je voľne dostupná na internete. Dotazník pozostával z 13 otázok, ktoré boli ohodnotené bodmi 0-4, pričom 0 bodov znamenalo v škále hodnotenie „ vôbec nie“ a 4 body znamenalo v škále hodnotenie „veľmi“. Po následnom vyhodnotení bodového rozhrania bola únava definovaná so skóre menším ako

30 bodov ako ťažká únava a so skóre väčším ako 30 bodov ako ľahká únava.

Pri zisťovaní štatisticky významného rozdielu medzi kategorickými premennými sme použili Chí- kvadrátový test pri početnosti väčšej ako 5. Pri analýze kontinuálnych premenných sme zisťovali štatistickú významnosť pomocou T- testu, alebo pomocou Wilcoxon testu. Pre zisťovanie vplyvu jednotlivých faktorov bola použitá regresná analýza. Analýza bola vykonaná v programe R- project a významnú hodnotu sme si zvolili  $p \leq 0,05$ . V Beckovej sebaklasifikujúcej škále depresivity mohli respondentky získať celkový počet bodov 60. Maximálny počet bodov v tomto súbore bol 46 bodov, minimálny počet bodov v tomto súbore bol 4 body. Stredne ťažkou depresiou trpelo 32% respondentiek nášho súboru, čo predstavovalo najvyšší počet. Ľahkou depresiou trpelo 29% respondentiek. Ťažkou formou depresie a bez depresie bol najnižší počet respondentiek, a to 20%. Respondentky bez prítomnej depresie mali najväčšie zastúpenie vo vekovej kategórii do 50 rokov a vo vekovej kategórii do 60 rokov, rovnako 67%. Najmenšie zastúpenie mali tieto respondentky vo vekovej kategórii nad 70 rokov, a to 41%. Respondentky s prítomnou depresiou mali najvyššie zastúpenie vo vekovej kategórii nad 70 rokov, a to 59%. Najmenšie zastúpenie mali respondentky vo vekových kategóriách do 50 rokov a do 60 rokov, rovnako 33% ( $p \geq 0,05$ ). Celková kvalita života bola vnímaná respondentkami podpriemerne (priemerné skóre  $60 \pm 18,55$  bodov). Pozitívne vnímanie kvality života respondentiek sme zaznamenali vo funkčnej škále v doménach kognitívnej funkčnosti (priemerné skóre  $65 \pm 22,18$  bodov) a fyzickej funkčnosti (priemerné skóre  $64 \pm 14,18$  bodov). Naopak negatívne vnímanie kvality života sme zaznamenali v tejto škále v doménach sexuálneho fungovania (priemerné skóre  $1 \pm 5,67$  bodov) a v doméne sexuálneho potešenia (priemerné skóre  $3 \pm 16,32$  bodov). Pozitívne vnímanie kvality života respondentiek sme zaznamenali v symptomatickej škále v doménach pocitu zápchy (priemerné skóre  $12 \pm 22,02$  bodov) a v doméne straty chuti do jedla (priemerné skóre  $17 \pm 24,58$  bodov). Respondentky vnímali negatívne kvalitu svojho života v tejto škále v doménach pocitu únavy (priemerné skóre  $52 \pm 26,67$  bodov) a v doméne príznaky v podpažší (priemerné skóre  $48 \pm 30,26$  bodov). V závislosti od podávanej liečby respondentky vo funkčnej škále pociťovali najhoršiu kvalitu života v doménach emočnej, rolovej a fyzickej funkčnosti po podstúpení chemoterapie v porovnaní s respondentkami, ktoré podstúpili liečbu rádiologickú, konzervatívnu alebo chirurgickú. V symptomatickej škále po podstúpení chemoterapie pociťovali najhoršiu kvalitu života respondentky v doménach únavy, dýchavičnosti a straty chuti do jedla v porovnaní s respondentkami, ktoré podstúpili chirurgickú, konzervatívnu alebo rádiologickú liečbu. Po analýze dotazníku Facit

Fatigue sme zistili, že ľahkou formou únavy 61% respondentiek, zatiaľ čo ťažkou formou únavy trpelo 39% respondentiek. Najhoršiu kvalitu života v závislosti od únavového syndrómu vo funkčnej škále pocítovali respondentky s ťažkou únavou v doménach výzoru tela, sociálnej funkčnosti a emočnej funkčnosti v porovnaní s respondentkami trpiacimi ľahkou únavou. V symptomatickej škále pocítovali respondentky s ťažkou formou únavy najhoršiu kvalitu života v doménach vypadávania vlasov, príznakov v podpaзуí a finančných ťažkostiach v porovnaní s respondentkami s ľahkou formou únavy. Po vykonaní regresnej analýzy bol zistený štatisticky významný vplyv veku, zamestnania, liečby a únavy na depresiu respondentiek ( $p < 0,05$ ). Nezamestnané respondentky majú s  $OR=0,8$ -krát ( $95\%CI=0,13-0,94$ ) nižšiu šancu mať depresiu ako respondentky, ktoré sú v dôchodku. Zamestnané respondentky majú s  $OR=0,71$ -krát ( $95\%CI=0,18-1,0$ ) nižšiu šancu mať depresiu ako respondentky v dôchodku. Respondentky, ktoré nepodstúpili liečbu ožarovaním majú s  $OR=0,38$ -krát ( $95\%CI=0,17-0,74$ ) nižšiu šancu byť v depresii ako respondentky, ktoré podstúpili liečbu ožarovaním. Respondentky s prítomnou ľahkou únavou majú s  $OR=0,38$ -krát ( $95\%CI=0,10-0,74$ ) nižšiu šancu mať depresiu ako respondentky s prítomnou ťažkou únavou. Pri ostatných faktoroch nebol zistený štatisticky významný vplyv na depresiu respondentiek. Po finálnej analýze, v ktorej sme postupne eliminovali štatisticky nevýznamne faktory sme dospeli k záveru, že štatisticky významne na depresiu respondentiek vplývala liečba respondentiek ( $p < 0,05$ ). Respondentky, ktoré nepodstúpili liečbu ožarovaním majú s  $OR=0,74$ -krát ( $95\%CI=0,38-0,84$ ) nižšiu šancu byť v depresii ako respondentky, ktoré podstúpili liečbu ožarovaním. Výsledky základného modelu regresnej analýzy preukázali, že existuje štatisticky významný vplyv vybraných faktorov veku, zamestnania, liečby a depresie na únavu respondentiek ( $p < 0,05$ ). So stúpajúcim vekom respondentiek o jeden rok sa zvyšuje s  $OR=0,94$ -krát ( $95\%CI=0,64-0,98$ ) šanca pocítovať ťažkú únavu ako ľahkú únavu. Nezamestnané respondentky majú s  $OR=0,6$ -krát ( $95\%CI=0,09-0,96$ ) nižšiu šancu pocítovať ťažkú únavu ako respondentky, ktoré boli v dôchodku. Zamestnané respondentky majú s  $OR=0,53$ -krát ( $95\%CI=0,12-0,64$ ) nižšiu šancu mať ťažkú únavu ako respondentky v dôchodku. Respondentky, ktoré nepodstúpili ožarovanie ako formu liečby majú s  $OR=0,86$ -krát ( $95\%CI=0,01-0,89$ ) nižšiu šancu mať ťažkú formu únavy ako respondentky, ktoré podstúpili liečbu ožarovaním. Respondentky, u ktorých nebola prítomná depresia mali s  $OR=0,61$ -krát ( $95\%CI=0,17-0,81$ ) nižšiu šancu mať ťažkú formu únavy ako respondentky, u ktorých je prítomná depresia. U ostatných vybraných faktorov nebol zistený štatisticky významný vplyv na únavu respondentiek.

Práca sa zameriavala na zistenie a analyzovanie faktorov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života žien s karcinómom prsníka. V našom výskume sme sa snažili predložiť a identifikovať faktory, ktoré sú špecificky celosvetovo považované za najrozšírenejšie faktory, ktoré vplývajú na život žien a na jeho vnímanie vôbec. Zaoberali sme sa vplyvom depresie, liečby a únavy na jednotlivé domény kvality života. Výsledky nemôžeme zovšeobecniť, avšak môžeme upriamiť intenzívnu pozornosť na negatívne ohodnotenú doménu a komplex vplývajúcich faktorov. Na Slovensku existuje veľmi málo projektov či programov, ktoré sa zameriavajú na jednotlivé vplývajúce faktory. Aktuálna situácia po analýze výsledkovej časti preukázala, že ženy vo vyššom štádiu depresie s ťažkou únavou a počas jednotlivých foriem prebiehajúcej liečby vnímajú negatívnu kvalitu života prednostne v sexuálnom fungovaní, výzoru tela, v chýbaní istej fyzickej funkčnosti alebo pociťujú isté príznaky na prsiach či v podpazuší. Taktiež najmä vplyv rádioterapie či chemoterapie sa ukazuje ako najhoršia forma liečby, ktorá ovplyvňuje život týchto žien. Tieto výsledky pri porovnaní so štúdiami v iných krajinách vykazujú zhodu v zistených faktoch. Významný vplyv sme zaznamenali pri faktore liečby, ktorá ovplyvňuje depresiu respondentiek.

#### **Zoznam použitej literatúry:**

BREAST CANCER. 2015. Depression. [online]. Dostupné na: [http://www.breastcancer.org/treatment/side\\_effects/depression](http://www.breastcancer.org/treatment/side_effects/depression).

BÜCHLER, T.- KOŘÁN, M. 2009. *Karcinom prsu. Průvodce pro pacienty – diagnóza a léčba*. [online]. Praha: Aliance žen s rakovinou prsu o. p. s. , 2009. Dostupné na: <http://www.mamahelp.cz/down/karcinom-prsu-pruvodce-pro-pacienty.pdf>.

DANČÍKOVÁ, T. 2012. Karcinóm prsníka a kvalita života ženy. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. 2012, roč. 5, č. 2 [cit. 2015. 11. 25]. Dostupné na: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5861](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5861). ISSN 1337-6896.

ONDRUŠOVÁ, M. et al. 2011. Epidemiologické ukazovatele a situácia v skríningu karcinómu prsníka na Slovensku. In *Via Practica*. [online]. 2011, vol. 8, no. 5, p. 206-209. Dostupné na: [http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=5302&magazine\\_id=1](http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5302&magazine_id=1). ISSN 1339-424X.

SCHMITZ, K. et al. 2012. Prevalence of breast cancer treatment sequelae over 6 years of follow-up. In *Supplement: A Prospective Surveillance Model for Rehabilitation for Women With Breast Cancer*. [online]. 2012, vol. 118, no. 8, p. 2217-2225. Dostupné na:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27474/full>.

SIEGEL,R. et al. 2012. Cancer treatment and survivorship statistics, 2012. In *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. [online]. 2012, vol. 66, no. 4, p. 220-241. Dostupné na: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21149/full> . ISSN 1542-4863.

WORLD HEALTH ORGANISATION. 2012. Depression. [online]. Dostupné na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

**Kontakná adresa:**

PhDr. Kristína Grendová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave,

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Katedra verejného zdravotníctva

[kristina.grendova@truni.sk](mailto:kristina.grendova@truni.sk)

## **SKÚSENOSTI SESTIER S LIEČBOU CHRONICKÝCH RÁN PODTLAKOVOU TERAPIOU**

Mária Kaščáková, Ľudmila Majerníková, Andrea Obročníková

Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovatel'stva, Prešovská univerzita v Prešove

### **Úvod**

K možnostiam liečby rán zaraďujeme aj moderné metódy viacerých spoločností, ktorých spoločným menovateľom je použitie podtlaku – topical negative pressure (Čambela a kol. 2012). Tlaková terapia je neinvazívny, jedinečný systém na liečbu chronických rán. Používa sa ak zlyhávajú tradičné postupy hojenia rán (Junasová, 2009). Prístrojový systém V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) podtlakovou terapiou bol efektívne použitý pri liečení rán rôzneho pôvodu vo všetkých oblastiach ošetrovania. Aplikuje sa pri akútnych, subakútnych a traumatických ranách v nemocniciach a zariadeniach poskytujúcich rozšírenú starostlivosť. Jeho veľkou výhodou je použitie v domácom ošetrovaní (Šimek, 2013). Od liečby prístrojom V.A.C. sa očakáva redukcia bakteriálneho osídlenia rany, opuchu okolia rany a exsudácie; vytvorenie vhodného mikroprostredia v rane (konštantná teplota a vlhkosť); priama stimulácia rastu granulačného tkaniva, zlepšenie perfúzie (Kopal, 2010). Úlohou sestry pri ošetrovaní pacienta podtlakovou terapiou je dôsledná kontrola celkového zdravotného stavu pacienta, tolerovanie liečby; miesta aplikácie; funkčnosť V.A.C. prístroja; odvádzanie sekrétu jeho farbu, množstvo; vedenie záznamu v ošetrovatel'skej dokumentácii (Grunerová, 2013). Podtlaková terapia V.A.C. prístrojom zvyšuje komfort pre pacienta. Obsahuje špeciálny filtračný systém, ktorý minimalizuje zápach z rany, znižuje počet výmen krytia a návštev ošetrovatel'ského personálu oproti tradičnému ošetrovaniu rany. Má nastaviteľnú rýchlosť stiahnutia krytia a dotykovú obrazovku s návodom na obsluhu (Šimek, 2013).

### **Cieľ**

Príspevok má charakter ex post facto štúdie. Cieľom bolo testovať a porovnať mieru informácií, dostupnosti a skúsenosti o podtlakovej terapii pri liečbe dekubitov.

### **Súbor**

Cieľová skupina respondentov zúčastnených na prieskume pozostávala zo 60 sestier. Pre potreby porovnania výsledkov prieskumu sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Prvá skupina pozostávala z 30 sestier, vykonávajúce prax vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou J.

A. Reimana v Prešove. Druhú skupinu tvorili sestry v počte 30, pracujúce vo Fakultnej nemocnici v Hradci Králové na geronto-metabolickej klinike. Vzhľadom k problematike skúmania, kritériom pre výber respondentov nášho prieskumu boli pracoviská, na ktorých je častejší výskyt chronických rán aj dekubitov a používanie podtlakovej terapie.

### **Metodika**

Štúdia bola realizovaná v období od 18.2.2014 – 31.3.2014. Miestom realizácie bola Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove a Fakultná nemocnica Hradec Králové. Na splnenie cieľov nášho prieskumu sme využili dotazníkovú metódu. Sestry mali možnosť odpovedať na otázky nami zostaveného dotazníka, ktorý pozostával z 20 položiek. Ich cieľom bolo zistiť a porovnať využívanie podtlakovej terapie v ošetrovateľskej praxi. Prvá časť dotazníka je tvorená z 12 otázok a sú zamerané na informovanosť sester o podtlakovej terapii. Predmetom skúmania ďalších 3 otázok je dostupnosť podtlakovej terapie na pracoviskách. Posledné 2 otázky zisťujú skúsenosti, ktoré majú sestry pri ošetrovaní dekubitov pomocou podtlakovej terapie. Posledná časť dotazníka je zameraná na demografické údaje o respondentoch. Poskytuje informácie o vzdelaní a dĺžke praxe. Návratnosť dotazníkov bola 100 %.

### **Výsledky**

Vyhodnotenie demografických údajov respondentov

| Dĺžka praxe | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |      |
|-------------|------------------|------|--------------|------|
|             | n                | %    | n            | %    |
| 0-1 rok     | 0                | 0    | 5            | 16,6 |
| 1-5 rokov   | 0                | 0    | 3            | 10   |
| 5-10 rokov  | 2                | 6,6  | 2            | 6,6  |
| 10-20 rokov | 17               | 56,6 | 18           | 60   |
| 20-30 rokov | 11               | 36,6 | 2            | 6,6  |
| Spolu       | 30               | 100  | 30           | 100  |

Sestry na Slovensku označili dĺžku praxe 5-10 rokov v počte 2 (6,6), 10-20 rokov v počte 17 (56,6), 20-30 rokov v počte 11 (36,6). Sestry v Česku označili dĺžku praxe 0-1 rok v počte 5 (16,6%), 1-5 rokov v počte 3 (10%), 10-20 rokov v počte 18 (60%), 20-30 rokov v počte 2 (6,6%).



**Nové trendy v ošetrovatelstve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

| Vzdelanie                  | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |      |
|----------------------------|------------------|------|--------------|------|
|                            | n                | %    | n            | %    |
| Stredná zdravotnícka škola | 11               | 36,6 | 12           | 40   |
| Vysokoškolské              | 8                | 26,6 | 5            | 16,6 |
| Špecializácia              | 10               | 33,3 | 3            | 10   |
| Diplomovaná sestra         | 7                | 23,3 | 10           | 33,3 |
| Spolu                      | 30               | 100  | 30           | 100  |

Z celkového počtu 30, 11 (36,6%) sestier na Slovensku malo ukončenú strednú zdravotnícku školu, 10 (33,3%) špecializačné vzdelanie v odbore vnútorné lekárstvo, 8 (26,6%) vysokoškolské vzdelanie – bakalár, 7 (23,3%) diplomovanú sestru. V Čechách 12 (40%) sestier mali ukončenú strednú zdravotnícku školu, 10 (33,3%) diplomovanú sestru, 5 (16,6%) vysokoškolské vzdelanie – bakalár, 3 (10%) špecializačné vzdelanie, kde uviedli odbor anestéziologická a resuscitačná starostlivosť.

Dostupnosť podtlakovej terapie na pracovisku

| Odpovede       | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |     |
|----------------|------------------|------|--------------|-----|
|                | n                | %    | n            | %   |
| Veľmi dobre    | 22               | 73,3 | 15           | 50  |
| Skôr dobre     | 6                | 20   | 12           | 40  |
| Skôr zle       | 1                | 3,3  | 0            | 0   |
| Veľmi zle      | 0                | 0    | 0            | 0   |
| Neviem posúdiť | 1                | 3,3  | 3            | 10  |
| Spolu          | 30               | 100  | 30           | 100 |

Dostupnosť podtlakovej terapie označili sestry na Slovensku ako veľmi dobre 22 (73,3%), skôr dobre 6 (20%), skôr zle 1 (3,3%), neviem posúdiť 1 (3,3%). Možnosť veľmi zle nebola označená. V Čechách označili sestry možnosť veľmi dobre 15 (50%), skôr dobre 12 (40%), neviem posúdiť 3 (10%). Možnosti skôr zle a veľmi zle nebola označená.

Výsledky liečby podtlakovou terapiou u pacientov na pracovisku

| Odpovede    | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |    |
|-------------|------------------|------|--------------|----|
|             | n                | %    | n            | %  |
| Veľmi dobre | 20               | 66,6 | 15           | 50 |

**Nové trendy v ošetrovatelstve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

|                |    |      |    |      |
|----------------|----|------|----|------|
| Skôr dobre     | 8  | 26,6 | 11 | 36,6 |
| Skôr zle       | 2  | 6,6  | 0  | 0    |
| Veľmi zle      | 0  | 0    | 0  | 0    |
| Neviem posúdiť | 0  | 0    | 4  | 13,3 |
| Spolu          | 30 | 100  | 30 | 100  |

Výsledky liečby podtlakovou terapiou zhodnotili sestry na Slovensku možnosťou veľmi dobre 20 (66,6%), skôr dobre 8 (26,6), skôr zle 2 (6,6%). Možnosť veľmi zle a neviem to posúdiť nebola označená. Sestry v Čechách označili možnosť veľmi dobre 15 (50%), skôr dobre 11 (36,6%), neviem posúdiť 4 (13,3%). Možnosť veľmi zle nebola označená.

Doterajšie praktické skúsenosti pri liečbe dekubitov podtlakovou terapiou

| Odpovede       | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |      |
|----------------|------------------|------|--------------|------|
|                | n                | %    | n            | %    |
| Veľmi dobre    | 18               | 60   | 25           | 83,3 |
| Skôr dobre     | 10               | 33,3 | 3            | 10   |
| Skôr zle       | 1                | 3,3  | 2            | 6,6  |
| Veľmi zle      | 0                | 0    | 0            | 0    |
| Neviem posúdiť | 1                | 3,3  | 0            | 0    |
| Spolu          | 30               | 100  | 30           | 100  |

Doterajšie praktické skúsenosti pri liečbe dekubitov podtlakovou terapiou sestry na Slovensku označili ako veľmi dobré 18 (60%), skôr dobre 10 (33,3%), skôr zle 1 (3,3%), neviem posúdiť 1 (3,3%). Možnosť veľmi zle nebola označená. České sestry označili možnosť veľmi dobre 25 (83,3%), skôr dobre 3 (10%), skôr zle 2 (6,6%). Možnosť veľmi zle a neviem posúdiť nebola označená.

Účasť na vzdelávacej aktivite zameranej na ošetrovanie dekubitov pomocou podtlakovej terapie

| Odpovede | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |      |
|----------|------------------|------|--------------|------|
|          | n                | %    | n            | %    |
| Áno      | 10               | 33,3 | 8            | 26,6 |
| Nie      | 20               | 66,6 | 23           | 76,6 |
| Spolu    | 30               | 100  | 30           | 100  |

Účasť na vzdelávacej aktivite zameranej na ošetrovanie dekubitov pomocou podtlakovej terapie sestry na Slovensku označili možnosťou áno 10 (33,3%) a nie 20 (66,6%). Sestry v Česku označili možnosť áno 8 (26,6%) a nie 23 (76,6%).

Aktívny, samostatný záujem o problematiku hojenia dekubitov pomocou podtlakovej terapie.

| Odpovede | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |     |
|----------|------------------|------|--------------|-----|
|          | n                | %    | n            | %   |
| Áno      | 10               | 33,3 | 15           | 50  |
| Nie      | 20               | 66,6 | 15           | 50  |
| Spolu    | 30               | 100  | 30           | 100 |

Aktívny a samostatný záujem o problematiku hojenia dekubitov pomocou podtlakovej terapie sestry na Slovensku označili možnosťou áno 10 (33,3%) a nie 20 (66,6%). České sestry označili možnosť áno 15 (50%) a nie 15 (50%).

Na akom princípe pracuje podtlaková terapia (V.A.C. - Vacuum Assisted Closure)?

| Odpovede                                       | Sestry Slovensko |      | Sestry Česko |     |
|------------------------------------------------|------------------|------|--------------|-----|
|                                                | n                | %    | n            | %   |
| Spádovej drenáže                               | 1                | 3,3  | 0            | 0   |
| Negatívneho podtlaku                           | 25               | 83,3 | 30           | 100 |
| Ide o metódu hojenia dekubitov vlhkou terapiou | 3                | 10   | 0            | 0   |
| Neviem                                         | 1                | 3,3  | 0            | 0   |
| Spolu                                          | 30               | 100  | 30           | 100 |

Z celkového počtu 30, sestry na Slovensku označili, že podtlaková terapia pracuje na princípe „spádovej drenáže“ 1 (3,3%), „negatívneho podtlaku“ 25 (83,3%), ide o metódu hojenia dekubitov vlhkou terapiou 3 (10%), „neviem“ 1 (3,3%). České sestry označili len jedinú z ponúknutých možností „negatívneho podtlaku“ 30 (100%).

### **Diskusia**

Ošetrovateľská starostlivosť o dekubit predstavuje závažný problém, vyžaduje si zvýšenú odbornú starostlivosť a systematickosť postupov. Moderné prístupy v ošetrovaní chronických rán, vrátane dekubitov svojimi výsledkami sú obrovským prínosom pre pacienta i pre zdravotnícky personál. Jednoduchá aplikácia, predĺženie intervalov medzi ošetreniami, zmiernenie bolesti pri preväzoch znamená možnosť rýchlejšieho uzdravenia chorého s

pokračovaním ošetrovania a rehabilitácie v domácom prostredí (Grancová, 2008). V našej práci sme sa zamerali na využívanie podtlakovej terapie v ošetrovaní dekubitov. v ošetrovatel'skej praxi. Ošetrovanie dekubitov je problém, ktorého riešenie spadá do kompetencie sestier. Preto je dôležité, aby sestry mali dostatok informácií v tejto oblasti a aby poznali nové trendy liečby dekubitov, čo prospeje k ich kvalitnému ošetrovaniu, a tým aj k zvýšeniu kvality života pacienta. Z celkového počtu 60 sestier (100%) bolo 50% z Fakultnej nemocnice J.A.Reimana v Prešove a 50% z Fakultnej nemocnice Hradec Králové. Priemerný vek sestier na Slovensku bol 41rokov a v Čechách 34 rokov. Z čoho vyplýva, že sestry na Slovensku majú vyšší počet rokov praxe oproti českým sestrám. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie sestier v oboch krajinách bolo ukončenie strednej zdravotníckej školy. V našom prieskume sme zistili, že na Slovensku máme viac vysokoškolsky vzdelaných sestier, oproti Česku. Naproti tomu v Českej republike je vyšší počet diplomovaných sestier než na Slovensku. V prvom celi sme chceli zistiť, aká je vedomostná úroveň českých a slovenských sestier o podtlakovej terapii. Na základe výsledkov prieskumu konštatujeme, že vedomostnú úroveň o ošetrovaní dekubitov pomocou podtlakovej terapie hodnotili české aj slovenské sestry pozitívne. Prekvapivé boli odpovede na otázku, ktorá zisťovala či sestry absolvovali vzdelávaciu aktivitu zameranú na ošetrovanie dekubitov pomocou podtlakovej terapie. Až 66,6% slovenských a 76,6% českých respondentov nikdy neabsolvovalo žiadnu vzdelávaciu aktivitu. Predpokladáme, že to súvisí s nízkym vzdelaním sestier, kde aj na Slovensku aj v Čechách najviac sestier mali ukončenú strednú zdravotnícku školu. Zistili sme, že sestry sa sami nezaujímajú aktívne o problematiku hojenia rák dekubitov (Slovenské sestry 66,6%, a v Česke sestry 50%). Sestry, ktoré prejavili aktívny záujem využívajú k nadobúdaniu informácií hlavne ošetrovatel'skú prax, internet, literatúru, vzdelávacie školenia. Medzi otázkami, ktoré zisťovali vedomostnú úroveň sestier bola zahrnutá aj otázka, ktorá zisťovala či sestry vedia na akom princípe pracuje podtlaková terapia. Z celkového počtu 30, 25 (83,3%) sestier na Slovensku odpovedali, že pracuje na princípe negatívneho podtlaku. V porovnaní 30 (100%) českých sestier označilo možnosť negatívneho podtlaku. Pre porovnanie uvádzame štúdiu z roku 2009, na ktorej sa zúčastnilo 160 sestier z toho, 50% z Fakultnej nemocnice Brno, 25% z Fakultnej nemocnice Trenčín a 25% z Univerzitnej nemocnice Martin. Z výsledkov vyplynulo, že 32% odpovedalo správne a 67, 5% nesprávne o princípe práce podtlakovej terapie (Junasová, 2009). Nevedomosť o danej problematike môže súvisieť aj s tým, že v roku 2009 nebola podtlaková terapia tak využívaná ako v súčasnosti. Intenzívnejšie sa na Slovensku ako aj v Česku sa začala v praxi používať až od

roku 2011 (Škvarlová, 2014). Z výsledkov našej štúdie vyplynulo, že sestry oboch komparovaných skupín pozitívne hodnotili dostupnosť a skúsenosti s podtlakovou terapiu na svojich pracoviskách. O čom nasvedčuje aj to, že v oboch nemocniciach boli hospitalizovaní pacienti, u ktorých bola zavedená podtlaková terapia s kladným výsledkom hojenia dekubitov. Z výsledkov jednej štúdie vyplýva, že zahájenie a dostupnosť liečby dekubitov IV stupňa u pacientov nereagujúcich na štandardnú liečbu prinieslo pozitívne výsledky. V auguste 1996 bola u nich zahájená liečba pomocou podtlakovej terapie. K úspešnému úplnému uzavretiu dekubitov došlo v októbri – novembri 1996 (Baynham a kol., 1998).

#### **Zoznam použitej literatúry:**

- BAYNHAM, S.A. et al. 1998. Treating stage IV pressure ulcers with negative pressure therapy: a case report. [online] 1998. [Cit. 2016-10-01]. Dostupné z: <http://europepmc.org/abstract/med/10347508>
- ČAMBELA, M. et al. Metódy debridementu v liečbe chronických rán. In: Slovenská chirurgia. Roč. 9, 2012, č. 4, s.126–129
- GRANCOVÁ, K. Prevencia a liečba dekubitov. In: Paliatívna medicína a liečba bolesti. Roč. 1, 2008, 1 s. 26–29
- GRUNEROVÁ, T. Podtlaková terapia. In: Diagnóza v ošetrovatelství. Roč. 9, 2013, č. 1 s. 17-18
- JUNASOVÁ, L. Znalosti všeobecných sestier o moderných spôsoboch hojenia chronických rán. 2009. Diplomová práca. Brno: LF MU
- KOPAL, T. Liečba rán metódou riadeného podtlaku. In: Dermatológia pre prax. Roč. 4, 2010, č.4, s. 135–139
- ŠKVARLOVÁ L. Nové trendy v ošetrovaní dekubitov. Prešov: PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov. Bakalárska práca. 2014. 56 s.
- ŠIMEK, M. , BÉM, R. Podtlaková léčba ran. Praha: Maxdorf 2013., 231 s.
- GRUNEROVÁ, T. Podtlaková terapia. In: Diagnóza v ošetrovatelství. Roč. 9, 2013. č. 1 s. 17-18

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Mária Kaščáková, PhD

PU v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra ošetrovatel'stva

Partizánska 1

08001 Prešov

kascakova@unipo.sk

Mobil: 0915 643652

## **DEAKTIVACE KARDIOSTIMULÁTORU U TERMINÁLNĚ NEMOCNÝCH**

Marie Macková

Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice

### **Úvod**

Trvalá kardiostimulace má za sebou už více než padesátiletou historii. Stala se rutinní léčebnou metodou u symptomatických či hemodynamicky významných bradyarytmií. Současné indikace této léčby se rozšířily i do oblasti stimulačního ovlivnění chronického srdečního selhávání (Gregoratos et al., 2002, s. 1703–1719). Počet implantovaných kardiostimulátorů každý rok stoupá. Kardiostimulátory se implantují v České republice asi 8 000 lidí ročně a v současné době žije v ČR více než 100 000 pacientů s implantovaným kardiostimulátorem (Šnorek, Bulava, 2014). Od 60. let 20. století prodělala technologie kardiostimulátorů obrovský vývoj. Kardiostimulátory jsou menší, lehčí, pro nositele mnohem pohodlnější a jsou mnohem odolnější proti elektromagnetické interferenci. Skládají se z baterie a elektronických obvodů uložených v titanovém pouzdře. Pokud kardiostimulátor nedetekuje v pacientově srdci dostatečně silný elektrický signál, vyšle do srdečního svalu krátký elektrický proud o nízkém napětí. Přes 50 % implantovaných kardiostimulátorů dokáže upravit frekvenci vysílaných signálů podle fyzické aktivity pacienta. Většina kardiostimulátorů je implantována při místním znecitlivění a umísťuje se pod klíční kost, mezi kůži a hrudní svalstvo. Z kardiostimulátoru vycházejí elektrody, které jsou zavedeny do srdce. Někdy je kardiostimulátor implantován do břicha a elektroda je umístěna na vnější stěně srdce. Kardiostimulátor neumí u pacienta obnovit srdeční činnost při srdeční zástavě (Korpas, 2011). Významné množství pacientů s kardiostimulátorem je polymorbidních a potýká se s řadou dalších symptomů jiných onemocnění. Lékaři, pacienti a jejich příbuzní se tak občas mohou dostat do situace, kdy stimulace srdečního rytmu prodlužuje vlastní proces umírání. U pacientů, kteří jsou na kardiostimulátoru dependentní, nelze o jeho deaktivaci uvažovat, protože by tento čin přivodil u pacienta rychlou smrt. Nicméně u pacientů, kteří na kardiostimulaci dependencí nejsou, lze o deaktivaci přístroje uvažovat. V České republice deaktivace kardiostimulátoru není možná, v zahraničí k těmto deaktivacím dochází.

### **Ciele**

Cílem předkládané studie je získat názory českých lékařů na případnou možnost deaktivace kardiostimulátoru u pacientů v terminálních stavech.

### **Metodika**

K získání informací bylo užito jednorázové výběrové šetření. Dotazník vlastní konstrukce se skládal ze tří částí. V první části byli respondenti dotazováni na jejich názory spojené s deaktivací kardiostimulátoru, ve druhé části se měli vyjadřovat k možnostem deaktivace kardiostimulátoru v různých klinických situacích a ve třetí části byly zjišťovány identifikační údaje. Před vlastním šetřením proběhl předvýzkum, kdy byla sledována srozumitelnost a jednoznačnost otázek. Vlastní sběr dat probíhal v únoru a březnu 2016. Dotazník byl distribuován elektronicky mezi lékaře v hospicích a ve fakultních nemocnicích, na odděleních interních, geriatrických a chirurgických. Dotazník otevřelo 358 respondentů, začalo vyplňovat 263 respondentů a celý vyplnilo 84 respondentů. Získaná data byla zpracována v programu Statistica, verze 12, za pomoci popisné statistiky.

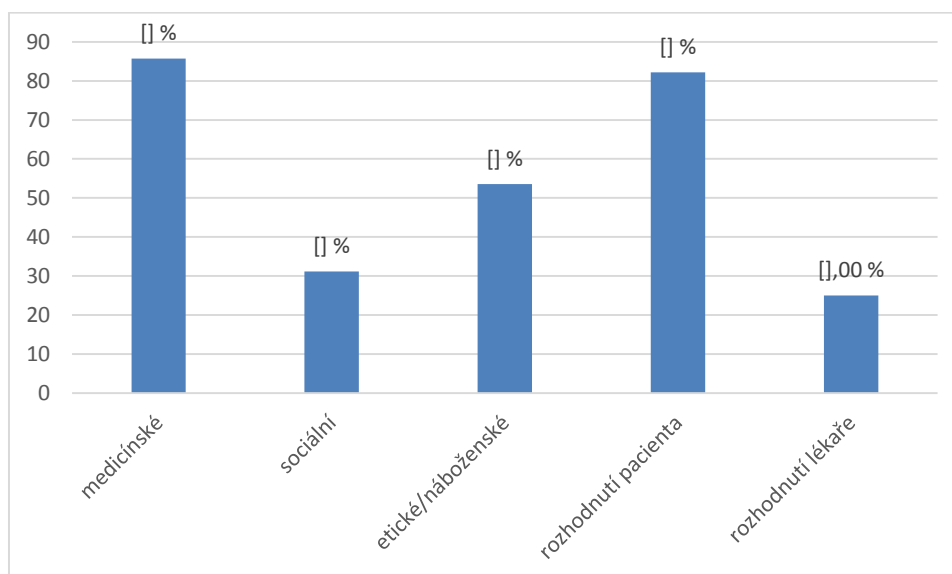
### **Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek tvořilo 84 respondentů (100 %), kteří vyplnili celý dotazník. 67,9 % respondentů uvedlo, že mají specializaci v jednom z následujících oborů – interním lékařství, geriatrici, kardiologii nebo neurologii. 32,1 % respondentů uvedlo, že má specializaci v paliativní péči. Údaj o specializaci v paliativní péči ovšem neodpovídá realitě, v roce 2013 mělo specializaci v paliativní medicíně pouze 16 lékařů. Co se týče pracoviště, tak 28,6 % respondentů uvedlo, že působí v hospici (kamenném či mobilním), 46,4 % respondentů působí v nemocnici a 25 % respondentů působí souběžně v nemocnici i hospici. Nejvíce respondentů (42,9 %) mělo praxi v rozmezí jednoho roku až patnácti let.

### **Výsledky**

Z oslovených respondentů mělo 85,7 % ve své péči pacienty s kardiostimulátorem. Nejčastěji to bylo 0 – 5 pacientů s kardiostimulátorem. S možností deaktivace kardiostimulátoru by souhlasilo 66,7 % respondentů, 20,2 % odmítá deaktivaci kardiostimulátoru z osobních nebo náboženských důvodů a 13,1 % respondentů se domnívá, že je deaktivace kardiostimulátoru neetická. Aspekty, které by respondenti zvažovali při procesu rozhodování o deaktivaci jsou zachyceny na obrázku 1.





Obrázek 1 - Aspekty zvažované při rozhodování o deaktivaci kardiostimulátoru

Přestože se 53,6 % respondentů domnívá, že kardiostimulace není pro umírající pacienty stresující, 67,9 % respondentů by při prolongovaném umírání s deaktivací kardiostimulátoru souhlasilo. Většina respondentů (96,4 %) by deaktivaci kardiostimulátoru zvažovala, pokud by si to přál sám pacient a 89,3 % respondentů by respektovala deaktivaci kardiostimulátoru, pokud by ji pacient měl uvedenou v dříve vyslovených přáních. Tři čtvrtiny respondentů uvedly, že se neobávají odporu ze strany pacienta a jeho rodiny při případné diskuzi o deaktivaci kardiostimulátoru. Diskuzi o deaktivaci kardiostimulátoru by 50,0 % respondentů vedlo s pacienty v terminálním stádiu, u kterých by hrozilo prolongované umírání.

Názory respondentů na deaktivaci kardiostimulátoru v různých klinických situacích jsou zachyceny v tabulce číslo 1.

Tabulka 1 - Názory na deaktivaci kardiostimulátoru v různých klinických situacích

| Klinická situace                                                                  | ano         | ne          | Nevím       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Muž s těžkou CHOPN, který verbalizuje špatnou kvalitu života                      | 21,4 % (18) | 60,7 % (51) | 17,9 % (15) |
| Muž s pokročilou demencí, který je rozrušený z návštěv lékaře a různých vyšetření | 25,0 % (21) | 57,1 % (48) | 17,9 % (15) |
| Žena se čtvrtým stádiem rakoviny vaječníků, která potřebuje paliativní péči       | 35,7 % (30) | 46,4 % (39) | 17,9 % (15) |
| Muž v terminálním stádiu selhání ledvin, který odmítá dialýzu                     | 42,9 % (36) | 50,0 (42)   | 7,1 % (6)   |
| Žena s masivní mrtvicí a její rodina požádala o odpojení od ventilátoru           | 50,0 (42)   | 35,7 % (30) | 14,3 % (12) |
| Pacient s terminálním srdečním selháním                                           | 46,4 % (39) | 35,7 % (30) | 17,9 % (15) |

## **Diskuze**

Otázka deaktivace kardiostimulátorů u terminálních pacientů není běžně diskutována. V literatuře se spíše setkáme s diskuzemi nad možnou deaktivací kardioverterů u pacientů s terminálním onemocněním. Šest klinických situací bylo přebráno z výzkumů Kelley et al. (2009) a Marinskis et al. (2010). Dle očekávání výsledky přinesly rozporuplné názory. Zejména u šesté klinické situace se respondenti rozdělili na dvě skupiny s protichůdnými názory. Zajímavé je, že u páté klinické situace, kdy rodina žádá o odpojení od ventilátoru, by polovina respondentů souhlasila i s deaktivací kardiostimulátoru. Tento výsledek podporuje současný trend ve zdravotnických zařízeních, kdy na názor rodinných příslušníků je kladen poměrně velký důraz. Z mého pohledu ovšem tento trend nemá žádné opodstatnění a ignoruje právo pacienta na jeho autonomii. Naopak v prvních dvou klinických situacích, kdy samotný pacient s nabízenou léčbou nesouhlasí nebo ji neakceptuje, by s deaktivací kardiostimulátoru souhlasilo nejméně respondentů.

V zahraničí názor na možnou deaktivaci kardiostimulátorů zjišťovali Morisson et al. (2010). Za pomoci dotazníku oslovili 112 respondentů a dotazovali se jich na jejich zkušenost s deaktivací kardiostimulátorů a kardioverterů. Zjistili, že žádosti o deaktivaci kardiostimulátorů jsou častější. Důvodem je odmítání prolongované smrti. Žádosti o deaktivaci kardioverterů jsou zdůvodňovány odmítáním resuscitace. Mueller et al. (2008) ve svém výzkumu zjišťovali, jak často a kdy dochází k deaktivaci kardiostimulátorů a kardioverterů. V jejich případě oslovili 787 respondentů a zjistili, že deaktivace kardiostimulátorů i kardioverterů je u terminálních pacientů běžná. Nicméně situace, kdy je nutné řešit deaktivaci kardiostimulátoru není běžná. Morrison et al. (2010), kteří svůj výzkum prováděli mezi lékaři z hospiců a paliativních jednotek uvádějí, že žádost o deaktivaci kardiostimulátoru řeší lékaři zhruba jednou ročně. Přitom většině lékařů chybí protokoly, kterými by se mohli v takové situaci řídit.

Deaktivace kardiostimulátoru v českém právním řádu je nelegální a to ze dvou důvodů. Za prvé - pacienti nejsou informováni o důsledcích deaktivace, neboť s nimi tato možnost není ani probírána (Herman et al, 2013). Za druhé - na deaktivaci je pohlíženo jako na postup, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti.

## **Závěr**

S narůstajícím počtem pacientů s kardiostimulátory se zvyšuje i možnost žádosti o deaktivaci kardiostimulátoru ze strany pacienta. Zejména pak za situace, kdy pacienti mají možnost

využití institutu dříve vyslovených přání. Pro umožnění deaktivace kardiostimulátorů v českém prostředí lze doporučit následující kroky. Před vlastní indikací léčby pomocí kardiostimulátoru by měla být s pacientem podrobně diskutována léčba včetně komplikací a možnosti deaktivace. V českých nemocnicích by se měla začít zavádět služba etického konzultanta. A v neposlední řadě by měly zaujmout stanovisko k této problematice i odborné společnosti.

**Seznam bibliografických odkazů:**

- Gregoratos G, Abrams J, Epstein AE, Freedman RA, Hayes DL, Hlatky MA, Kerber RE, Naccarelli GV, Schoenfeld MH, Silka MJ, Winters SL. ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline update for implantation of cardiac pacemakers and antiarrhythmia devices – summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task force on practice guidelines (ACC/AHA/NASPE Committee to update the 1998 Pacemaker guidelines). *Journal of the American College of Cardiology*. 2002;40(9):1703–1719.
- Herman D, Stros P, Curila K, Kebza V, Osmančík P. Deactivation of implantable cardioverter-defibrillators: results of patient surveys. *Europace*. 2013;15(7):963–969.
- Kelley, A.S., Reid, M.C., Miller, D.H., Fins, J.J., Lachs, M.S. Implantable cardioverter-defibrillator deactivation at the end of life: a physician survey. *Am Heart J* 2009;157:702–7.
- Korpas, D. Kardiostimulační technika. Praha: Mladá Fronta; 2011.
- Marinskis, G., van Erven, L. Deactivation of implanted cardioverterdefibrillators at the end of life: results of the EHRA survey. *Europace* (2010) 12, 1176–1177.
- Morrison LJ, Calvin AO, Nora H, Porter Storey C Jr. Managing Cardiac devices near the end of life: A Survey of hospice and palliative care providers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2010;27(8):545–551.
- Mueller PS, Jenkins SM, Bramstedt KA, Hayes DL. Deactivating implanted cardiac devices in terminally ill patients: practices and attitudes. *Pacing and clinical electrophysiology*. 2008;31(5):560–568.
- Šnorek M, Bulava A. MR Kompatibilní kardiostimulátory a implantabilní kardiovertery defibrilátory. *Vnitřní Lékařství*. 2014;60(2):123–127.

**Kontaktní adresa:**

doc. PhDr. Marie Macková, PhD.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

Průmyslová 395,  
532 10 Pardubice,  
Česká republika  
tel: +420 466 037 734  
email: marie.mackova2@upce.cz

## **VNÍMÁNÍ PÉČE O STOMII JEDINCEM**

Renáta Váverková, Monika Niemiecová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatel'ství

### **Abstrakt**

**Cíl:** Cílem výzkumného šetření bylo zjistit subjektivní názory respondentů v kontextu vnímání péče jedincem o vytvořenou trvalou stomii střeva.

**Metodika:** Výzkumný soubor tvořilo 5 participantů. Zařazujícími kritérii byla – trvalá stomie střeva; ochota participovat na výzkumu; souhlas s účastí ve výzkumu; doba od vytvoření stomie maximálně 6 měsíců; věk nad 18 let. Průměrná doba od operačního zákroku - 3,2 měsíce. Průměrný věk respondentů - 52,6 let. Kvalitativní design byl realizovaný formou polostrukturovaných interview. V rozhovorech byly kladeny otevřené otázky. Výběr participantů byl realizovaný metodou záměrného výběru přes instituci. Pro zpracování a analýzu dat byla použita doslovná transkripce, metoda barvení textu a vytváření trsů.

**Výsledky:** Po zpracování a analýze dat z rozhovorů a na základě popisné metodiky zpracování dat byly stanovené oblasti a kategorie. V oblasti percepce - připravenost na vytvoření stomie; přijaté informace; pohled na péči o stomii. V oblasti managementu péče o stomii - management péče během hospitalizace; po propuštění z nemocnice; v čase realizace rozhovoru; zvládání péče o stomii. Z výsledků vyplývá, že 4 respondenti byli o typu operačního zákroku předem informováni, 1 respondent podstoupil neodkladný výkon, o vytvoření stomie předem nevěděl. Pro 1 respondenta bylo pooperační období psychicky náročné pro původní indikaci dočasné stomie. Subjektivně vnímané nedostatečné množství poskytnutých informací ohledně péče o stomii vyjadřovali 3 respondenti. Objevily se názory, že informace byly poskytnuté příliš rychle; edukace byla realizována v den propuštění. Respondenti vnímali péči o stomii odlišně - připravenost na nenadálé situace; zajištění dostatku náhradních pomůcek a oblečení; utrpení. Management péče o stomii byl u většiny respondentů během hospitalizace v režii ošetrovatelského personálu. Někteří respondenti uváděli jako náročné období propuštění a příchodu do domácího ošetřování vzhledem k nedostatečné přípravě. Většina respondentů se shodla, že po propuštění z nemocnice péči o stomii převzali rodinní příslušníci, 3 respondentům ošetřovali partneři stomii i v době realizace rozhovoru.

**Záver:** Výsledky ukazujú, že péče o stomii byla participanty vnímána převážně negativně. V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na faktory, které by mohly pomoci jedincům usnadnit a pozitivněji vnímat péči o stomii.

**Klíčová slova:** vnímání, zkušenosti, péče, střevní stomie, trvalá stomie

**Kontaktní adresa:**

Mgr. Renáta Váverková  
Ústav ošetrovateľství  
Fakulta zdravotnických věd  
Univerzita Palackého v Olomouci  
Hněvotínská 3, 775 15, Olomouc  
Česká republika  
renata.vaverkova@upol.cz  
(+420) 58 563 2818

## KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM A VYUŽITÍ MODELU M. E. LEVINE

Tereza Dušičková, Sylva Bártlová, Valerie Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav  
ošetrovatel'ství, porodní asistence a neodkladné péče

### Úvod

Kolorektální karcinom je nádorové onemocnění gastrointestinálního traktu. Prevence tohoto onemocnění je v současnosti aktuální a mediálně podporovaná, přesto se však ČR ve výskytu onemocnění objevuje na předních příčkách. Mezi ženami na 10. místě a muži na 3. místě v celé Evropě (Gregor et al, 2015).

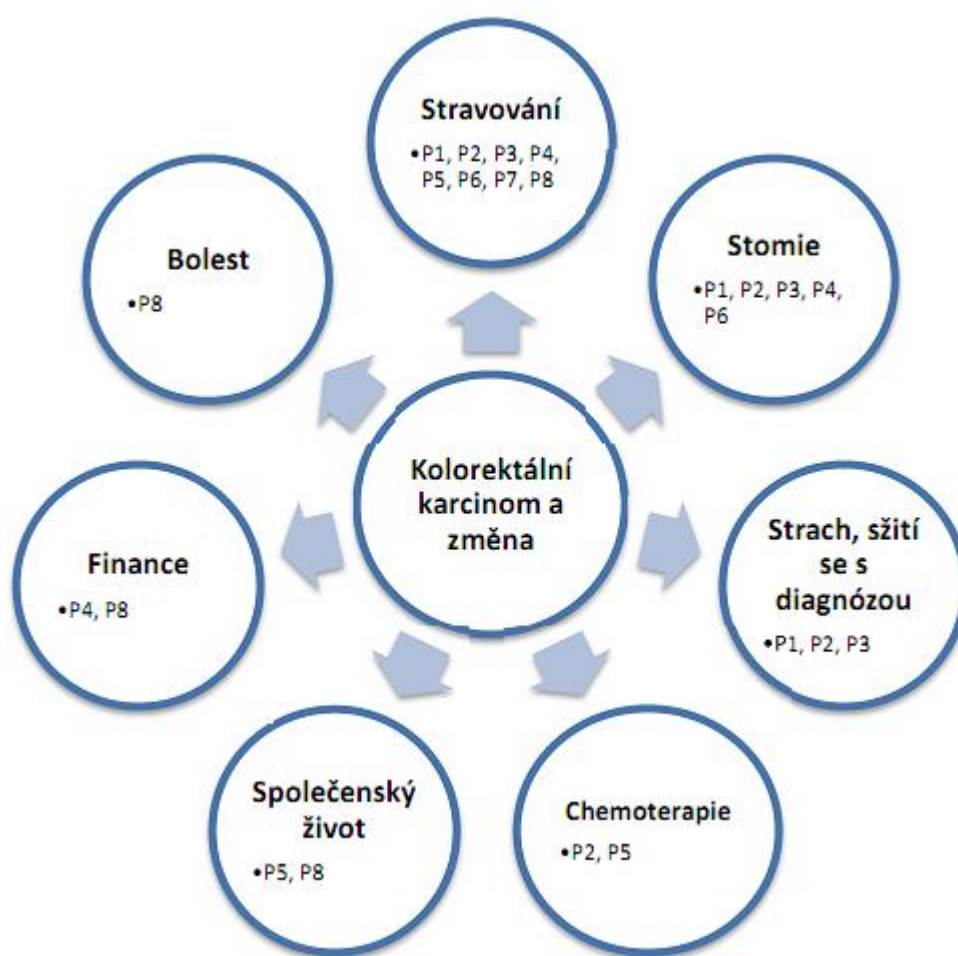
### Text

Mezi paradigma ošetrovatel'ství jsou řazeny koncepční modely, které nám sestrám poskytují orientaci pro výzkum, vzdělání a praxi. V našem výzkumném šetření jsme se zaměřili na koncepční model M. E. Levine. Tento model je řazen do modelů energetických polí. Skládá se z tzv. čtyř konzervačních principů. Prvním je *zachování energie*, kdy všechny životní procesy závisejí na tvorbě a výdeji energie, proto aby byl jedinec schopen udržet životní procesy je nutná vyrovnávaná energie a její následné obnovování. Druhý princip *zachování strukturální integrity* se zabývá udržením fyziologických funkcí. Sestra v tomto principu ochraňuje pacienta před dalším poškozením např. tím, že zachová výživu, hydrataci atd., což ve výsledku vede k poměrné nezávislosti a pohodě pacienta. Třetím principem je *zachování osobnostní integrity*, v rámci které pacientovi zachováváme sebevědomí a pocit sebevědomění. Posledním čtvrtým principem je *zachování sociální integrity*, ten se zabývá navrácením pacienta do uspokojivého a produktivního života. Pokud tento cíl nelze splnit, náhradní cíl by měl pomáhat klientovi a jeho rodině ve zvládnutí adaptace. Dále se model zabývá jedincem, jako celistvou (holistickou) bytostí a adaptačním procesem. Ten vytváří úsporu organismu na uchránění stability jedince, výsledkem adaptace je ochrana (Farkašová et al, 2006).

Cílem našeho výzkumu je modifikovat dokumentaci vycházející z modelu M. E. Levine. Pro výzkumné šetření bylo využito kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Prvně bylo realizováno kvalitativní šetření s cílem zmapovat základní specifika nezbytná pro

konstrukci dotazníku. Technikou sběru dat v rámci kvalitativního šetření byl rozhovor s osmi pacienty, kteří prodělali kolorektální karcinom. Otázky v rozhovorech se týkaly anamnestických údajů, informovanosti pacientů a sociální podpory. Poté následovalo kvantitativní šetření. Dotazníky byly distribuovány pacientům s kolorektálním karcinomem pomocí techniky snow ball, dále pomocí stoma sester a stomického klubu České ILCO. Jelikož v současnosti končí sběr zmiňovaných dotazníků, jsou v tomto příspěvku prezentovány pouze dílčí výsledky získané kvalitativním výzkumem (viz myšlenková mapa).

Myšlenková mapa: Kolorektální karcinom a změna



Nejčastěji pacienti odpovídali, že po zjištění kolorektálního karcinomu upravili své stravovací návyky (P1-P8). Pět dotazovaných (P1-P4, P6) poukazovalo na změnu v oblasti vylučování – stomii. P6: „*Ta stomie mě omezuje hlavně v pohybu.*“ Dále pacienti prožívali strach z budoucna a nutné sžití se s diagnózou (P1-P3). P2: „... *když vás zašijou, tak nevíte co se děje, jestli to pomohlo, ta operace nebo ne...*“ Dva pacienti v době rozhovorů podstupovali



pravidelne chemoterapii (P2, P5). Další změnu, kterou pacienti vnímali, byl zhoršený společenský život (P5, P8) P5: „*No do spoločnosti moc nechodím, ven taky moc ne.*“ A snížení financí na základě onemocnění (P4, P8) P4: „*Všetchno, co je zdravý je drahý.*“ Poslední změnou bylo prožívání bolesti u P8.

### **Závěr**

Kolorektální karcinom, v souvislosti s modelem M. E. Levine, vede ke změně celistvosti jedince. Ta nastává kvůli změně stavu, kdy se většinou ze zcela soběstačného jedince stává jedinec závislý pomoci ostatních. Dochází také k narušení konzervačních principů např. operačním řešením, vyústěním střeva, změnou stravování, infekci apod. Sestra by měla zachovávat konzervační principy v rámci svých kompetencí ošetrovatelským procesem a psychickou podporou jedince.

Koncepční model M. E. Levine není v současné literatuře v problematice ošetrovatelské péče o nemocné s kolorektálním karcinomem aplikován. Proto se mu věnujeme v rámci tohoto výzkumného šetření.

*Príspevek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 048/2015/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.*

### **Literatura:**

GREGOR, J. et. al. 2015, Epidemiologie kolorektálního karcinomu v České republice, Masarykova univerzita, Brno. ISSN 1804-0888.

FARKAŠOVÁ, D. 2006, *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8

### **Kontaktní adresa:**

Mgr. Tereza Dušičková, U Výstaviště 26, České Budějovice 370 05

tel: 389 037 518

email: dusict00@jcu.cz

## **VYUŽITÍ MODELU GIGER A DAVIDHIZAR U ROMSKÉ MINORITY**

Kristýna Toumová, David Kimmer, Valérie Tóthová

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

### **Úvod:**

Česká republika nikdy nebyla homogenní společností pouze jednoho etnika (Kutnohorská, 2013). Demografické změny v naší společnosti společně s velkou migrací obyvatelstva indikují nárůst počtu obyvatel minoritních skupin. Nejčtenější minoritou v České republice jsou Romové, kteří zde žijí již od patnáctého století (Jarošová, 2007). Podle některých odhadů se jejich počet pohybuje v rozmezí 150 000 až 300 000. Romové v České republice se dělí do několika subetnických skupin. Každá skupina má své specifické zvyklosti, obřady, dialekt, rodové profese a způsob života (Nováková, 2013).

Všechna tato specifika je potřeba zohlednit při poskytování zdravotnické péče. Péče o člověka ve zdraví a nemoci patří ke kulturním projevům určité společnosti. Také romská minorita má své vlastní zvyky a způsoby léčby, které je potřeba nejprve správně pochopit a poté využívat při poskytování ošetrovatelské péče dané minority (Ivanová, 2005).

### **Text:**

Príspevek se vztahuje k výzkumnému šetření, které je realizováno v rámci projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity, jehož součástí je také zmapování romské minority v České republice z pohledu zdravotně – sociální problematiky.

Výzkumná část byla realizována kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. V období července a srpna loňského roku proběhl sběr dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 8 náhodně vybranými příslušníky romské minority. Cílem bylo zmapovat zdravotní a sociální problematiku respondentů dle koncepčního modelu J. N. Giger a R. Davidhizar a následně vytvořit dotazník pro kvantitativní šetření, kterého se zúčastnilo 600 respondentů z romské minority napříč celou Českou republikou. Dále se také kvantitativního šetření zúčastnily všeobecné sestry z různých zdravotnických zařízení v České republice, u kterých se zjišťovala znalost problematiky koncepčních modelů a také specifika ošetrovatelské péče u pacientů z romské minority.

V súčasnej dobe probíha analýza získaných dát z kvantitatívneho výskumného šetrenia. Následne bude využito techniky kvalitatívneho výskumu - focus group. Tou budeme overovať využitie možnosti modifikovanej ošetrovateľskej dokumentácie vychádzajúcej z koncepčného modelu J. N. Giger a R. Davidhizar a ze zistených chýbajúcich špecifik. Výskumný soubor bude tvorený náhodne vybranými sestrami, ktoré niekedy poskytovaly ošetrovateľskú starostlivosť pacientom z romskej minority.

Z výsledkov kvalitatívneho šetrenia u romskej populácie vyplynulo mnoho informácií. Výsledky boli rozdelené do niekoľkých oblastí dle koncepčného modelu Giger a Davidhizar, ktorý bol použitý pri rozhovorech a následne tiež pre tvorbu dotazníkového šetrenia. Z výsledkov napríklad vyplynulo, že zásadným problémom u romskej minority je fajčenie. Na základe šetrenia bol u Romov zistený veľký výskyt fajčiarov už v mladom veku. Problémom je predovšetkým pozitívny prístup rodičov k fajčeniu, ktorí idú deťom špatným príkladom a dokonca im aktívne cigarety ponúkajú. Existuje tu určitá súvislosť so vzdelaním respondentov, ich socioekonomickým postavením a fajčením cigariet. V kvantitatívnom šetrení sa tejto problematike venuje viac priestoru a okrem iného sa tiež skúma súvislosť s častým fajčením cigariet a zdravotným stavom romskej populácie.

#### **Záver:**

V dnešnej dobe nestačí zdravotníkom len povrchové informácie, ale musia ísť do hĺbky skúmaného problému. K tomu patrí, tiež schopnosť konať kultúrne diagnostiku pacienta. Hodnoty, vývojové etapy života a zvyky romskej kultúry majú základný význam pre udržiavanie zdravotného stavu. Pri zisťovaní kultúrne vhodnej a upravenej starostlivosti je potrebné neopomenúť, že každý jedinec je samostatnou osobnosťou (Kutnohorská, 2013). Ak majú sestry dostatočnú kultúrne kompetenciu, zlepši sa i ich schopnosť komunikovať s pacientom inej kultúry. Interakcia medzi sestrou a pacientom povedie k lepšej spolupráci pri poskytovaní komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti (Kersey-Matusiak, 2012).

Výsledky výskumu budú sloužiť pre modifikáciu ošetrovateľskej dokumentácie vychádzajúcej z vybraného koncepčného modelu pre romskú minoritu s ohľadom na subjektívne a objektívne determinanty ovplyvňujúce kvalitu poskytovanej starostlivosti v klinickej a komunitnej praxi v Českej republike. Ďalej tiež výsledky pomôžu sestrám lepšie zhodnotiť a pochopiť problematiku romskej minority a následne vhodne zvoliť ošetrovateľské intervencie k dosiahnutiu spoločného cieľa.

Príspevek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo 048/2015/S, který je realizován za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

**Seznam literatury:**

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ a J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatel'ství I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetrovatel'ství. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KERSEY-MATUSIAK, G. Culturally competent care: Are we there yet? *Nursing*. 2012, roč. 42, č. 2, s. 49-52. DOI 10.1097/01.

KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatel'ství pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.

NOVÁKOVÁ, D. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin.* 1. vyd. Praha: Triton, 2013. 280 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

**Kontaktní adresa:**

Mgr. Kristýna Toumová, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích,  
Zdravotně sociální fakulta, Ústav ošetrovatel'ství, porodní asistence a neodkladné péče.  
U Výstaviště 26, České Budějovice, 370 05.  
toumok00@zsf.jcu.cz  
tel. 389 037 518

## HISTORIE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR

Lucie Libešová

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií

### Úvod

*„Dějiny přece nejsou jinde! Jsou tady, děláme je my všichni..., naše každodenní dobré či špatné konání je jejich konstruktivní součástí, život není vně dějin a dějiny nejsou vně života.“*

Karl Raimund Popper

Výrok zakladatele kritického racionalizmu nás přímo nabádá k aktivitě a spoluúčasti na změnách probíhajících v ošetrovatelství s přihlédnutím na důležité mezníky v oblasti vývoje ošetrovatelství a to zejména v procesu vzdělávání. Průřezem nejdůležitějších mezníků a osobností v ošetrovatelství získáme náhled a naše budoucí směřování v péči o nemocné. Tvoříme dějiny pro ty, kteří budou hledat tu nejlepší a nekvalitnější cestu v péči o nás.

### Obsah posteru

Několik významných osobností, kteří vědomy – nevědomy položily základ dnešní podobě ošetrovatelství. Zaměříme svou pozornost na společenské postavení níže uvedených osobností. Santa Fabiola di Roma byla bohatá a urozená žena, jež pocházela ze slavné rodiny Fabiů, která žila v Římě. Založila v Římě první velký útulek kolem roku 380 a sama se věnovala péči o nemocné. Při ošetrování se však nevyhnula ošklivým a bolestivým zraněním. Veškerý její zájem byl koncentrován na potřeby kostela a péči o chudé muže a další potřebné. Hildegarda z Bingenu, později abatyše, byla význačnou představitelkou lidového léčitelství a bylinkářství. Narodila se v roce 1098 v německé hraběcí rodině. Zнала léčivou sílu kamenů a sepsala jejich vlastnosti i způsoby aplikace. Shrnula přírodní recepty do několika knih, které předběhly svou dobu. Zůstaly proto po celá staletí nepovšimnuty a objeveny byly na počátku 20. století rakouským lékařem. Tak byla světu nabídnuta alternativní medicína, která zahrnuje různé léčivé způsoby – *dietní terapie, očistná léčba, balneoterapie, léčba kameny, fytoterapie*. Alžběta Duryňská je další ženou, která se zajímala o chudé a opuštěné muže, ženy a děti. Alžběta byla naplněna vědomím jakéhosi vyššího poslání. Nechala postavit špitál v Eisenachu, který několikrát denně navštěvovala a nemocné sama ošetřovala. Anežka Česká se narodila v královské rodině Přemyslovců. Anežka se tak stala nejen první ženou, jež odmítla

ruku císařovu, ale i první dcerou krále, která vstupuje do chudého řádu sv. Kláry. Brzy se zde Anežka stala abatyší. S pokorou tohle oslovení odmítla a nechala se kolem roku **1234** nazývat pouze: starší **sestra**. Po nastartování vývoje ošetrovatelství stojí za zmínku několik významných mezníků ve vzdělávání v oboru ošetrovatelství. **Historie do roku 1945: Roku 1860 založení první ošetrovatelské školy v Londýně, v Čechách** byly první ošetrovatelské školy otevřeny v roce 1874 a další v roce 1916. Jejich absolventky položily základ ošetrovatelského vzdělávání. **Historie od roku 1945 do 1989:** V roce 1947 bylo v ČR čtyřicet civilních a církevních škol. V roce 1954/55 z ošetrovatelských škol vznikly vyšší sociálně zdravotnické školy a k nim se připojily i odborné školy pro ženská povolání. V tomto období se dvakrát měnila délka studia a to: **dvouleté** studium bylo prodlouženo na čtyřleté, později pro **nedostatek vzdělaných sester** zkráceno na tříleté studium a z důvodu *nízkého věku absolventek* bylo brzy prodlouženo opět *na čtyřleté* (Sucha, 1949). V roce 1960 vznik Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě. **Historie od roku 1989:** S rozvojem medicíny narůstaly i nároky na kvalitu a odbornost v ošetrovatelství. Červen 2000 v Mnichově - vypracování evropské strategie vymezující směry vzdělávání v oborech ošetrovatelství a porodní asistence. Dne 9. dubna 1998 byl přijat Ministerstvem zdravotnictví České republiky dokument, který definoval obor, pracovníky, vzdělávání, řízení, výzkum a směry vývoje oboru. Významnou úlohu pro postavení sester a jejich vzdělávání má jejich profesní organizace **Česká asociace sester**. Po schválení Koncepce ošetrovatelství se začal připravovat centrální systém registrace sester. Registrace byla zahájena **12. května 2001**, v den **Mezinárodního dne ošetrovatelství**. V zákoně č. 96/2004 Sb. je poprvé v našem státě jasně definován pojem **celoživotního vzdělávání** a vyjmenovány aktivity, které jsou za vzdělávání považovány. Vzdělávací aktivity v systému celoživotního vzdělávání upravuje vyhláška č. 423/2004 Sb., ve znění vyhlášky č. 381/2008 Sb. Touto vyhláškou je stanoven kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků (vyhláška č. 423/2004).

#### **Závěr:**

Závěrem lze plynule navázat na předešlé důležité mezníky v pokroku, zvyšování odbornosti a kvalitní ošetrovatelské péči připravovanou novelizací zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Jestli je předložená novelizace postupem před anebo vrácením o několik kroků nazpátek ukáže čas.

**Použitá literatúra:**

KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství: Pro SZŠ [stř.zdrav.školy], PSS [pomaturitní specializační stud.]*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. ISBN 80-7013-123-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.

VUČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994. ISBN 80-7168-151-2.

**Kontakt na autora:**

Mgr. Lucie Libešová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

Czech Republic

mobil: +420 777 316 314

tel: +420 475 284 219

email: lucie.libesova@ujep.cz

## PŘIPRAVOVANÁ NOVELIZACE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČR,, 4+1“

Daša Maniaková

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií

### Úvod

*„Legislativním procesem úspěšně prochází návrh ministerstva zdravotnictví, podle kterého by bylo napříště možné získat kvalifikaci všeobecné sestry podle tzv. modelu 4 + 1 – tedy po absolvování střední zdravotnické školy a jednoho roku studia na vyšší zdravotnické škole“.*

Medical Tribune 16/2016

Připravovaná novelizace vyvolává v odborné společnosti mnoha pozitivních ale i negativních reakcí. Pokud bude model 4+1 přijat k čemu může dojít: zkrátí se pouze studium zdravotnických pracovníků a studium všeobecné sestry zůstává tříleté, již je dnes, dvojkolejná profesní příprava všeobecní sestry bude trojkolejná, název zdravotnický asistent bude nahrazen praktická sestra, stěžením pracovních podmínek dojde pravděpodobně časem k stabilizaci počtu sester, finanční úspora – sestra již nebude v platové třídě vysokoškoláků (Svobodová 2016).

### Obsah posteru

Interpretace průzkumného šetření se zaměřením na postoj sester k vysokoškolskému vzdělávání.

*Metodika:* Anonymní nestrukturovaný dotazník.

**Cíl:** Zjistit postoje a názory sester z praxe na vysokoškolské vzdělávání sester a připravované novelizaci vzdělávání.

**Analýza a interpretace výsledků:** Vzorek respondentů tvořilo 50 sester bez vysokoškolského vzdělání a 50 sester již s ukončeným nebo probíhajícím vysokoškolským vzděláním. Z výsledku průzkumu vyplývá:

a) postoje a názory sester se středoškolským vzděláním, průměrná délka praxe 15 let: 10 % nesmysl, zbytečnost, 7 % potřeba v případě vedoucí funkce (staniční, vrchní sestra), 2 % v případě požadavku ze strany zaměstnavatele, 15 % potřebné pouze na jednotkách intenzivní péče na standardních lůžkových odděleních zbytečné, 1 % vzdělávání by mělo být pro sestru celoživotní prioritou, 9 % příliš mnoho teorie a nedostatek praxe, 6 % určitě



kombinovaná forma studia, 30 % upřednostňují specializační vzdělání, 18 % nedostatečné finanční ohodnocení vysokoškolsky vzdělané sestry, 2 % nejlepší byly klasické čtyřleté střední zdravotnické školy.

b) postoje a názory sester s ukončeným anebo probíhajícím vysokoškolským studiem prvního stupně – bakalář 45 respondentů, vysokoškolské vzdělání druhého stupně v oboru ošetrovatelství – magister 5 respondentů. Průměrná délka praxe 14 let. 5 % určitě ano s menší změnou učebních osnov, 32 % jednoznačně ano, bohužel zatím bez finančního ohodnocení, 40 % ano ale až po určité době v praxi, 5 % v rámci odborného růstu ano, 6 % nestudují z vlastního rozhodnutí, dle mého názoru je to zbytečné, 12 % rozhodně ano, bez bližší specifikace.

### **Závěr**

Nedostatek sester versus pacient očekávající kvalitní, vysoce odbornou péči. Vyřeší tento problém plánovaná novelizace ve vzdělávání.

### **Použitá literatura:**

SVOBODOVÁ, Hana. 16/2016. *K čemu by vedla připravovaná změna vzdělávání sester?* [online]. Medical Tribune [cit. 2016-09-09]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/40133-k-cemu-by-vedla-pripravovana-zmena-vzdelavani-sester>

### **Kontakt na autora:**

Mgr. Daša Maniaková

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

Czech Republic

mobil:+420 776 790 697

tel:+420 475 284 239

email: [dasa.maniakova@ujep.cz](mailto:dasa.maniakova@ujep.cz)

## **OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ U PACIENTOV S CHRONICKOU RENÁLNOU INSUFICIENCIOU S VENÓZNymi KOMPLIKÁCIAMI**

Alena Dziacka, Andrea Botíková, Pavlína Šebáková

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práca, Katedra ošetrovatel'stva, Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava, Slovenská republika

### **ABSTRAKT**

Chronická renálna insuficiencia výrazne zasahuje a ovplyvňuje nielen fyzické, ale aj psychické, sociálne a duchovné potreby jedinca. Podmienkou úspešnej terapie je zavedenie kvalitného cievneho prístupu a kvalitná ošetrovatel'ská starostlivosť o hemodialyzovaného pacienta. Cieľom príspevku bolo analyzovať a prezentovať výsledky prieskumu zameraného na porovnanie ošetrovatel'skej starostlivosti u pacientov s CHRI s venóznym vstupom z hľadiska rizika komplikácií a uspokojovania bio – psycho – sociálno – spirituálnych potrieb. Na základe výsledkov prieskumu navrhnúť odporúčania pre prax. Pre prezentovanie ošetrovatel'ských techník a empirie z praxe sme sa rozhodli pre metódu klinickej kazuistiky. Zber údajov bol realizovaný u dvoch pacientov vo Fakultnej nemocnici Trnava. Pri ošetrovaní CVK sestry dodržiavali aseptický postup. Mechanicky si umývali a dezinfikovali ruky pred a po každom výkone. Používali sterilné rukavice. Za nedodržanie zásad barierového ošetrovania považujeme nosenie dlhých nechťov a šperkov. Z prieskumu vyplýva, že v prevencii kavalovej sepsy je efektívnejšie ošetrovať CVK 2 % - ným Chlórhexidínom, ktorý je v 98 % účinný v ničení grampozitívnych baktérií. V uspokojovaní potrieb sa intenzívnejšie zameriavame na riešenie psycho - sociálnych a spirituálnych potrieb. Navrhujeme realizovať odborné semináre pre odbornú i laickú verejnosť o komplikáciách hemodialyzačnej liečby. CHRI je hraničnou situáciou, ktorá núti prehodnocovať konanie človeka a otázky zmyslu života.

**Kľúčové slová:** Chronická renálna insuficiencia. Centrálny venózný katéter. Kazuistika. Venózna komplikácia. Potreba.

## **ABSTRACT**

Chronic renal insufficiency significantly affects and influences not only physical but also psychological, social and spiritual needs of the patient. High-quality vascular entry and hemodialysis are basis of successful therapy. The aim of the survey was to analyze nursing care for patients with chronic renal insufficiency with venous entry in terms of complication risk and satisfying of bio - psycho - socio - spiritual needs. We have chosen the method of clinical case studies to demonstrate nursing techniques and clinical experience. Data were obtained about two patients at the University Hospital in Trnava. Nurses treated patients with central venous catheter under aseptic conditions. They washed and disinfected their hands before and after each treatment. They also used sterile gloves. Wearing long nails and jewellery breach basis of barrier treatment. The survey shows that 2 % Chlorhexidine is effective for the prevention of catheter sepsis, which is 98 % effective in destroying Gram-positive bacteria. We focused more intensively on solving psycho - social and spiritual needs as a part of complex nursing care. We suggest to organize training seminars for professionals and the general public about the complications of hemodialysis treatment. Chronic renal insufficiency is the extreme situation that forces a patient to reevaluate his or her behavior and the meaning of life.

**Key words:** Chronic renal insufficiency. Central venous catheter. Case study. Venous complication. Need.

## **Použitá literatúra:**

GALKO, J. et al. 2011. Cievny prístup pre hemodialýzu a komplikácie. In *Vaskulárna medicína - Suplement 2* [online]. 2011, roč. 8, č. 3 [cit. 2015-08-11]. Dostupné na internete: <<http://www.solen.sk/pdf/1ab57ef85bd320ae3619c42c03cefb72.pdf>>. ISSN 1338-0214.

GULÁŠOVÁ, I. 2004. Psychosociálne problémy a význam komunikácie sestry u dialyzačných pacientov. In *Aktuality v nefrologii* [online]. 2004, roč. 9, č. 2 [cit. 2015-01-11]. Dostupné na internete: <[http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality\\_nefro/2004/2\\_04/05\\_gulasova\\_avn\\_2\\_04\\_web\\_zabezp.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2004/2_04/05_gulasova_avn_2_04_web_zabezp.pdf)>. ISSN 1213-3248.

HARGAŠOVÁ, M. 2012. Prevencia vzniku katérových infekcií. In *Pediatrica*. ISSN 1336-863X, 2012, roč. 5, č. 7, s. 38-39.

LADICKÁ, M. 2006. Spolupráca praktického lekára a onkológa v liečení onkologického pacienta. In *Via practica*. ISSN 1339-424X, 2006, roč. 3, č. 3, s. 143-146.

ŠRAMKA, M., BÉREŠOVÁ. A. 2005. Ošetrovatel'ská starostlivosť o dialyzovaného pacienta. In *Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce P. Gojdiča, 2005. ISBN 80-969449-1-6, s. 91-96.

VIKlickÝ, O. – JANOUŠEK. L. – BALÁŽ. P. a kol. 2008. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. S: 84. ISBN 978-80-247-2455-3.

ŽIAKOVÁ, K. – GALAJDA. P. – ŠUTARÍK. Ľ. 2003. *Ošetrovatel'stvo vo vnútornom lekárstve – Vysokoškolské skriptá*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2003. 70-74 s. ISBN 80-88866-28-6.

## **KONTAKT**

PhDr. Alena Dziacka, PhD.

TU, FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

Univerzitné námestie 1

918 43 Trnava

mail: alena.dziacka@truni.sk

mobil: +421911232836

## MOŽNOSTI      HODNOTENIA      FAKTOROV      KLINICKÉHO PROSTREDIA V PREGRADUÁLNO M VZDELÁVANÍ SESTIER

Anna Hudáková, Dagmar Magurová, Silvia Cibíriková, Elena Gurková, Slávka Mrošková  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovatel'stva

### Abstrakt

**Úvod.** Percepcia faktorov klinického prostredia študentmi bakalárskeho stupňa vzdelávania v študijnom odbore ošetrovatel'stvo je dominantným zámerom projektu: Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier.

**Cieľ.** Zámerom príspevku je prezentovať na základe obsahovej analýzy hodnotiacich nástrojov tie, ktoré budú reflektovať spôsobilosti študentov pri ich implementácii v klinickej praxi.

**Metodika.** Prehľad nástrojov primárne vychádzal z komplexu randomizovaných kontrolovaných štúdií vo vedeckých a odborných databázach MEDLINE, EBSCO, ProQuest.

**Výsledky a diskusia.** Realizáciu nástrojov v ošetrovatel'skej praxi definuje Americká asociácia vysokých škôl ošetrovatel'stva základného bakalárskeho vzdelania pre profesionálnu ošetrovatel'skú prax ako najlepšiu formu hodnotenia pre bakalárske študijné programy. Na základe Delphi metódy a ohniskových skupín v rámci realizácie projektu bol vybraný merací nástroj na hodnotenie klinického prostredia vo vzdelávaní študentov ošetrovatel'stva v klinických podmienkach a nástroj hodnotenia študentov v klinických podmienkach autorov. Implementácia klinického hodnotenia do portfólia študentov poskytuje kompozitný obraz o ich spôsobilosti pre ich následne uplatnenie v ich profesionálnej praxi. Slovenská verzia nástroja Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale môže byť používaná na posúdenie výkonnosti študentov v klinických podmienkach. Validita a reliabilita nástroja môžu zaručiť objektívne hodnotenie výkonnosti študentov ošetrovatel'stva v klinickom prostredí.

**Kľúčové slová:** Nástroje hodnotenia. Klinická prax. Hodnotenie. Vzdelávanie sestier.

## **Abstract**

**Introduction.** Perception of factors of clinical environment through the students of bachelor degree of education in nursing is the dominant objective of the project. Evaluation of clinical learning environment in nursing pre-graduate education.

**The aim.** the aim of this paper is to present on the basis of content analysis of assessment tools those that will reflect the clinical competence of students in their implementation in clinical practice.

**Methods.** Overview of instruments was based primarily on the complex of randomized controlled trials in the scientific and professional databases MEDLINE, EBSCO, ProQuest.

**Results and discussion.** Realisation of tools in nursing practice is defined American Association of Colleges for Nursing's Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice as the best form of evaluation for bachelor degree programs. Based on the Delphi method and focus groups within the framework of the project has been selected Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale. Implementation of clinical evaluation in portfolio of students secures composite picture of their performance for subsequent entry into their professional practice. The Slovak version of the Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale can be used to evaluate nursing students' performance in clinical settings. A valid and reliable tool may allow an objective evaluation of nursing students' performance in clinical settings.

**Key words:** Tool of evaluation. Clinical practice. Evaluation. Nursing education.

## **Úvod**

Transformácia vzdelávania v krajinách Európskej únie priniesla mnohé zmeny v oblasti modifikácie výučby, náplne samotného kurikula a časovej dotácie hodín predmetov, implementácie nových výučbových metód do štúdia a pod. Odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností v jednotlivých zdravotníckych povolaniach sa získava nadobudnutím 1. stupňa vysokoškolského vzdelania alebo 2. stupňa vysokoškolského vzdelania v akreditovaných odboroch. Rozsah časovej dotácie pre študijný odbor ošetrovatel'stva predstavuje 4600 hodín, kde polovica dotácie hodín, teda 2300 hodín musí obsahovať praktickú činnosť v rozsahu prípravy na povolanie sestry. Závažnosť študenta predstavuje pomer kontaktných a nekontaktných hodín v súlade so smernicami EÚ

Vzdelávanie v ošetrovatel'stve v súčasnosti odhaľuje mnoho výziev, dôležitou z nich je hodnotenie klinických spôsobilostí študentov. Klinické hodnotenie v praxi predstavuje priame

pozorovanie študentov v aktuálnom a reálnom nepredvídateľnom prostredí. Percepcia faktorov klinického prostredia študentami bakalárskeho stupňa vzdelávania v odbore ošetrovatel'stvo je dominantným zámerom projektu: "Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier." V rámci projektu zámerom riešiteľského tímu je identifikovať skúsenosti študentov s klinickou výučbou a implementovať moderné aktivizujúce spôsoby výučby do vysokoškolského vzdelávania. Rovnako je potrebné zefektívniť výučbu v klinických podmienkach a zlepšiť spoluprácu medzi vzdelávacími inštitúciami a zdravotníckymi zariadeniami v rámci vzdelávania študentov v klinických podmienkach, a tak prepojiť teóriu s praxou.

### **Cieľ práce**

V súvislosti s naplnením cieľov projektu riešitelia vytvorili prehľad nástrojov hodnotenia klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier. Hodnotiace nástroje by mali byť schopné identifikovať charakteristiky klinickej praxe, zvýšiť jej efektivitu a posilniť vzťah medzi učiteľom a študentom (Mahara, 1998). Cieľom príspevku je prezentovať na základe obsahovej analýzy hodnotiace nástroje, ktoré budú reflektovať klinické spôsobilosti študentov pri ich implementácii v klinickej praxi. Selekciou vybraných nástrojov dosiahneme výber konkrétneho nástroja pre jeho implementáciu u študentov v klinickom prostredí.

### **Metodika**

Príspevok má charakteristiky prehľadovej štúdie. Prehľad nástrojov primárne vychádzal z komplexu randomizovaných kontrolovaných štúdií vo vedeckých a odborných databázach MEDLINE, EBSCO, ProQuest, kde sme identifikovali hodnotiace nástroje, určené pre evaluáciu klinických spôsobilosti študentov.

Zaraďovacími kritériami pre získaný prehľad nástrojov boli: zameranie štúdie, oblasť hodnotenia študentov v klinických podmienkach a psychometrické vlastnosti nástroja.

Zo získaného prehľadu boli vyradené štúdie, ktoré skúmali: hodnotenie študentov v rozsahu teoretickej výučby, štúdie, ktoré skúmali hodnotenie budúcich lekárov a štúdie, ktoré uvádzali nástroje s nízkou hodnotou validity a reliability.

### **Výsledky a diskusia**

Implementácia hodnotiacich nástrojov klinických spôsobilosti študentov do klinickej praxe prispieva k zvýšeniu vedomostnej úrovne hodnotených, k objektivizácii samotného hodnotenia, a ku zlepšeniu kvality poskytovanej starostlivosti.

Hodnotenie by malo zahŕňať racionálne argumenty, ako napr. fakt, že výučba študentov je skutočne efektívna, prípadne, aké sú dôvody neefektivity. Metódy hodnotenia by mali byť spoľahlivé a konzistentné. Musia teda zaručovať, že výsledok hodnotenia je odrazom skutočných vedomostí a schopností študenta, a nie odrazom momentálneho duševného rozpoloženia skúšajúceho, či kvality alebo nekvality hodnotiaceho nástroja. Na zisťovanie komplexných klinických schopností a zručností je potrebné použiť predovšetkým praktické skúšky (Chou et al., 2008; Oerman et al., 2009). Formatívne hodnotenie je vnímané ako výučbová stratégia, zabezpečujúca spätnú väzbu študentov v priebehu klinického procesu učenia sa. Získané údaje umožňujú študentom a pedagógom určiť intervencie pre dosiahnutie učebných cieľov v rámci klinickej praxi (Edwards, Davis, 2006; Hand, 2006; O'Connor, 2001). Sumatívne hodnotenie sa vykonáva na konci semestra a poskytuje finálne rozhodnutie o tom, či študent dosiahol ciele vzdelávania, a tiež, či klinická prax študenta spĺňa stanovené štandardy bezpečnosti a evaluácie (Gallant et al., 2006). V ideálnom prípade by sa formatívne a sumatívne hodnotenie malo kumulovať a realizovať v konkrétnej klinickej situácii. Nástroje klinického hodnotenia študentov by mali zahŕňať komplexné klinické skúšanie, a zároveň zlepšovať motiváciu a spätnú väzbu študentov v klinických a komunikačných schopnostiach (Hauer et al. 2006). V záujme klinického hodnotenia študentov v ošetrovatel'stve a iných zdravotníckych odboroch je kľúčovou zmenou využívanie validných a reliabilných hodnotiacich nástrojov (Gallant et al., 2006). Realizáciu nástrojov v ošetrovatel'skej praxi definuje aj *American Association of Colleges for Nursing's Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice* (2008), ako najlepšej formy hodnotenia pre bakalárske študijné programy (Eymard et al., 2014). Uvádzame charakteristiky a deskripciu jednotlivých hodnotiacich nástrojov (tab. 1).



**Nové trendy v ošetrovatel'stve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

**Tabuľka 1.** Nástroje hodnotenia klinických spôsobilosti a zručnosti u študentov

| Názov                                              | Autor a rok                                  | Zameranie<br>(Cieľová skupina)   | Oblasť posúdenia,<br>hlavné kompetencie                                                                                                               | Psychometrické vlastnosti                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1) | Ääri et. al., 2008                           | Intenzívne ošetrovatel'stvo      | Oblasti I-IV (144 pol) :<br>Vedomostí (1-36)<br><br>Základné zručnosti (37-72)<br>Postoje, základné hodnoty (73-108)<br>Základné skúsenosti (109-144) | Cronbach alfa = 0,98<br>Validita konštruktu:<br>(Bentler–Bonett correlation fit index)<br>BB CFI:<br>Model I = 0,44; Model IVa = 0,85; Model IVb = 0,81;<br>Model IVc = 0,77 |
| Clinical Performance Evaluation Tool (CPET)        | Cronin-Stubbs D; Mathews JJ (1982)           | Ošetrovatel'stvo a iné odbory    | Orientácia na pacienta, tímová práca, implementácia EBP, zlepšovanie kvality, bezpečnosť, informácie.                                                 | Citlivosť nástroja: položky merané ako kritérium splnenia/nesplnenia a celkovým skóre CPETE vyhovet/nevyhovet.                                                               |
| PCC scale (patient-centred care competency)        | National Research Foundation of Korea (2010) | Ošetrovatel'stvo – klinická prax | Metóda bola definovaná ako starostlivosť orientovaná (centrovaná na) na pacienta                                                                      | Reliabilita: Cronbach alpha = 0,92<br>Kaiser–Meyer–Olkin meranie = 0.94                                                                                                      |
| Quality Clinical Placement Evaluation (QCPE)       | Robinson et al. (2007).                      | Ošetrovatel'stvo – klinická prax | Zameranie na študentov pod dohľadom sestry, tzv Supervising Ward Nurse (SWN)                                                                          | Reliabilita: Cronbach alpha = 0,955<br>Kaiser–Meyer–Olkin meranie = 0.85                                                                                                     |
| Clinical Internship Evaluation Tool (CIET)         | Fitzgerald et al. (2007)                     | Fyzioterapia – klinická prax     | výkon študenta, manaž. schopnosti (vo vzťahu k pac.), bezpečnosť, prof. etika, úroveň komunikácie.                                                    | Reliabilita: Kaiser–Meyer–Olkin=0.95                                                                                                                                         |

Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1): Bentler–Bonett porovnávací fit index, BB CFI: Model I = 0,44; Model IIa = 0,49; Model IIb = 0,60; Model III = 0,52; Model IVa = 0,85; Model IVb = 0,81; Model IVc = 0,77.

Critical Care Nursing Competence Scale (ICCN-CS-1) je veľmi špecifický nástroj. Bol testovaný v intenzívnej ošetrovatel'skej starostlivosti sestrami a lekármi prostredníctvom Delphi metódy. Položky dotazníka sú zamerané na princípy ošetrovatel'skej praxe, klinické odporúčania, realizáciu adekvátnych rozhodnutí, etické princípy, spoluprácu v rámci tímu a pod. Lakanmaa et al. (2012) uvádza, že kompetencie v intenzívnej starostlivosti v rámci ošetrovatel'stva zahŕňajú vedomostnú bázu, odborné zručnosti, skúsenosti a hodnotovú oblasť budúcich profesionálov. ICCN-CS-1 bol testovaný u študentov bakalárskych študijných odborov v klinickej praxi. Škála je vhodná pre testovanie hodnotenia študentov mentormi v klinickej praxi.

Inkorporácia CPET do praxe vyžaduje, aby študent a klinický inštruktor realizoval hodnotiaci nástroj približne v strede semestra a v závere každej klinickej skúsenosti. Priebežný monitoring študentov umožňuje ich efektívnejšie hodnotenie v klinických podmienkach. Spôsob hodnotenia výsledkov nástroja obsahuje tri kategórie: stupeň: S – Satisfactory, uspokojivé, demonštruje výborné schopnosti a spôsobilosti študenta; NI - Needs Improvement, vyžaduje zlepšenie, vyjadruje priemerné vedomosti študenta; U – Unsatisfactory, neuspokojivé, klinické výsledky reflektujú ťažkosti v zabezpečení ošetrovatel'skej starostlivosti (Eymard et al., 2014). Všetky komponenty konštruktu CPET by mali byť homogénne a vo všetkých oblastiach by mal byť interpretovaný rovnaký klinický priebeh (Walsh et al., 2010). Benefitom nástroja je implementácia výsledkov praxe založenej na dôkazoch do praxe a jeho orientácia na pacienta.

Praktické skúšky výkonov sú používané na celom svete ako nástroj na posúdenie klinických zručností študentov v procese vzdelávania (Ishikawa et al 2006). Vynára sa potreba implementácie vhodných nástrojov do klinickej praxe v záujme kvality starostlivosti a bezpečnosti pacienta. Americký inštitút medicíny (Institute of Medicine, IOM) navrhol tézy, ktoré ponúkajú, akým spôsobom majú byť pripravení zdravotnícki profesionáli na kvalitnú starostlivosť o pacienta s dôrazom na tímovú prácu, implementáciu praxe založenej na dôkazoch a na zvyšovanie ich odborných spôsobilostí (kvality, bezpečnosti a informatiky). V Kórei bol realizovaný výskum na posúdenie starostlivosti, zameranej na pacienta, tzv. Patient-Centred Care (PCC) s cieľom hodnotenia kompetencií u sestier v nemocniciach spoľahlivým a ekonomickým spôsobom. Štúdia v akademickom prostredí mala hodnotiť

atribúty ošetrovateľskej starostlivosti u budúcich sestier a jej cieľom bolo navrhnúť klinický nástroj (PCC) a testovať jeho psychometrické vlastnosti (Hwang, 2015). Zistenia pomohlo určiť, ktoré faktory v oblasti kompetencií sestier je potrebné rozvíjať, aby sa zvýšila efektivita starostlivosti o pacienta, zahŕňajúca komponenty ošetrovateľského vzdelania, ale aj klinickej praxe.

Komplexné praktické využitie má nástroj Quality Clinical Placement Evaluation (QCPE, Robinson et al., 2007). V súvislosti s ním môže študent absolvovať dohľad inej osoby – sestry, tzv. Supervising Ward Nurse (SWN). Ide o štandardný príklad uplatnenia mentorstva v praxi. Cieľovou skupinou sú výlučne vysokoškolskí študenti, u ktorých sa počas realizácie praktickej výučby hodnotia získané skúsenosti z pohľadu študenta a prebieha aj hodnotenie z pohľadu sestry-supervízorky. Systém SWN je kľúčovým zdrojom hodnotenia komplexnosti každodennej praxe v nemocničnom zariadení. Supervízia poskytuje podporu výučby študentov bakalárskeho stupňa ošetrovatel'stva priamo v „teréne.“ Uvedený nástroj umožňuje manažérom oddelení a nemocníc zabezpečiť prístup ku meraniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti z hľadiska kľúčových zainteresovaných strán (Courtney-Pratt et al., 2013).

Ošetrovatel'stvo kooperuje s inými odbormi, avšak nástroje hodnotenia študentov majú špecifický charakter pre určený odbor s dôrazom na obsah študijného odboru. Zaujímavým je nástroj používaný v magisterskom štúdiu u fyzioterapeutov - Clinical Internship Evaluation Tool (CIET, Fitzgerald et al., 2007), ktorý hodnotí klinické správanie študenta vo vzťahu k pacientovi počas klinickej výučby. Položky nástroja vychádzali z kritérií akreditácie odboru a zahŕňali: výkon študenta, manažérske schopnosti (vo vzťahu k pacientovi), bezpečnosť, profesionálnu etiku, úroveň komunikácie. Reliabilita nástroja zabezpečila použiteľnosť nástroja v praxi (Kaiser–Meyer–Olkin = 0.95). Externá platnosť nástroja preukázala vysokú koreláciu medzi manažmentom pacientov a globálnym hodnotením klinickej kompetencie študentov. Vyššie skóre rekonvalescencie pacienta bolo spojené s vyšším výsledkom hodnotenia klinických spôsobilosti študenta (Fitzgerald et al., 2007).

Nástroje hodnotenia u študentov, používané v súčasnosti nezohľadňujú odborné kompetencie sestier ako súčasť procesu klinického hodnotenia odborníkov v ošetrovatel'stve. Bolo nevyhnutné, aby hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier implementovalo aj vstup kľúčových zainteresovaných strán, vrátane študijných programov. Implementácia klinického hodnotenia do portfólia študenta by umožnila kontinuálny záznam klinickej evaluácie počas štyroch semestrov u všetkých klinických predmetov a poskytla kompozitný obraz ich výkonnosti pre následný vstup do ich odbornej praxe. Klinické

kompetencie delíme do troch kategórií: princípy ošetrovatel'skej starostlivosti, klinické pokyny a ošetrovatel'ské intervencie. Odborná spôsobilosť je rozdelená do štyroch kategórií: etické aktivity a oboznámenosť s právnymi predpismi zdravotnej starostlivosti, rozhodovanie a rozvojové aktivity, spolupráca a tímovosť (Krautscheid et al., 2014). Obidve oblasti pôsobnosti majú zodpovedajúce základne: vedomostnú bázu, zručnosť základných postupov, postoje, základné hodnoty a skúsenosti. Každá základňa obsahuje sedem kategórií: základy ošetrovatel'skej starostlivosti, klinické pokyny, ošetrovatel'ské intervencie, etickú spôsobilosť, oboznámenosť s právnymi predpismi zdravotnej starostlivosti, rozhodovanie, aktivity rozvoja a spolupráce (Kaiser, Rudolph, 1996).

Kritériá klinickej praxe zahŕňajú evaluáciu kognitívnych, afektívnych a psychomotorických poznatkov v záujme realizácie sesterských intervencií podľa najnovších poznatkov a odporúčaní. Klinické hodnotenie jednoznačne prispieva k inovácii a zlepšeniu vyučovacieho procesu, pomáha dodržiavať stanovené štandardy a chráni verejnosť pred neoprávnenými zásahmi (Mahara, 1998). Študenti by v závere štúdia mali vedieť identifikovať aktuálne a potenciálne problémy pacienta s ohľadom na ich prioritu, aktuálne ich vyriešiť a dokumentovať. Navrhovaný proces učenia by mal byť charakterizovaný hodnotiacim nástrojom, ktorý umožní dialóg študenta s učiteľom, získanie odborných skúseností v praxi s využitím klinických príkladov ošetrovatel'ských činností s cieľom podpory úrovne výkonu študenta. Separované chápanie vykonávania ošetrovatel'ských intervencií (realizácia) od ostatných fáz ošetrovatel'ského procesu súvisí pravdepodobne so spôsobom hodnotenia. Finálne hodnotenie sa zameriava predovšetkým na dokumentáciu a referovanie plánov ošetrovatel'skej starostlivosti, ktoré zahŕňajú posudzovanie, diagnostiku pacienta, plánovanie, dokumentáciu zrealizovaných činností a vyhodnotenie. Úroveň konkrétnych výkonov je vo veľkej miere hodnotená samostatne.

Riešiteľský kolektív projektu v spolupráci s ďalšími piatimi slovenskými univerzitami (Univerzitou Komenského v Bratislave, Univerzitou Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Univerzitou Konštantína Filozofa v Nitre, Trnavskou univerzitou v Trnave, Katolíckou univerzitou v Ružomberku) na základe Delphi metódy a ohniskových skupín vybrali konkrétny merací nástroj na hodnotenie klinického prostredia vo vzdelávaní študentov ošetrovatel'stva v klinických podmienkach - Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher Evaluation Scale (CLES-T) autorov Saarikoski et al. (2008) a nástroj hodnotenia študentov v klinických podmienkach - Nursing Student Clinical Performance Evaluation Scale (NSCPES) autorov Karayurt et al. (2009). Na základe získaného súhlasu s

použitím nástrojov sme v spolupráci s oslovenými piatimi univerzitami na Slovensku začali realizovať pilotný výskum, zameraný na percepciu faktorov klinického prostredia študentami jednotlivých ročníkov prvého stupňa vysokoškolského vzdelávania v odbore ošetrovatel'stvo. Výslednú verziu dotazníka autori testovali z aspektu vnútornej konzistencie a validity (faktorovej analýzy), na základe ktorej autori vylúčili ďalšie dve položky z dôvodu ich nízkeho faktorového nabitia. Finálna verzia škály tak obsahuje 26 položiek rozdelených do troch subškál – ošetrovatel'ský proces (12 položiek), odbornosť (9 položiek) a dodržiavanie etických zásad (5 položiek) (Karayurt et al., 2008). Každá položka je hodnotená na stupnici od 1 (neprijateľná úroveň výkonu) do 10 (maximálne dosiahnuteľná úroveň výkonu). Skóre pre sumatívne hodnotenie študentov sa získava nasledovne. Celkové získané skóre sa vydeli počtom položiek a násobí desiatimi. Maximálne skóre, ktoré môže študent pri hodnotení získať je 100. Výsledné hodnotenie je možné aplikovať na klasifikačnej stupnici A – FX, kde dosiahnutie menej ako 49 bodov korešponduje s hodnotením – nedostatočne (FX). Testovanie slovenskej verzie bolo realizované z aspektu analýzy reliability a faktorovej analýzy, vrátane deskriptívnej štatistiky položiek. Faktorová analýza (extrakcia faktorov, rotácia, interpretácia, pomenovanie) bola na položkových údajoch NSCPES realizovaná s cieľom identifikovania redukovaného počtu spoločných faktorov.

Vnútorňá konzistencia (Cronbachova alfa) originálnej verzie bola 0,97 (Karayurt et al., 2008). V našej práci sme sledovali vnútornú konzistenciu celej škály, hodnota Cronbachovej alfy dosiahla hodnotu 0,98. Vnútorňá konzistencia subškál sa pohybovala od 0,94 (dodržiavanie etických zásad) po 0,97 (ošetrovatel'ský proces). Koefficienty celej škály, ako aj subškál sú uspokojivé, čo naznačuje, že nástroj má dobrú vnútornú konzistenciu.

Jeho uplatnenie v klinickej praxi je reálne, pretože zahŕňa tie subškály v rámci odbornej prípravy študenta, ktoré sú v klinickej praxi dominantné. V súčasnosti prebieha štatistické spracovanie získaných výsledkov nástroja NSCPES, ktoré budú obsahom ďalších analýz s cieľom inovácie v oblasti hodnotenia klinických spôsobilostí budúcich sestier v praxi.

## **Záver**

Súčasné trendy v hodnotení vedomostí a zručností študentov zdôrazňujú celostný prístup vo vymedzení kompetencií a metodológii hodnotenia študentov. Komplexný a celostný prístup k hodnoteniu sa v porovnaní s tradičným behaviorálnym prístupom zameriava viac na kombináciu a interakciu kontextuálnych špecifických faktorov a vedomostí, zručností a postojov (vrátane etických) študenta. Vzdelávacie inštitúcie, zapojené do programu evaluácie

študijného programu a kurikula majú cielene poskytovať spätnú väzbu pre fakulty a kliniky so zámerom zlepšenia profesionality a inovácie klinického pedagogického prostredia. Meranie klinických kompetencií u študentov ošetrovatel'stva je problematické, pretože sú charakteristické heterogenitou svojho konceptu (Yanhua & Watson, 2011). Študijné programy bakalárskeho študijného programu ošetrovatel'stva vyžadujú účinné výučbové prístupy, ktoré pripravujú študentov pre efektívne zvládnutie klinickej praxe. Hodnotenie ošetrovatel'ských kompetencií je náročné vzhľadom k ich nedostatku pri uplatňovaní nástrojov a metód používaných pre účely posudzovania.

Na základe uvedených poznatkov existuje predpoklad, že v oblasti ošetrovatel'skej praxe bude dôraz kladený na autonómiu v ošetrovatel'skej starostlivosti. V ďalšom období sa očakáva, že sa vytvorí priestor pre uplatnenie vytýčených profesionálnych kompetencií a predpokladá sa, multi-profesionálny prístup v klinickej praxi..

*Štúdia vznikla ako súčasť projektu KEGA Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier (016PU-4/2015).*

#### **Použitá literatúra:**

ÄÄRI R-L, SUOMINEN T & LEINO-KILPI H. 2008. Competence in intensive and critical care nursing: a literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* 24, 78–89.

American Association of College of Nursing. (2008). *The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice*. [online]. [2016-05-12]. Dostupné z: <http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/BaccEssentials98.pdf>

COURTNEY-PRATT, H., FITZGERALD, M., FORD, K., JOHNSON, C., WILLS, K. 2013. Development and reliability testing of the quality clinical placement evaluation tool. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 504–514.

CRONIN-STUBBS D; MATHEWS JJ, 1982. A clinical performance evaluation tool for a process-oriented nursing curriculum. *Nurse Educator* [Nurse Educ], ISSN: 0363-3624, 1982 Jul-Aug; Vol. 7 (4), pp. 24-9.

EMERSON, R. J. 2007. *Nursing education in the clinical setting*. St. Louis, MO: Mosby.

EDWARDS, P. A., & DAVIS, C. R. (2006). Internationally educated nurses' perceptions of their clinical competence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37, 265-269.

EPSTEIN RM. Assessment in Medical Education. *N Engl J Med* 2007; 356: 387-396.

- EYMARD, A. S., DAVIS, A., LYONS, R. 2014. Progressive clinical evaluation tools based on the Quality and Safety Education in Nursing competencies. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, Vol. 4, No. 2. ISSN 1925-4040.
- FISHER MJ, MARSHALL AP & KENDRICK TS. 2005. Competency standards for critical care nurses: do they measure up? *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22, 32–39.
- FITZGERALD, LM, DELITTO, A, IRRGANG, JJ. 2007. Validation of the Clinical Internship Evaluation Tool. *Physical Therapy*. 2007;87;844-860.
- FRIEDMAN B-D. Standard setting in student assessment. AMEE Educational Guide No 18
- Hofstede G. Culture's Consequences: International Differences in Work-related Values', 1980.
- GALLANT, M., MACDONALD, J. A., & SMITH HIGUCHI, K. A. 2006. A remediation process for nursing students at risk of clinical failure. *Nurse Educator*, 31, 223-227.
- HAND, H. 2006. Assessment of learning in clinical practice. *Nursing Standard*, 21, 488-456.
- HWANG J. 2015. Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice* 2015; 21: 43–51.
- CHOU CL, CHANG A, HAUER KE. 2008. Remediation workshop for medical students in patient–doctor interaction skills. *Medical Education*, 2008, 42:537.
- ISHIKAWA H, HASHIMOTO H, KINOSHITA M, FUJIMORI S, SHIMIZU T, YANO E. 2006. Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education* 40:1180–1187.
- KAISER, K. L., & RUDOLPH, E. J. 1996. In search of meaning: Identifying competencies relevant to evaluation of the community health nurse generalist. *Journal of Nursing Education*, 35(4), 157–162.
- KARAYURT, O., MERT, M., BESER, A. 2009. A study on development of a scale to assess nursing students' performance in clinical settings. In *Journal of Clinical Nursing*, 2009, Vol. 18, No. 8, pp. 1123-1130.
- KRAUTSCHEID, L., MOCERI, J., STRAGNELL, S., MANTHEY, L., NEAL, T. 2014. A Descriptive Study of a Clinical Evaluation Tool and Process: Student and Faculty Perspectives. *Journal of Nursing Education*, Vol. 53, No. 3, Suppl., 2014.
- LAKANMAA, R. L., SUOMINEN, T., PERTTILÄ, J., RITMALA-CASTRE'N, M., VAHLBERG, T., LEINO-KILPI, H. 2012. Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 799–810.

- MAHARA, M. S. 1998. A perspective on clinical evaluation in nursing education. In *Journal of Advanced Nursing*, 1998, Vol. 28, No. 6, pp. 1339-1346.
- OERMANN, M. H., SAEWERT, K. J., CHARASIKA, M., & YARBROUGH, S. S. 2009. Assessment and grading practices in schools of nursing: National survey findings Part I. *Nursing Education Perspectives*, 30 (5), 274-278.
- OERMAN, M. H., GABERSON, K. B. 2014. Evaluation and Testing in Nursing Education. Springer Publishing Company. 2014. 434 p. ISBN 978-08261-9555-5.
- O'CONNOR, A. B. 2001. *Clinical instruction and evaluation: A teaching resource*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 2001. p. 433.
- ROACH KE, FROST JS, FRANCIS NJ, GILES, S., NORDRUM, J. T., DELITTO, A. 2012. Validation of the Revised Physical Therapist Clinical Performance Instrument (PT CPI): Version. 2006. *Phys Ther.* 2012;92: Physical Therapy Volume 92 Number 3, 416–428.
- ROBINSON AL, ANDREWS-HALL S & FASSETT M. 2007. Living on the edge: issues that undermine the capacity of residential aged care providers to support student nurses on clinical placement. Australian. *Health Review* 31, 368–378.
- SAARIKOSKI M., ISOAHO H., WARNE T. & LEINO-KILPI H. (2008) The nurse teacher in clinical practice: developing the new subdimension to the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) Scale. *International Journal of Nursing Studies* 45, 1233–1237.
- YANHUA, C., & WATSON, R. 2011. A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), 832–836.
- YOUNG, M. E., CRUESS, S. R., CRUESS, R. L., STEINERT, Y. 2014. The Professionalism Assessment of Clinical Teachers (PACT): the reliability and validity of a novel tool to evaluate professional and clinical teaching behaviors. *Adv in Health Science Education*. 2014, 19: 99–113. Springer.
- WALSH, T., JAIRATH, N., PATERSON, M., & GRANDJEAN, C. 2010. Quality and safety for nurses clinical evaluation tool. *Nursing Education*. 2010; 49(9): 517-22.

#### **Kontakt autora**

PhDr. Anna Hudáková, PhD.  
Prešovská univerzita v Prešove  
Fakulta zdravotníckych odborov  
Katedra ošetrovatelstva  
Partizánska, 1; 080 01 Prešov



e-mail: Anna.Hudakova@unipo.sk

tel.: +421 907 412 206; +421 51 7562 460

web. [www.unipo.sk](http://www.unipo.sk)

## **KOURENÍ V PERIOPERAČNÍM OBDOBÍ - PRAXE ZALOŽENÁ NA DŮKAZECH**

Lenka Mazalová, Aneta Marešová

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatel'ství

### **Úvod**

Většina lidí stále spojuje kouření cigaret pouze s dýchacími problémy. Ty však představují jenom část problémů, nikotin vyvolává u kuřáků závislost a ovlivňuje řadu vazomotorických procesů, s dalšími chemickými látkami v cigaretovém kouři způsobuje zvýšení tepové frekvence, zvýšení krevního tlaku a postupné zúžení tepen v končetinách. K situacím, při nichž je kuřák ochoten zanechat kouření, nesporně patří i období před operací nebo bezprostředně po ní. Pacienti kuřáci, kteří mají podstoupit chirurgický výkon, by měli být varováni před zvýšeným rizikem komplikací souvisejících s kouřením a operačním zákrokem.

### **Vlastný text**

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat publikované poznatky týkající se vlivu kouření na předoperační, peroperační a pooperační období. Jako metodický postup byla použita metoda praxe založené na důkazech. Rešerší v elektronických databázích EBSCO, PubMed, Science Direct a ProQuest bylo vyhledáno 18 relevantních zdrojů. Byly mezi nimi metaanalýzy, systematické přehledy, randomizované kontrolované pokusy, kohortové studie, průřezové studie a deskriptivní studie. Výstupy analýzy těchto studií doložily poměrně silné důkazy o pozitivním vlivu abstinence kouření na prevenci pooperačních komplikací, a to v závislosti na délce této abstinence v týdnech. Další důkazy potvrdily zvýšený výskyt peroperační a pooperační bolesti, kardiovaskulárních a dechových obtíží v perioperačním období a pooperačních komplikací při hojení operační rány u pacientů kuřáků (např. infekce, ruptura stehů, snížená pevnost jizvy).

### **Záver**

Předoperační příprava pacientů kuřáků by měla respektovat vědecky podložené poznatky, které směřují k minimalizaci komplikací v tomto období. Velmi důležitou roli edukátorky v tomto procesu sehrává všeobecná sestra. Jako odborník by měla být schopna přesvědčivě argumentovat a sdělovat pacientovi validní a reliabilní informace týkající se důsledků kouření

ve vzťahu k perioperačnému obdobiu a využití tejto situácie pre efektívnu podporu úplnej abstinencie kouření.

**Kontaktná adresa:**

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Hněvotínská 3, Olomouc 775 15

telefon: +420 585 632 814

e-mail: [lenka.mazalova@upol.cz](mailto:lenka.mazalova@upol.cz)

## **COMPLIANCE HYGIENY RÚK U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV**

<sup>1</sup>Eva Nemčovská, <sup>2</sup>Halina Musiolová

<sup>1</sup>Katedra verejného zdravotníctva, FZSP TU, Trnavská univerzita

<sup>2</sup>Nemocnica Třinec, príspevková organizácia, ústavná hygienička

### **Súhrn:**

Hygiena rúk je najdôležitejšou metódou a nevyhnutnou súčasťou prevencie infekcií spojených so zdravotnou starostlivosťou. Ruky zdravotníkov sú najprecíznejším pracovným nástrojom a každý deň im pomáhajú. Zároveň sú však aj najčastejším prenášačom mikroorganizmov. Táto práca je zameraná na zistenie miery compliance hygieny rúk u zdravotníckych pracovníkov v nemenovanej nemocnici v Českej republike. Výskumné šetrenie bolo vykonané metódou sebahodnotenia zdravotníkov, vyplnením neštandardizovaného dotazníka, pozorovaním zdravotníkov pri vykonávaní hygieny rúk a analýzou fotodokumentácie rúk po vykonanej hygienickej dezinfekcii rúk pod UV lampou.

Kľúčové slová: compliance, hygiena rúk, nozokomiálna nákaza, zdravotnícky pracovník

### **Úvod**

Compliance hygieny rúk je od roku 2009 celosvetový problém a aktivitou WHO v rámci prvej globálnej výzvy k zvýšeniu bezpečnosti pacientov "Čistá starostlivosť je bezpečnejšia", dochádza k celosvetovému zameraniu pozornosti na hygienu rúk. V tom istom roku vznikla za spolupráce 100 svetových expertov Smernica k hygiene rúk v zdravotníctve. V Nemecku prof. G. Kampf publikoval, šesť "zlatých" pravidiel pre hygienu rúk, ktorá slúži ku zvyšovaniu compliance hygieny rúk u zdravotníckeho personálu. Patria sem kvalitné prípravky na hygienickú dezinfekciu rúk, dostupnosť dávkovačov, školenia a vzdelávanie personálu, dostatok financií, personálu a dôslednosť manažmentu nemocnice (Kampf, 2004) Výskumná skupina okolo Vicki Erazma na Erasmus University Medical Center v Rotterdame v Holandsku vykonala 96 štúdií stanovenia compliance hygieny rúk. Uvádzajú, že celková miera compliance v týchto štúdiách bola 40%, nižšia na jednotkách intenzívnej starostlivosti 30 - 40% a vyššia v 50 - 60% na ostatných oddeleniach. Nižšia miera compliance bola u lekárov 32% než u sestier 48% a pred kontaktom s pacientom vykonalo hygienu rúk 21%

zdravotníkov, zatiaľ čo po kontakte s pacientom 47% (Pyrek, 2012). Výskumná štúdia Nottingham University Hospital v Nottinghamu vo Veľkej Británii, ktorej cieľom bolo dvadsaťštyri hodinové sledovanie zdravotníkov pri vykonávaní hygieny rúk podľa indikácií podľa "piatich okamihov pre hygienu rúk" zistila, že zo 659 indikácií k hygiene rúk lekári vykonali túto činnosť v 47% a sestry v 75%. Pred aseptickým výkonom v tejto štúdii vykonalo hygienu rúk 100% zdravotníkov, po kontakte s biologickým materiálom 93%, po kontakte s pacientom 80% pred kontaktom s pacientom 68% a po kontakte s okolím pacienta 50% zdravotníkov (Randl, 2010). Pozorovacia štúdia skúmajúca compliance hygieny rúk vykonaná na University College Cork v Írsku porovnáva compliance hygieny rúk v štyroch nemocniciach. Celkovo bolo sledovaných 280 zdravotníkov pri 1737 indikáciách pre hygienu rúk. Celková miera compliance bola 30%, na jednotkách intenzívnej starostlivosti 28%, najvyššia miera noncompliance bola na pohotovosti a to v 36%. Lekári nevykonali hygienu rúk u 41% indikácií, sestry u 28%. Celkom bola nezhoda viac u mužov 38% ako u žien 28%. Pred kontaktom s pacientom nebola hygiena rúk vykonaná v 43%, pred aseptickým výkonom v 49%, po kontakte s pacientom v 19% po kontakte s biologickým materiálom v 20% (Creedon, 2008). Smernica WHO uvádza, že medzi najčastejšie rizikové faktory u zdravotníkov patrí štatút lekára, mužské pohlavie, fyzioterapeut, nedostatok pracovníkov. Najrizikovejšia je práca v intenzívnej starostlivosti, na chirurgickom oddelení, na anesteziologicko resuscitačnom oddelení, na pohotovosti a práce počas pracovných dní. Prerušenie starostlivosti o pacienta a veľký počet výkonov počas krátkej doby tiež patrí medzi rizikové faktory nevykonávania hygieny rúk. Zdravotníci najčastejšie uvádzajú ako príčinu noncompliance k hygiene rúk neznášanlivosť prípravku na kožu rúk, vysychanie pokožky, ďalej zlé umiestnenie umývadiel, nekvalitné papierové uteráky, nedostatok času, príliš veľa pacientov, nízke riziko prenosu infekcie, nedostatok vedomostí, nedostatočnou finančnou motiváciu, podceňovanie hygieny v zdravotnej starostlivosti a zabudlivosť (WHO, 2011).

### **Metódy**

Výskumné šetrenie bolo vykonané metódou sebahodnotenia zdravotníkov, vyplnením neštandardizovaného dotazníka (25 otázok), pozorovaním zdravotníkov pri vykonávaní hygieny rúk a analýzou fotodokumentácie rúk po vykonanej hygienickej dezinfekcii rúk pod UV lampou. Cieľom bolo zistiť mieru compliance hygieny rúk a najčastejšiu príčinu noncompliance u zdravotníckych pracovníkov v nemocnici v Českej republike v sledovanom období. Údaje boli spracované v MS Excel deskriptívnou štatistikou (absolútna a relatívna početnosť) vo forme tabuliek a grafov. Všetci zúčastnení vykonali tiež hygienickú

dezinfekciu rúk, pri ktorej bolo pozorované, akým spôsobom ruky dezinfikujú. Následne bola vykonaná kontrola pod UV lampou s fotografickou dokumentáciou a jej následnou analýzou s označením najčastejšie vynechaných miest. Pre vyhodnotenie hypotéz sme použili štatistický test  $\chi^2$  - kvadrát, vhodný na testovanie nominálnych premenných a pri nižších početnostiach bol použitý Fischerov exaktný test. Všetky dáta obsiahnuté v dotazníku boli preštudované a spracované len za účelom výskumného projektu a boli použité so súhlasom manažmentu nemocnice.

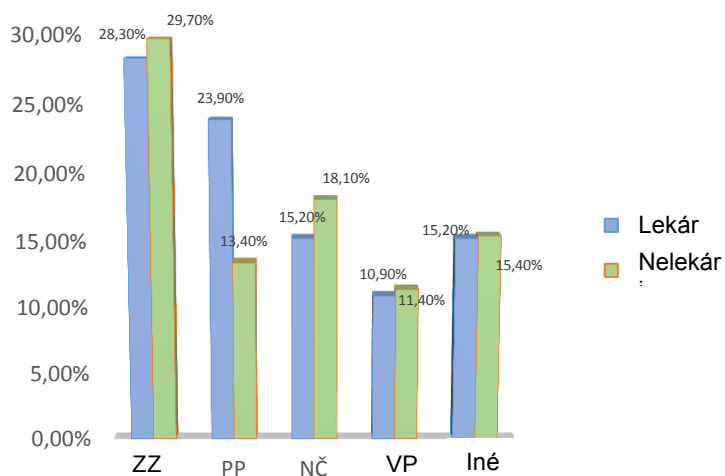
### **Výsledky**

Výskumný vzorku tvorilo celkom 195 zdravotníkov, z toho 46 lekárov (23,6%) a 149 nelekárov (76,4%). Priemerný vek bol 40,8 rokov. Medián veku v sledovanej skupine bol 42, najmladší respondent mal 20 rokov a najstarší 60 rokov. Smerodajná odchýlka veku bola 9,89.

Ako hlavný dôvod absencie akejkoľvek hygienickej dezinfekcie rúk uviedlo 36,4% zdravotníkov zlú znášanlivosť dezinfekcie, následne nedostatok času (17,4%) u zdravotníkov. Iné dôvody uviedlo 15,4% zdravotníkov (lenivosť, hlúposť, nechce sa mi), (Graf 1).

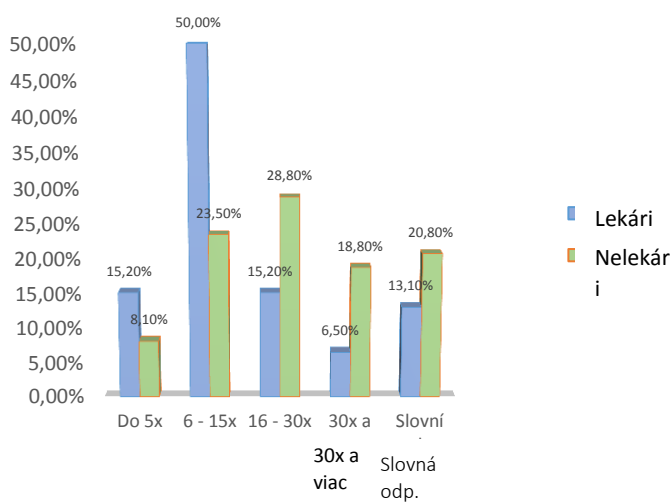
Priemerne vykonávajú zdravotníci hygienickú dezinfekciu rúk 23,9x za smenu. Lekári priemerne 14,5x za smenu a nelekári 27,1x za smenu (Graf 2).

Analýzou fotodokumentácie nadobudnutej po vykonanej hygienickej dezinfekcii rúk pod UV lampou sme zistili, že správne prebralo hygienickú dezinfekciu rúk 123 (63,1%) zdravotníkov a nesprávne 72 (36,9%) zdravotníkov. Analýzou fotodokumentácie zle vykonanej hygienickej dezinfekcie rúk sme zistili, že medzi najčastejšie vynechávanie miesta pri vykonávaní hygienickej dezinfekcie rúk patrili končeky prstov na pravej ruke (54x; 47,8%), na ľavej ruke (28x; 33%), (Obrázok 1, Obrázok 2). Zdravotníci, ktorí vykonali zle dezinfekciu rúk 72 (37%) vynechali celkom 198 miest na rukách. Sledovaním zdravotníkov počas vykonávania hygienickej dezinfekcie rúk pred kontrolou pod UV lampou bolo zistené, že celkom 144 (73,8%) zdravotníkov vykonávalo dezinfekciu svojím vlastným spôsobom a 51 (26,2%) zdravotníkov vykonalo hygienickú dezinfekciu rúk podľa odporúčania WHO.

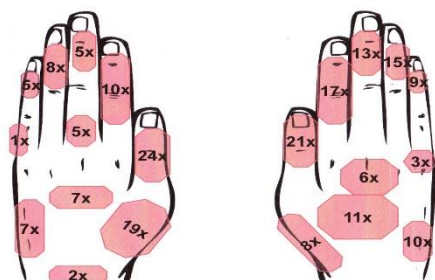


Graf 1 Hygienická dezinfekcia rúk - hlavný dôvod nevykonávania

Použité skratky: ZZ - zlá znášanlivosť, PP - pracovné preťaženie, NČ - nedostatok času, VP - príliš veľa pacientov.



Graf 2 Frekvencia hygienickej dezinfekcie rúk za smenu



Obrázok 1 Vynechané miesta pri HDR



Obrázok 2 Nesprávne prevedená HDR

## **Diskusia**

V sledovanej nemocnici vykonávali zdravotníci hygienickú dezinfekciu rúk 23,9x za smenu. U zdravotníkov sme nezistili štatistický významný rozdiel pracovného zaradenia k miere compliance hygieny rúk. Lekári priemerne dezinfikujú ruky 14,5x za smenu a nelekári 27,1x za smenu. Podľa spotreby dezinfekcia na ruky v tejto nemocnici vykoná 1 zamestnanec za smenu 2,7x hygienickú dezinfekciou rúk. Porovnaním výsledkov sebahodnotenie zdravotníkov a reality podľa skutočnej spotreby dezinfekcia na ruky jednotlivých odborov sme zistili diametrálny rozdiel rovnako ako v nemocnici vo Valašskom Meziříčí a Havlíčkovom Brode. V nemocnici vo Valašskom Meziříčí anketa ukázala, že 1 pracovník za 1 smenu vykoná 23,5x umývanie a 26,3x dezinfekciu rúk, zatiaľ čo skutočnosť podľa spotreby dezinfekcia v nemocnici je 2,3x vykonaná dezinfekcia rúk za smenu. Zamestnanci nemocnice Havlíčkův Brod uviedli, že vykonávajú 18,6x za smenu umývanie a 18,8x za smenu dezinfekciu rúk. Podľa spotreby v tejto nemocnici možno povedať, že 1 zamestnanec vykoná za 1 smenu 2,1x hygienickú dezinfekciu rúk. Medzi najčastejšie dôvody nevykonávania hygieny rúk patrí podľa štúdie Euridika vykonanej v roku 2009 v Bonne v 61% vlastné pohodlie a zábudlivosť zdravotníkov, v 42% nedostatok znalostí a tréningu, v 35% časová tieseň, v 22% problémy s pokožkou, v 17% nedostatok uvedomenia problému a v 15% nevhodné zaobchádzanie s dezinfekčnými prostriedkami (Francová, 2011). Zdravotníci najčastejšie uvádzajú ako príčinu noncompliance k hygiene rúk neznášanlivosť prípravku na kožu rúk, vysychanie pokožky, ďalej zlé umiestnenie umývadiel, nekvalitné papierové uteráky, nedostatok času, príliš veľa pacientov, nízke riziko prenosu infekcie, nedostatok vedomostí, nedostatočná finančná motivácia, podceňovanie hygieny v zdravotnej starostlivosti a zábudlivosť (WHO, 2011). Štatistiky uvádzajú, že takmer 50% zdravotníckych pracovníkov nedodržiava alebo nesprávne aplikuje hygienu rúk (Pawletko, 2012). Analýzou fotodokumentácie sme v nemocnici nezistili štatistický významný rozdiel pracovného zaradenia ani odbore k správnosti vykonávania hygienickej dezinfekcie rúk. Ako najčastejšie zabúdanou oblasť označila končekmi prstov a palca už štúdie p. Taylora vykonanej v USA 1978 (Kampf, 2008). Medzi najčastejšie vynechávanie miesta pri vykonávaní hygienickej dezinfekcie rúk patria preukázateľne končeky prstov na pravej ruke, toto miesto vynechali zdravotníci celkom 54x (47,8%), na ľavej ruke 28x (33,0%). Palec pravej ruky si nevydezinfikovali zdravotníci 29x (25,7%) a palec ľavej ruky vynechali 43x (50,6%). Zistili sme štatistický významný rozdiel odbore k najčastejšie vynechaným miestam. Podľa výsledku štúdie, ktoré predniesol prof. Kampf v Berlíne 2008, najlepšie výsledky v realizácii



hygienickej dezinfekcie rúk boli dosiahnuté pri vykonávaní dezinfekcia rúk svojim vlastným spôsobom (Havlíček, 2008). Počas pozorovania zdravotníkov v sledovanej nemocnici bolo zistené, že celkom 144 (73,8%) zdravotníkov vykonávalo dezinfekciu svojím vlastným spôsobom a 51 (26,2%) zdravotníkov vykonalo hygienickú dezinfekciu rúk podľa odporúčania WHO.

Nedostatkom výskumu bolo vyplnenie viac odpovedí na niektoré položky. Respondenti zrejme nevenovali úvode dotazníka dostatočnú pozornosť. Ďalej, ku skresleniu výsledkov mohlo viesť aj to, že respondenti v dotazníkových položkách určených pre sebahodnotenie hľadali zlé a správne odpovede a nedokázali sami seba kriticky zhodnotiť. Pozorovanie zdravotníkov pri HDR vo väčšej skupine jedným pozorovateľom mohlo viesť k prehliadnutiu spôsobu vykonávania HDR, určite by sme odporúčali zapojiť do pozorovania väčšiu skupinu vyškolených pozorovateľov. V budúcnosti by sme radi podobný výskum v rovnakom rozsahu v nemocnici zopakovali a získali tak údaje na porovnanie.

### **Záver**

Hygiena rúk je zdanlivo jednoduchá činnosť, ktorá pri nesprávnom prevedení môže ohroziť ako pacientov, tak personál a môže viesť k vážnym dôsledkom. V zdravotníckom zariadení je nástrojom ochrany a prevencia vzniku nemocničných nákaz. Vhodné intervencie môžu zabrániť noncompliance a znížiť tak výskyt nemocničných nákaz. Pochopenie problematiky hygieny rúk je základným prvkom k zvyšovaniu compliance. Kladením dôrazu na osobnú zodpovednosť zdravotníkov a zapojením všetkých v nemocnici do tejto problematiky možno spoločne nájsť lepšiu cestu ku kvalitnej starostlivosti. Aj napriek tomu, že hygiena rúk by mala byť u zdravotníkov vec rutiny, výsledky jednotlivých štúdií toto stále vyvracajú. Zdravotníci vykonávajú hygienickú dezinfekciu rúk, predovšetkým ako ochranu svojej osoby, a na ochranu pacienta, príjemcu našej starostlivosti, častokrát zabúdajú. Bezpečná a čistá starostlivosť patrí k základným právam pacienta.

### **Zoznam použitej literatúry:**

CREEDON, SA 2008. Hand hygiene compliance: exploring variations in practice between hospitals. In Nursing Times. [Online]. 2008, 104 (49), s. 32-35. [Cit. 2012-12-18.]. Dostupné na internete: <<http://www.nursingtimes.net/hand-hygiene-compliance-exploring-variations-in-practice-between-hospitals/1944149.article>>. ISSN 0954-7762.

FRANCOVÁ, M. 2011. Význam umývanie a hygieny rúk. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2011, roč. 21, č. 9, s. 34-35.

- HAVLÍČEK, P. 2008. Hygienická dezinfekcia rúk - zodpovedný prístup. In Sestra. ISSN 1210-0404, 2008, roč. 18, č. 10, s. 19.
- KAMPF, G. 2004. The six gulden rules to improve compliance in hand hygiene. In Journal of Hospital Infection. [Online]. 2004, č. 56, s. 3-5. [Cit. 2012-12-20]. Dostupné na internete: <<http://www.bode.hu/files/document/248.pdf>>. ISSN 0195-6701.
- KAMPF, G. et al. 2008. Influence of rub-in technique on required application time and hand coverage in hygienic hand disinfection. In BMC Infectious Diseases. [Online]. 2008, 8: 149. [Cit. 2012-12-20]. Dostupné na internete: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/8/149>>. ISSN 1471-2334.
- PAWLETKO, R. 2012. Jeszcze raz o higienie Rak. In Czyste ręk "Plus dla Ciebie" [online]. 2012. [cit. 2013-01-10]. Dostupné na internete: <<http://www.czysterece.pl/certyfikowane-szpitala/71-jeszcze-raz-o-higienie-rak>>.
- PÝREK, KM 2012. Hand Hygiene Monitoring Goes High-Tech. In Infection Control Today. [Online]. 2012. [cit. 2012-12-20]. Dostupné na internete: <<http://www.infectioncontrolday.com/articles/2012/02/hand-hygiene-monitoring-goes-hightech.aspx>>. ISSN 1522-063X.
- RANDL, J. - ARTHUR, A. - VAUGHAN, N. 2010. Twenty-four-hour observational study of Hospital hand hygiene compliance. In Journal of Hospital Infection. [Online]. 2012, roč. 3, č. 76, s. 252-255. [Cit. 2012-12-20]. Dostupné na internete: <[http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(10\)00317-8/abstract](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(10)00317-8/abstract)>. ISSN 0195-6701.
- WHO. 2011. Súhrn: Smernica SZO. Hygiena rúk v zdravotníctve. Praha: Ministerstvo zdravotníctva ČR, [online]. 2011. 53s. [Cit. 2012-12-15.]. Dostupné na internete: <[http://www.who.int/gpsc/5may/tools/Hand\\_Hygiene\\_Guidelines\\_summary\\_Czech.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/Hand_Hygiene_Guidelines_summary_Czech.pdf)>.

**Kontaktné údaje:**

PhDr. Eva Nemčovská, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra verejného zdravotníctva

Univerzitné námestie 1, 917 01 Trnava

eva.nemcovska@truni.sk ; +421 907 606 766

## **SKRÍNING RIZIKA PÁDU U HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV – PILOTNÁ ŠTÚDIA**

Ivana Bóriková, Michaela Miertová, Martina Tomagová, Katarína Žiaková

Ústav ošetrovatel'stva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského  
v Bratislave, Slovenská republika

### **Úvod**

Všeobecne možno povedať, že všetci hospitalizovaní pacienti majú určité riziko ku vzniku pádu bez ohľadu na ich vek a zdravotný stav (Scott et al., 2007). Pád má negatívny dopad na pacienta, zdravotnícky personál aj zariadenie a jeho následky môžu nepriaznivo ovplyvniť celkový zdravotný stav pacienta v podobe fyzického zranenia či psychického diskomfortu. S následkami súvisí aj predĺženie doby hospitalizácie, rekonvalescencie a výška finančných nákladov na ďalšiu diagnostiku a liečbu (Sung et al., 2014; Severo et al., 2014). Faktory podmienajúce vznik pádu predstavujú heterogénnu skupinu, ktorá zahŕňa kombináciu vnútorných (individuálnych) a vonkajších faktorov (prostredia). K vnútorným faktorom predikujúcich pád patria predovšetkým: pád v anamnéze, vek a pohlavie, aktuálny zdravotný stav pacienta (napr. z náhlych stavov ide o infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, tromboembólia), pridružené ochorenia v anamnéze spájané s vysokým rizikom pádu (napr. hypertenzná choroba, diabetes mellitus, Parkinsonova choroba), užívanie rizikovej farmakoterapie (napr. antikoagulanciá, antihypertenzíva, analgetiká, antipsychotiká, benzodiazepíny), chirurgický zákrok vrátane anestézie za posledných 7 dní; z vonkajších faktorov je to používanie kompenzačnej pomôcky (Gray-Miceli, Quigley, 2012; Mion et al., 2012). Skríning rizika pádu je neoddeliteľnou súčasťou programov na prevenciu pádov, a zahŕňa aj edukáciu zdravotníckeho personálu v problematike posudzovania rizika pádu s následným výberom cielených intervencií. V podmienkach slovenskej klinickej praxe chýba štandardizovaný postup identifikácie rizikových pacientov k pádu vrátane použitia validného meracieho nástroja.

### **Cieľ a metodika**

Cieľom pilotnej štúdie bolo zistiť prítomnosť vybraných rizikových faktorov pre vznik pádu u hospitalizovaných pacientov a analyzovať tieto faktory vo vzťahu k výslednému skóre meracieho nástroja *Morse Fall Scale* (MFS). Súbor tvorilo 63 hospitalizovaných dospelých

pacientov, u ktorých bolo posúdené riziko pádu do 24 hodín po prijatí na hospitalizáciu. Výskumný protokol tvorili demografické údaje o pacientovi, vybrané rizikové faktory pádu (na základe analýzy klinických odporúčaných postupov zameraných na problematiku pádov) a merací nástroj MFS odporúčaný u dospelých hospitalizovaných pacientov pre iníciaľne posúdenie rizika pádu (Morse et al., 1989a; Morse et al., 1989b), použitý so súhlasom autorky. Celkové skóre MFS sa pohybuje od 0 po 125, úroveň rizika pádu je nízka pri  $\leq 20$ , stredná pri 25-40 a vysoká pri  $\geq 45$ . Pilotná štúdia bola realizovaná v mesiacoch jún-august 2016. Sestry na vybraných klinických pracoviskách boli zaškolené na administráciu MFS. Dáta boli spracované v programe SPSS 8. Na zisťovanie korelácií bol použitý Spearmanov korelačný koeficient ( $r_s$ ) s interpretáciou podľa Cohena.

### Výsledky a diskusia

V súbore respondentov ( $n = 63$ ) bolo 31 mužov a 32 žien, priemerný vek súboru bol  $68,3 \pm 16,1$  rokov. Najčastejším dôvodom hospitalizácie boli akútne ťažkosti neurologického, kardiovaskulárneho a gastrointestinálneho charakteru. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce rizikové faktory pádu patrili porucha chôdze a rovnováhy ( $n = 53$ ), prítomnosť akútnej diagnózy ( $n = 46$ ) a chronickej diagnózy ( $n = 40$ ), používanie kompenzačnej pomôcky ( $n = 37$ ) a užívanie farmakoterapie  $\geq 5$  indikačných skupín ( $n = 37$ ). Priemerné skóre rizika pádu podľa MFS v celom súbore bolo  $60,6 \pm 22,4$  (minimálne 15, maximálne 105). Z celého súboru malo až 47 (74,6 %) respondentov vysoké riziko pádu (MFS skóre  $\geq 45$ ). V tabuľke 1 sú uvedené Spearmanove korelačné koeficienty v tejto skupine respondentov. Zistili sme štatisticky významné korelácie medzi rizikovými faktormi: pádom v anamnéze ( $p = 0,000$ ), používaním kompenzačnej pomôcky pri chôdzi ( $p = 0,009$ ), poruchou chôdze a rovnováhy ( $p = 0,000$ ) a úrovňou skóre podľa MFS (vysoké riziko pádu  $\geq 45$ ).

Tab. 1 Spearmanove korelačné koeficienty v skupine respondentov s MFS  $\geq 45$  ( $n = 47$ ) a rizikovými faktormi pádu

| Rizikové faktory pádu                             | $r_s$<br>MFS $\geq 45$ | $p^*$<br>MFS $\geq 45$ |
|---------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Pohlavie                                          | 0,082                  | 0,522                  |
| Vek (roky)                                        | -0,015                 | 0,907                  |
| Pád v anamnéze (za posledné 3 mesiace)**          | <b>0,442</b>           | <b>0,000</b>           |
| Kompenzačná pomôcka pri chôdzi**                  | <b>0,326</b>           | <b>0,009</b>           |
| Terajšie ochorenie (indikácia pre hospitalizáciu) | -0,045                 | 0,729                  |
| Diagnóza akútna                                   | 0,056                  | 0,662                  |
| Diagnóza chronická                                | 0,015                  | 0,925                  |
| Farmakoterapia $\geq 5$ indikačných skupín        | 0,178                  | 0,164                  |
| Psychický stav – porucha**                        | 0,210                  | 0,099                  |
| Chôdza a rovnováha – porucha**                    | <b>0,445</b>           | <b>0,000</b>           |
| Zrak – porucha                                    | 0,211                  | 0,098                  |
| Sluch – porucha                                   | -0,063                 | 0,624                  |

**Nové trendy v ošetrovatelstve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

---

|                       |        |       |
|-----------------------|--------|-------|
| Kontinencia – porucha | 0,215  | 0,090 |
| Pooperačný stav       | -0,059 | 0,645 |
| Spánok – porucha      | 0,064  | 0,620 |

Legenda:

\*hladina štatistickej významnosti  $p < 0,05$

\*\*položky v MFS

$r_s$  – Spearmanov korelačný koeficient, interpretácia  $r_s$  podľa Cohena: korelácia pod 0,1 je triviálna; 0,1-0,29 je malá; 0,3-0,49 je stredná; 0,5-0,69 je veľká; 0,7-0,89 je veľmi vysoká; 0,9 a viac je takmer dokonalá korelácia (Rimarčík, 2007).

Pád v osobnej anamnéze uvádzajú viaceré štúdie (Schwendimann et al., 2007; Dykes et al., 2009) ako kľúčový, signifikantný prediktor pádu, pretože takýto pacient má 2-3 krát väčšiu pravdepodobnosť pádu v nasledujúcom roku. Z vonkajších rizikových faktorov je kľúčové používanie kompenzačnej pomôcky pri chôdzi u pacientov s poruchou chôdze, rovnováhy a stability bez ohľadu na príčinu vzniku týchto porúch (Mion et al., 2012), pretože celková slabosť, najmä dolných končatín a / alebo narušená rovnováha vedú k problémom pri presune a chôdzi a zvyšujú riziko pádu.

Aj napriek tomu, že v našej štúdii sa vek a pohlavie respondentov nepotvrdili ako signifikantné rizikové faktory, treba poznamenať, že pády a ich následky sú častým a závažným problémom predovšetkým v seniorskej skupine. Vo veku 65 rokov a viac sa riziko pádu zvyšuje (vo veku 65+ spadne 30 % seniorov, vo veku 80+ až 50 % seniorov spadne aspoň raz za rok). Z hľadiska pohlavia sú vyšším rizikom pádu ohrozené staršie osamelo žijúce ženy s fyzickou dizabilitou (Nassar et al., 2013; Mion et al., 2012; Sung et al., 2014). V prípade ďalších sledovaných rizikových faktorov je známe, že niektoré zdravotné charakteristiky sú asociované s vyšším rizikom pádov, a aj rôzne špecifické skupiny pacientov majú svoje vlastné špecifické riziko. Množstvo rizikových faktorov sa u pacientov rôzne kombinuje a počas hospitalizácie sa môžu meniť, preto sa kladie dôraz na multifaktoriálne posudzovanie (NICE, 2013).

Jedna z efektívnych stratégií na minimalizáciu počtu pádov v nemocnici je identifikácia rizika meracím nástrojom, ktorý súčasne deteguje niekoľko rôznych rizikových faktorov. Zlatý štandard neexistuje, ale k najviac odporúčaným patrí práve MFS. Morseová po klinickom testovaní fyziologických a environmentálnych premenných identifikovala šesť signifikantných položiek nástroja: pád v anamnéze za posledné tri mesiace, pridružená diagnóza, pomôcka pri chôdzi, intravenózna linka / terapia, typ chôdze a psychický stav, pričom v našej skupine respondentov tento skríningový nástroj zachytil tri kľúčové rizikové faktory. V štúdii Morse (et al., 1989a) bola pri skóre  $\geq 45$  senzitivita etablovaná na hodnotu

78 %, špecifickosť 83 % a inter-rater reliabilita 0,96 a nástroj je použiteľný v prostredí akútnej aj dlhodobej starostlivosti.

### **Záver**

Predikcia pádu u hospitalizovaných pacientov zaradených do pilotnej štúdie je naliehavá vzhľadom na prítomnosť komplexu rizikových faktorov. Vysoké riziko pádu, ktoré sme identifikovali prostredníctvom MFS, významne súvisí s faktormi ako sú pád v anamnéze, používanie kompenzačnej pomôcky pri chôdzi, porucha chôdze a rovnováhy. Tieto sú zakomponované v položkách MFS, preto jeho použitie v klinickej praxi pomôže identifikovať kľúčové rizikové faktory predisponujúce konkrétneho pacienta k pádu. Ich poznanie umožní uplatniť individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť v prevencii rizika pádu vzhľadom na jeho aktuálny zdravotný stav.

*Príspevok je podporený grantom KEGA 048UK-4/2016 Posudzovanie rizika pádov – pre vzdelávanie a prax.*

### **Zoznam bibliografických odkazov**

DYKES, P.C., CARROLL, D.L., HURLEY, A.C., BENOIT, A., MIDDLETON, B. Why do Patients in Acute Care Hospitals Fall? Can Falls be Prevented? In *Journal of Nursing Administration*, 2009, vol. 39, no. 6, pp. 299-304.

GRAY-MICELI, D., QUIGLEY, P.A. Fall prevention: Assessment, Diagnoses, and Intervention Strategies. In: BOLTZ, M. et al. (eds). *Evidence-based geriatric Nursing Protocols for Best Practice*. 4th ed. New York: Springer Publishing Company, 2012. p. 268-297.

MION, L.C., CHANDLER, A.M., WATERS, T.M., DIETRICH, M.S., KESSLER, L.A., MILLER, S.T., SHORR, R.I. Is It Possible to Identify Risks For Injurious Falls in Hospital Patients? In *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2012, vol. 38, no. 9, pp. 408-413.

MORSE, J.M., MORSE, R.M., TYLKO, S.J. Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. In *Canadian Journal of Aging*, 1989a, vol. 8, pp. 366-377.

MORSE, J.M., BLACK, C., OBERLE, K., DONAHUE, P. A Prospective Study to Identify the Fall-Prone Patient. In *Soc Sci Med.*, 1989b, vol. 28, no. 1, pp. 81-86.

NASSAR, N., HELOU, N., MADI, CH. Predicting Falls Using Two Instruments (The Hendrich Fall Risk Scale and The Morse Fall Scale) in an Acute Care Setting in Lebanon. In *Journal of Clinical Nursing*, 2013, vol. 23, pp. 1620-1629.

NICE. *Falls Assessment and Prevention of Falls in Older People*. NICE Clinical Guideline 161. Developed by the Centre for Clinical Practice at NICE, 2013. 315 p.

RIMARČÍK, M. *Štatistika pre prax*. Vydané vlastným nákladom, 2007. 200 s. ISBN 978-80-969819-13-1-1.

SCOTT, V., VOTOVA, K., SCANLAN, A., CLOSE, J. Multifactorial and functional mobility assessment tools for risk among older adults in community, home-support, long-term and acute care settings. In *Age and Ageing*, 2007, vol. 36, pp. 130-139.

SEVERO, I.M., de ABREU ALMEDIA, M., KUCHENBECKER, R. et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. In *Journal of the Nursing School of the University of Sao Paulo [Revista da Escola de Enfermagem da USP]*, 2014, vol. 48, no. 3, pp. 537-551.

SUNG, Y.H., CHO, M.S., KWON, I.G., JUNG, Y.Y., SONG, M.R., KIM, K., WON, S. Evaluation of falls by inpatients in acute care hospital in Korea using the Morse Fall Scale. In *International Journal of Nursing Practice*, 2014, vol. 20, no. 5, pp. 510-517.

SCHWENDIMANN, R., GEEST, S., MILISEN, K. Screening Older Patients at Risk for Falling During Hospitalization. In *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 2007, vol. 14, no. 1, pp. 64-65.

**Kontaktná adresa:**

doc. Mgr. Ivana Bóriková, PhD.

Ústav ošetrovatel'stva JLF UK v Martine

Malá Hora 5

036 01 Martin

t.č.: +421/432633433

e-mail: borikova@jfmed.uniba.sk

## VLIV CIRKADIÁNNÍCH CHRONOTYPU NA SMĚNNOST VŠEOBECNÝCH SESTER

Lenka Machálková, Lenka Šikorská

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatel'ství

### ABSTRAKT

Cirkadiánní rytmy ovlivňují emocionální, fyzickou a kognitivní výkonnost jedince. V projevech cirkadiánní rytmicity existují mezi lidmi rozdíly (ranní ptáčata, večerní sovy). Znalost cirkadiánních preferencí lze uplatnit k vytvoření optimálních podmínek pro směnnou práci. Aplikace těchto poznatků má přímou vazbu na efektivitu procesů ve zdravotnickém zařízení, bezpečnosti práce a pacientů.

**Cíl:** Zjistit vliv cirkadiánního chronotypu na směnnost u všeobecných sester, které pracují v interních oborech ošetrovatel'ské péče.

**Metody:** Pro výzkum byl zvolen kvantitativní přístup pomocí Kompozitní škály ranních a večerních typů a doplňující položky vztahující se ke směnnosti sester. Pro soubor respondentů byla stanovena kritéria: všeobecná sestra pracující ve směnném provozu, interní obor ošetrovatel'ské péče, olomoucký region a vyjádřený souhlas s účastí ve výzkumu. Výzkum probíhal ve zdravotnických zařízeních Olomouckého regionu, po získání souhlasu s realizací výzkumu. Výsledky zpracovány pomocí IBM SPSS Statistics 22, Mann-Whitney U- test, Kruskal-Wallis test, Fischerův test. Hladina signifikance  $\alpha = 0,05$ .

**Výsledky:** Soubor tvořilo 270 respondentů (262 žen, 8 mužů) ze 4 zdravotnických zařízení. Průměrný věk 39,5 let, medián 39, věk od 20 do 60 let, průměrná celková délka praxe 15,6 let, medián 15 let, rozptyl od 1 do 42 let. Respondenti pracovali převážně v 12hodinovém směnném typu denní - noční (80 % resp.) a v typu ranní - denní - noční směna (17 % resp.). Pouze 13 % respondentů rádo pracovalo v nočních směnách. Podle výsledků, tolerance směnného provozu klesá s věkem. Výsledky výzkumu ukázaly, že neutrální cirkadiánní chronotyp (NCCH) byl zastoupen 66 %, ranní cirkadiánní chronotyp (RCCH) 30 % a večerní cirkadiánní chronotyp (VCCH) 4 % respondentů. Analýza směnnosti respondentů se shodou s jejich cirkadiánním chronotypem (CCH) poukázala na shodu: NCCH u 34 %, RCCH u 19 % a VCCH u 3 % respondentů. Během denní směny se cítilo velmi dobře nebo dobře 76 %, během noční směny 42 % respondentů. Statisticky byla potvrzena shodnost CCH



s preferovaným typem směny (NCCH vs. RCCH<0,0001 v denních směnách; NCCH vs. VCCH<0,0001 v nočních směnách; RCCH vs. VCCH<0,0001 v denních, nočních směnách). Dále bylo potvrzeno, že respondenti s VCCH se cítili velmi špatně, špatně v denní směně (RCCH vs. VCCH<0,0001), s RCCH se cítili velmi špatně, špatně v noční směně (RCCH vs. VCCH<0,006). O změně druhu směnného provozu uvažovalo 16,7 % respondentů, o změně pracoviště 9,6 % a o změně profese 10,4 % respondentů.

**Závěry:** Z analýzy výsledků výzkumu vyplynulo, že práce na směny narušila biologické rytmy, které mohou negativně ovlivnit nejen respondenta, ale i efektivitu jeho výkonu, možnosti výskytu pochybení či ohrožení pacienta při práci. Lze konstatovat, že existuje signifikance a shodnost cirkadiánního chronotypu s charakteristickými rysy, které se odrážejí v adaptaci na směnný provoz,.

**Klíčová slova:** všeobecná sestra, cirkadiánní chronotyp, směnný provoz

Kontakt na autora:

PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Ústav ošetrovatel'ství

Fakulta zdravotnických věd

Univerzita Palackého v Olomouci

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

Telef. číslo: +420 585 632 813

Email: lenka.machalkova@upol.cz

## **AMPUTACE PRO DIABETICKOU NOHU - ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ NÁKLADY**

<sup>1</sup>Jitka Pokorná, <sup>2</sup>Hana Korbelová, <sup>3</sup>Vilém Kahoun, <sup>4</sup>Antonín Kriegelstein, <sup>5</sup>Ivan Loukota

<sup>1,3</sup> Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita České Budějovice,

<sup>2</sup> Oddělení vykazování zdravotní péče, Nemocnice České Budějovice,

<sup>4</sup> Centrum technické ortopedie s.r.o. České Budějovice,

<sup>5</sup> Úřad práce České Budějovice

Syndrom diabetické nohy je podle WHO definován jako ulcerace nebo destrukce tkání nohou u diabetiků spojená s neuropatií, s různým stupněm ischemické choroby dolních končetin a často i s infekcí (výbor České diabetologické společnosti). Syndrom diabetické nohy je závažným medicínským, společenským a ekonomickým problémem, zvláště pro četnost výskytu, délku a nákladnost léčby, vysoké riziko amputace a značný sociální a ekonomický závazek pro společnost. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2013 pro diabetes mellitus léčeno 861 647 pacientů, z toho pro diabetickou nohu 44 657 pacientů a amputovaných 11 168 pacientů (Zvolský). Mezinárodní pracovní skupina pro diabetickou nohu uvádí, že celosvětově je provedeno pro diabetickou nohu více než 1 milion amputací ročně (Foster).

Příčiny vzniku diabetické nohy jsou multifaktoriální. Na prvním místě je to hyperglykémie. Dalším faktorem je diabetická mikroangiopatie – specifické změny arteriol, prekapilár a kapilár v důsledku hyperglykémie. Je ztlustělá bazální membrána s poruchou permeability, výsledkem je zhoršená dodávka kyslíku do nutritivních kožních kapilár, která může být snížena i na méně než 10%, přitom je však celkový průtok krve diabetickou nohou zvýšen, ohrožené nohy jsou teplé, zarudlé, s rozšířeným žilním systémem a mohou být i oteklé a otok zhoršuje kožní hypoxii.

Dalším důležitým faktorem je atheroskleróza. Ischemická choroba dolních končetin se vyskytuje u diabetiků 2-4krát častěji než u nediabetiků. Typické je postižení především bérceových tepen a tepen nohy, až 80% změn je na tepnách distálně od arteria poplitea (Piťhová).

Nejzávažnější faktor vzniku diabetické nohy však představuje diabetická neuropatie. Diabetická neuropatie je difuzní nezářetlivé poškození funkce a struktury periferních motorických, senzitivních i vegetativních nervů. Nejčastějším příznakem senziorické neuropatie jsou parestézie – pálivé, šlehavé, bodavé bolesti nohou. Na druhou stranu dochází ke ztrátě vnímání bolesti, tepla, chladu a vibrací. Protože diabetika nohy nebolí, nevěnuje jim pozornost a neošetří včas drobná poranění. Nejzávažnější příčiny vzniku diabetického defektu jsou: trvalý mírný tlak působící po mnoho hodin ( v nevhodné obuvi), přímé poranění (hřebík, cizí těleso v botě), trvalý mírný tlak vedoucí ke vzniku puchýře a posléze vředu, opařeniny, popáleniny, ragády, plísňové infekce. Kromě výše uvedeného se na patogenezi podílí i přidružené choroby (hypertense, hyperlipidémie) a životní styl pacienta – kouření (Rušavý).

Amputace končetiny je součástí péče o pacienta. Amputace je jedním z nejstarších chirurgických výkonů a je indikována při vyčerpání všech intervenčních metod a při již neúčinné konzervativní léčbě, došlo-li k ireverzibilním nekrotickým změnám. Určení výše amputace je jedním z nejtěžších úkolů. Správná výše má zaručit dobré hojení a optimální možnost rehabilitace. Snaha je o co nejnižší amputaci v takové výši, aby bylo možné zhotovit vhodné protetické pomůcky. Amputace je mutilující výkon, nevratný zásah do integrity pacienta se všemi biopsychosociálními dopady. Zvýšené riziko amputací mají osoby žijící osamoceně, nedostatečně edukované a s nízkou sociální a ekonomickou úrovní ( Zeman).

Edukace je nezbytnou a nenahraditelnou součástí úspěšné léčby nemocného s diabetem. Hlavním cílem edukace je zlepšení zdravotního stavu pacienta, kompenzace diabetu a kvality života. V edukaci diabetiků je pamatováno i na prevenci diabetické nohy. Je doporučena denní kontrola nohou, vhodná obuv, nechodit bosý, pečivá hygiena nohou včetně promazávání krémem a odborná pedikúra (výbor České diabetologické společnosti).

Soubor a výsledky

Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice poskytuje péči o oblast s 200 000 obyvateli. V r. 2015 bylo na Chirurgickém oddělení hospitalizováno celkem 81 pacientů se syndromem diabetické nohy, 57 mužů (70%), 24 žen ( 30%). Nejmladší pacient byl 32-letý, nejstarší 92-letý, nejvíce ( 34) pacientů bylo ve věkové skupině od 61 -70 let. Jen 8 pacientů byli diabetici 1.typu. Pacienti měli za sebou různě dlouhou dobu života s diabetem ( 1 – 44 let) Nejvíce pacientů žilo s diabetem do 10 let včetně. Osm pacientů bylo dialyzovaných a z 81 pacientů v roce amputace zemřelo 13 pacientů ( 16%)

Tabulka 1: Výše amputací (n=81)

**Nové trendy v ošetrovatel'stve III.**  
**zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou**

|                    | incize | prsty | transmeta-<br>tarsální | v bérce | ve stehně |
|--------------------|--------|-------|------------------------|---------|-----------|
| počet amputovaných | 16     | 27    | 6                      | 17      | 15        |
| Zemřelí            | 3      | 3     | 0                      | 1       | 6         |

Ze 32 vysoce amputovaných pacientů mělo 9 pacientů (28%) postiženy obě končetiny, dva pacienti měli amputovány obě DK ve stehně, tři pacienti jednu končetinu ve stehně a druhou v bérce, 1 pacient měl amputovány obě končetiny v bérce a 3 pacienti měli amputaci v bérce jedné končetiny a na druhé končetiny buď provedenu amputaci prstů nebo transmetatarsálně. Pět pacientů vysoce amputovaných (16%) bylo dialyzováno. Z 32 vysoce amputovaných pacientů 7 (22%) v roce amputace zemřelo.

Tabulka 2: Věkové rozložení souboru pacientů s vysokou amputací (n=32)

| věk ( roky) | do 50 | 51-65 | 66 -80 | 81 a více |
|-------------|-------|-------|--------|-----------|
| Muži        | 1     | 14    | 6      | 1         |
| Ženy        | 1     | 5     | 3      | 1         |
| Celkem      | 2     | 19    | 9      | 2         |

Vzhledem k tomu, že péče o pacienty s diabetickou nohou je komplexní a podílí se na ní řada oddělení a ambulancí (odd. chirurgické, interní včetně hemodialyzačního střediska, ONP, ambulance podiatrická, ambulance pro hojení ran a další) jsou náklady na péči v Nemocnici České Budějovice pro jednotlivé pacienty počítány na všech odděleních a ambulancích včetně ONP od 1.1.2015 do 30.6.2016 popř. do data úmrtí. Úhrada péče je vyčíslena s přihlédnutím k různému financování ambulantní, akutní a následné hospitalizační péče, rozdílu mezi zdravotními pojišťovnami a úhradami mezi jednotlivými roky. Veškerá péče byla oceněna hodnotou bodu 0,91 Kč + zvlášť účtovaný materiál (ZUM) a zvlášť účtovaný léčivý přípravek (ZULP). K výpočtu nebyl použit klasifikační systém DRG.

Celkové náklady na úhradu péče v Nemocnici České Budějovice na 32 pacientů s vysokou amputací činily za uvedené období 12 184 378,- Kč {451 273 €} (nejméně 50 402,- Kč, {1 897 €} a nejvíce 1 232 197,- Kč {45 637 €}). Průměrná cena z těchto hodnot není výpovědní, protože zahrnuje i pacienty, kteří byli hospitalizováni krátce, protože zemřeli záhy po amputaci, ale i pacienty dialyzované, jejichž léčba je vzhledem k tomuto zvlášť nákladná. Průměrné náklady na péči o jednoho amputovaného pacienta vypočtené z prostředních dvaceti hodnot (nejméně 190 657,- Kč { 7 061 € } a nejvíce 575 391,- Kč { 21 310 € } činily 318 673,- Kč. { 11 802 € }.

Další položkou je protéza zhotovená v roce amputace, nebo v roce následujícím. Nejlevnější protéza byla za 24 675,- Kč {914 €} nejdražší za 69 372,- Kč {2569 €}, průměrně 52 577,-

Kč {1947 €}. Protézováno bylo z našeho souboru jen 11 pacientů, celkové náklady na zhotovení protéz byly 577 688,- Kč { 21 396 € }.

Náklady na vysokou amputaci ( pobyt v nemocnici a ošetření v ambulancích Nemocnice České Budějovice a zhotovení protézy v roce amputace) jsou průměrně 371 250,- Kč {13 750 € }. V této sumě nejsou zahrnuty náklady na péči v jiných ambulantních nebo lůžkových zařízeních.

Náklady na invalidní důchody, dávky pro osoby se zdravotním postižením a příspěvky na péči se velmi špatně vypočítávají, protože ne všichni klienti požádali o uvedenou možnou sociální finanční výpomoc, nebo neměli k datu ukončení pozorování dávky ještě přiznány a především benefity plynoucí nositelům průkazu zvlášť tělesně postižený (ZTP) a zvlášť tělesně postižený s průvodem ( ZTP/P) nelze vůbec exaktně spočítat.

Z našeho souboru pět klientů pobíralo od České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) invalidní důchod III.stupně od 10 496,- do 13 651,- Kč měsíčně { 389 € - 505 € }. Pět klientů žádalo o příspěvek na koupi nebo úpravu auta ( může být až 200 000 Kč,- { 7 407 € }). Dva klienti jsou nositeli průkazu tělesně postižený (TP), 4 klienti – zvlášť tělesně postižený (ZTP) a 5 klientů zvlášť tělesně postižený s průvodem ( ZTP/P).

Osoby se zdravotním postižením mohou žádat krajské pobočky Úřadu práce České republiky o příspěvek na mobilitu ( 400 ,- Kč měsíčně { 14.8 € }) , příspěvek na zvláštní pomůcku, kam patří i příspěvek na koupi nebo úpravu auta, nebo příspěvek na pořízení schodišťové plošiny až 400 000,- Kč { 14 815 € }. V případě, že amputovaný potřebuje pomoc jiné osoby při zvládání základních životních potřeb, může žádat o příspěvek na péči, který od 1.8.2016 činí 880,- Kč měsíčně { 32.6 € }. v případě I.stupně závislosti, 4400 ,- Kč, 8800,-Kč a 13 200,- Kč { 163 €, 326 € a 489 €} v případě II. III. a IV. stupně závislosti.

Osobám se zdravotním postižením je poskytnuta zvýšená ochrana na trhu práce. Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Úřady práce mohou poskytnout příspěvek zaměstnavateli na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa až do výše 8000,- Kč měsíčně. { 296 € }.

#### **Závěr**

Na souboru 32 pacientů, kteří podstoupili v r. 2015 na Chirurgii Nemocnice České Budějovice vysokou amputaci pro syndrom diabetické nohy je poukázáno na značnou finanční náročnost této diabetické komplikace .

( kurz 1 € = 27, - Kč Česká národní banka dne 12.10.2016)

**Literatura:**

FORSTER, DeSales a Lori S. LAUVER. When a Diabetic Foot Ulcer Results in Amputation: A Qualitative Study of the lived Experience of 15 Pacients. *Ostomy Wound Management*. 2014, 60(11): 16-22

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zdravotní postižení [online]. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

PIŤHOVÁ, P. *Syndrom diabetické nohy (2.část)* [online]. 2009 [cit. 2015-05-23]. ISSN 1802-5277. Dostupné z: <http://www.ediabetes.cz/clanek/280/syndrom-diabeticke-nohy-2-cast/>

RUŠAVÝ, Z. *Diabetická noha: diagnostika a terapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 189 s. ISBN 80-858-2473-6.

VÝBOR ČESKÉ DIABETOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI. *Standardy a jiná doporučení: Doporučení k edukaci diabetika - aktualizace 2012* [online]. [cit. 2015-10-14]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/standardy>

VÝBOR ČESKÉ DIABETOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI. *Standardy a jiná doporučení: Doporučený postup péče o pacienty se syndromem diabetické nohy – aktualizace 2012* [online]. [cit. 2015-10-14]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/standardy>

ZEMAN, Miroslav. 2004. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 575 s. ISBN 80-726-2260-9.

ZVOLSKÝ, M. *Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2013* [online]. [cit. 2015-05-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-diabetologie-pece-diabetiky-roce-2013>

**Kontakní adresa:**

MUDr. Jitka Pokorná

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská Univerzita České Budějovice

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice

+420 723 862 712

[pokjitka@seznam.cz](mailto:pokjitka@seznam.cz)

## PROCES PŘEKladu MĚŘÍCÍHO NÁSTROJE

Jana Konečná, Zdeňka Mikšová

Ústav ošetrovatel'ství, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, Česká Republika

### **Abstrakt:**

**Úvod:** U přebraného měřicího nástroje v originálním jazyce se postupuje podle metodologie jazykové validizace. Jedná se o doporučení, jak postupovat při překladu původní verze nástroje do cílového jazyka.

**Cíl:** Popsat proces jazykové validizace u vybraného měřicího nástroje.

**Metodika:** Jednotlivé fáze jazykové validizace je nutné dodržet pro zajištění konceptuální shody originální a přeložené verze. Nelze provést pouze doslovný překlad. Všechny fáze procesu je nutné předem naplánovat vzhledem k časové náročnosti. Přeložená verze nástroje musí být testována jako nový nástroj. Před realizací jazykové validizace je potřeba získat písemný souhlas autora nebo organizace vlastníci autorská práva nástroje. Základní kroky jazykové validizace jsou: překlady do cílového jazyka s ohledem na sociokulturní kontext, zpětné překlady do původního jazyka a pilotní testování u souboru osob. Každá fáze musí projít zhodnocením a porovnáním. Zpětné překlady mohou být vyžadovány autory nebo organizacemi. Všechny fáze validizace jsou zaznamenány do připraveného protokolu.

**Závěr:** V současnosti existuje mnoho autorizovaných organizací s mezinárodní působností, které nabízí a realizují jazykovou validizaci. Tyto organizace také vlastní autorská práva na některé měřicí nástroje a podílejí se na vytváření guidelinů. Známa je organizace Mapi Research Institute, Corporate Translations Inc., a mnoho dalších. I přes časovou náročnost a vysoké požadavky na sestavení expertního týmu je jazyková validizace významná vzhledem k sociokulturním odlišnostem každé země.

**Klíčová slova:** jazyková validizace, měřicí nástroj, guidelines

### **Kontakt:**

Mgr. Jana Konečná

Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatel'ství, Univerzita Palackého v Olomouci

+420 585 632 820

jana.konecna@upol.cz

## **CO ZNAMENÁ SYSTÉM 4+1 VE VZDĚLÁVÁNÍ ČESKÝCH SESTER?**

Alena Kohlová

Katedra ošetrovatel'ství a porodní asistence, Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Česká republika

### **Úvod**

V dobách dávno minulých nebyly žádné všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti ani praktické sestry, pouze laičtí pečující. Ošetrovatel'ství prošlo dlouhým vývojem od jednoduchého pojetí péče o nemocného až po dnešní propracovanou koncepci ošetrovatel'ství. Největší změny ve vzdělávání sester většinou přišly se změnou politické orientace státu. Velký přelomový krok k transformaci vzdělávání sester nastal po vstupu České republiky do EU. Po roce 2004 prošlo ošetrovatelské vzdělávání rozsáhlou transformací. Direktiva a doporučení EU znamenaly náhlý přechod k vyššímu odbornému a vysokoškolskému vzdělávání a ke kontrolované povinnosti celoživotního vzdělávání. Přijetím zákona 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních se změnil celý dosavadní systém vzdělávání. Další změnu vzdělávání v ošetrovatel'ství připravuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon, který již prošel prvním čtením v poslanecké sněmovně, má rozšířit možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry zkráceným studiem na vyšších odborných školách. Dle legislativní rady vlády by tento zákon měl nastavit právní rámec „stabilizace“ systému kvalifikačního vzdělávání při zachování jeho kvality v přípravě některých ošetrovatelských profesí, a to v souladu s aktuálními potřebami v oblasti zdravotnictví.<sup>5</sup>

### **Obsah**

Počátky organizovaného ošetrovatel'ství stojí na základech charitativní činnosti a činnosti náboženských řádů a kongregací. Ošetrovatel'ství bylo zaměřeno na laickou službu trpícím a prováděly jej osoby bez jakéhokoliv odborného vzdělání. U zrodu koncepce ošetrovatel'ství ve světě stála Florence Nightingalová, která v roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu v Londýně. Základ ošetrovatelského vzdělání sester v Čechách položily absolventky ošetrovatelských škol, které byly otevřeny v roce 1874 a v roce 1916. Rozvoj našeho zdravotnického školství narušily válečné události a vzdělávání sester pokračovalo na našem území až po skončení 2. světové války. V letech 1946 – 1947 dochází k rychlé obnově



českého zdravotnického školství. V roce 1946 již bylo v českých zemích 16 civilních a 12 řádových škol pro ošetrovatelky. Všechny školy byly brány jako základní ošetrovatelské školy, které připravovaly sestry pro vlastní ošetrovatelskou péči. Neblahý vliv na vzdělávání sester přinesla socialistická revoluce v roce 1948, kdy ČSR komplexně převzala východní vzdělávací soustavu, která postihla i vzdělávání v ošetrovatelství. Kvůli zkrácení základní školní docházky nastupovaly studentky ve věku 14-15 let, což bylo velkou změnou oproti požadavkům na věk uchazeček před rokem 1948, kdy věková hranice pro přijetí na ošetrovatelskou školu byla 18 – 30 let. Ošetrovatelské školy se přejmenovaly na střední zdravotnické školy, které byly nejprve 4 leté a později, pro nedostatek kvalifikovaného personálu, bylo studium zkráceno na 3 roky. V této době byly střední zdravotnické školy spravovány Ministerstvem školství, věd a umění. Další změnu vzdělávání přinesl rok 1953, kdy správu zdravotnických škol převzalo Ministerstvo zdravotnictví a studium opět prodloužilo na 4 roky. Postupně se ukázalo, že profesní příprava jen na středních zdravotnických školách je nedostačující a je zapotřebí další specializační vzdělávání.<sup>1</sup>

Rok 1989 přinesl pro československou společnost nejen změny v politickém a společenském uspořádání státu, ale i změny zdravotnického a sociálního systému. Česká republika se začala otvírat západnímu světu a začala se postupně připravovat na reformu ošetrovatelství a ošetrovatelského školství. Na středních zdravotnických školách po roce 1989 docházelo k zásadním změnám profesní přípravy středních zdravotnických pracovníků. Dosavadní obory dětská sestra a zdravotní sestra se sloučily a byly nahrazeny oborem všeobecná sestra. Obory dětská sestra a porodní asistentka se přesunul na vyšší odborné školy a od roku 1997 nebylo možné je studovat na středoškolské úrovni.<sup>2</sup>

Převrat ve vzdělávání všech zdravotnických pracovníků nastal v roce 2004, kdy Česká republika vstoupila do EU. Po vstupu České republiky do EU se vzdělávání zdravotníků muselo přiblížit praxi evropských států. Došlo ke změně koncepce vzdělávání, je brán zřetel na věk tak, aby se výuka posunula z nedospělého středoškolského studenta na duševně zralého absolventa, tak jako tomu bylo před rokem 1948. Česká republika přijala přelomový zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, čímž se studium kvalifikovaných zdravotnických pracovníků přesunulo ze středních škol na školy vysoké. Tímto krokem se zvýšila věková hranice z dosavadních 14 – 15 let na dle směrnic EU požadovaných minimálních 17 let věku při zahájení studia. Dále se v rámci evropských směrnic upravil rozsah teoretické i praktické výuky a zařadil povolání sester a porodních asistentek mezi regulované profese s automatickým uznáváním v EU. Střední zdravotnické

školy svou činnost neukončily, pouze nahradily všechny své obory tzv. „asistentskými“, jejichž absolventi nemohou vykonávat některé úkony ošetrovatelské péče bez odborného dohledu nebo přímého vedení všeobecnou sestrou. V současné době má Česká republika tzv. „dvojkolejný“ systém kvalifikační přípravy všeobecných sester. Kvalifikační studium všeobecné sestry probíhá na Vysokých školách a Vyšších odborných školách ve tříletém studijním programu.<sup>4</sup>

Dne 9. 9. 2016 proběhlo na půdě poslanecké sněmovny ČR první čtení vládního návrhu zákona, kterým se mění 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. Cílem navrhované právní úpravy dle MZČR je nastavit právní rámec, který umožní stabilizovat systém kvalifikačního vzdělávání pro nelékařská zdravotnická povolání. Zákon zejména rozšiřuje možnost získání odborné způsobilosti pro výkon povolání všeobecné sestry zkráceným studiem na vyšších odborných školách. Do tohoto zkráceného studia bude moci vstoupit, pokud vyhoví vstupním podmínkám přijímacího řízení, praktická sestra. Umožní výkon povolání praktické sestry bez odborného dohledu, což umožní jejímu začlenění do pracovního multidisciplinárního týmu, a přesouvá přípravu na výkon povolání dětské sestry ze specializačního studia do kvalifikačního studia, které bude probíhat na vyšší zdravotnické škole nebo v akreditovaném bakalářském studijním oboru. Další navrhované změny mají za cíl zejména umožnit kvalifikovaným pracovníkům výkon povolání bez odborného dohledu. Dále předkládaný zákon zruší kreditní systém a průkaz odbornosti, které byly určeny ke kontrole celoživotního vzdělávání. S návazností na novelu zákona o zdravotních službách bude zrušen dosavadní registr zdravotnických pracovníků, způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.<sup>3</sup>

### **Závěr**

Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních byl schválen před více než 12 lety, v době, kdy se ještě pořádně nevědělo, jak budou vypadat školní osnovy pro nový obor zdravotnický asistent, co bude zdravotnický asistent dělat, jestli bude žádaný a jaký bude rozdíl mezi všeobecnou sestrou a zdravotnickým asistentem. Důvodem přijetí tohoto „přelomového“ zákona ve vzdělávání v ošetrovatelství byl vstup České republiky do EU a přijetí evropských direktiv. Česká republika musela evropská doporučení tzv. „napasovat“ na náš systém základního, středoškolského a vysokoškolského vzdělávání, který se liší od

systému vzdelávání v Evropě. Výsledkem bylo přesunutí vzdelávání všeobecných sester a jiných nelékařských pracovníků na terciární úroveň vzdelávání, abychom splnili směrnice EU ohledně vzdelávání. Nově vznikající zákon, který má upravit vzdelávání všeobecných sester a jiných nelékařských zdravotnických pracovníků, je podle našeho názoru odklonem od evropské tendence posilovat vzdelávání sester. Nový systém vzdelávání, tzv. „4+1“, oproti tomu současnému systému vzdelávání naopak snižuje, a doufá se, že se tak zvýší množství sester. Dalším dílčím cílem je podle ministra zdravotnictví pana Němečka zjednodušit systém vzdelávání. Zatímco z logiky věci vyplývá, že systém kvalifikační přípravy všeobecné sestry by se měl zjednodušit, opak je pravdou. V současné době pracují v nemocnicích všeobecné sestry se SZŠ, sestry DiS., a sestry bakalářky, nyní přibudou ještě praktické sestry a sestry DiS. s ročním, možná dvouletým vzděláním na VOŠ. Což nám systém vzdelávání nijak nezjednodušuje.

Předkládaná novelizace zákona 96/2004 Sb. má stabilizovat systém vzdelávání. Podle našeho názoru se jedná pouze o jakýsi pokus řešit nedostatek ošetrovatelského personálu. Jaký dopad bude mít přijetí zákona na kvalitu ošetrovatelské péče se v této době, kdy nevíme, jak budou vypadat vzdělávací osnovy, kompetence apod., můžeme jen dohadovat a doufat, že nebude snížena kvalita poskytované ošetrovatelské péče. Klíčem ke zlepšení současného neutěšeného stavu nebude podle našeho názoru změna systému vzdelávání, ale zatraktivnění práce sestry tak, aby byla konkurenceschopná na trhu práce s ostatními profesemi a dále oceněna a uznávaná jak sestra v západní Evropě.

#### **Bibliografické citace a internetové zdroje**

KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: IDV PZ, 1992. ISBN 80 – 7013 – 123 – 3  
KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN: 978 – 80 – 247 – 3224 – 4.

MZCR: *Novela zákona o vzdelávání sester pomůže řešit jejich nedostatek* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-zakona-o-vzdelavani-sester-pomuze-resit-jejich-nedostatek\\_12560\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-zakona-o-vzdelavani-sester-pomuze-resit-jejich-nedostatek_12560_1.html)

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978 – 80 – 247 – 3557 – 3.

VLÁDA: *Legislativní rada vlády schválila návrh zákona o nelékařských zdravotnických povoláních* [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-10-10]. Dostupné z:

<https://www.vlada.cz/cz/ppov/lrv/tiskove-zpravy/legislativni-rada-vlady-schvalila-navr-zakona-o-nelekarskych-zdravotnickych-povolaniach-144865/>

**Autor**

Mgr. Alena Kohlová

Katedra ošetrovateľství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií

Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem

Velká Hradební 13

400 96 Ústí nad Labem

Czech Republic

telefon +420 777134985

email: alena.kohlova@ujep.cz

## **UPLATNENIE SESTERSKÝCH KOMPETENCIÍ V PREVENCI NÁDOROVÝCH OCHORENÍ**

Andrea Obročníková, Ľudmila Majerníková

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, katedra ošetrovatel'stva

### **Úvod**

Podľa štatistických ukazovateľov onkologické ochorenia predstavujú civilizačné ochorenie 21. storočia s celosvetovo sa zvyšujúcou prevalenciou. Rastúca onkologická incidencia je podmienená demografickými zmenami (starnutím populácie), prísnejšími diagnostickými kritériami, zdravotným uvedomením populácie preferujúcou nezdravý životný štýl, nemenej atributabilným faktorom je i meniace životné prostredie. Malígne ochorenia predstavujú vo všetkých krajinách EÚ (po úmrtiach na kardiovaskulárne choroby) druhú najčastejšiu príčinu mortality v populácii mužov aj žien. Ochorenie predstavuje záťaž ako pre zdravotnícke systémy, taktiež pre pacientov a ich rodiny, ktorí čelia finančným, spoločenským a emocionálnym nárokom tohto chronického ochorenia. Prednostne profesia sestry sa stáva významným aktérom v riešení otázky prevencie onkologických ochorení, ktorá je finančne menej nákladná ako samotná liečba už diagnostikovaného nádorového ochorenia.

Doménou všeobecnej ambulantnej starostlivosti je preventívna starostlivosť. Klinická prevencia onkologických ochorení a jej organizácia v ambulancii praktického lekára zahŕňa systematickú preventívnu činnosť realizovanú preventívnymi prehliadkami, dispenzarizáciu pacientov s vybranými (onkologickými) chorobami, edukačné intervencie na podporu a ochranu zdravia (pre zvládanie zistených rizikovým faktorom podmieňujúcich onkogenézu), očkovanie proti infekciám vo vzťahu k vzniku onkologického ochorenia – hepatitída B, HPV infekcia (Fait et al., 2008).

V ambulantnej praxi sa primárna prevencia obmedzuje na možnosť komplexného posúdenia ovplyvniteľných a neovplyvniteľných rizikových faktorov podieľajúcich sa na vzniku onkologických ochorení. Dôkladná osobná, rodinná, pracovná anamnéza, anamnéza životného štýlu, gynekologická a sexuologická sú hlavným informačným zdrojom o individuálnej miere prevládajúcich rizikových faktorov klienta. Ich perzistenciu je nutné vyhodnotiť z hľadiska onkologického rizika pre zahájenie poradenských činností v prospech podpory a zachovania zdravia registrovaného klienta a jeho rodiny. V kontexte realizácie aktivít primárnej onkologickej prevencie sa zdôrazňuje rola edukátora – zdravotníckeho

pracovníka. Primárna onkologická prevencia v ambulancii praktického lekára spočíva v zdravotno – výchovnej činnosti, ktorej cieľom je apelovať a motivovať klienta k vedeniu zdravého spôsobu života (Seifert, 2004). Neoceniteľným partnerom lekára vo výchove k zdraviu klienta je erudovaná sestra, ktorá je schopná využiť svoju kompetenciu v plnom rozsahu. Podporo – edukačné činnosti sestier spočívajú v akcentovaní škodlivosti perzistujúceho rizikového faktora (nezdravé stravovacie zvyklosti, obezita, sedavý životný štýl, abúzus cigariet, alkoholu, sexuálna promiskuita, nadmerné expozícia slnečnému žiareniu a iné) a v poskytnutí pomoci pre jeho redukciu, či úplné elimináciu zo života klienta. Sestra sa stáva kľúčovým sprostredkovateľom prevencie a podpory zdravia, predurčuje ju k tomu odbornosť, poznanie pacienta, jeho rodiny, rodinnej anamnézy a prostredia, v ktorom žije a pracuje.

### **Cieľ**

Prijatím Alma - Atskej deklarácie (o úlohách a zameraní primárnej zdravotnej starostlivosti) v roku 1978 SZO zdôrazňuje sociálny a pracovný potenciál profesie sestier a pôrodných asistentiek v zlepšovaní zdravia verejnosti (Rybárová, 2008). Ošetrovatelstvo ako integrálna súčasť zdravotnej starostlivosti má najlepšie predpoklady v súlade plnenia cieľov WHO (najmä cieľa č. 8 – redukcia neprenosných ochorení) pre zaistenie ochrany verejného zdravia. Celosvetové zdravotnícke štatistiky poukazujú na nepriaznivý budúci trend vývoja nádorových ochorení, preto z uvedeného dôvodu sme sa rozhodli realizovať komparatívnu štúdiu zameranú na hodnotenie účasti sesterských intervencií v onkologickej prevencii v ambulantnej praxi na Slovensku a vo Veľkej Británii (Wales). Zámerom komparovanej štúdie bolo zistiť, do akej miery sa podieľajú sestry primárnej zdravotnej starostlivosti v onkologickej prevencii v závislosti od štátnej príslušnosti (pracujúce v Slovenskej republike a vo Veľkej Británii – Wales).

### **Metodika**

Realizovaná štúdia mala charakter kauzálny – komparatívneho výskumu, ex – post facto. Výskumnú vzorku tvorilo 165 respondentov (počtom 87 sestier v SR a 78 sestier VB) pracujúcich v ambulantných zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti. Realizačná fáza výskumu prebiehala v období január – júl 2012. Hlavnou metódou výskumu pre zber relevantných údajov bol použitý neštandardizovaný dotazník, ktorý bol po predchádzajúcom súhlase oslovených inštitúcií (etickej komisie Samosprávneho Prešovského kraja v Prešove a Oddelenia výskumu a vývoja univerzitnej nemocnice v Cardiffe) a osobnom súhlase sestry predložený a dobrovoľne vyplnený. Dotazník pozostával z 39 výskumných položiek

rozdelených do 7 oblastí. V príspevku prezentujeme čiastkové výsledky realizovanej štúdie. Oblasť skúmania frekvencie výkonu kompetencií sestier bolo hodnotené v jednotlivých položkách na základe využitia Likertovej škály v signovaní: 1 – vždy, 3 – niekedy, 5 – nikdy, pričom nižšie skóre znamenalo vyššiu mieru realizácie preventívnych intervencií z hľadiska onkologickej prevencie. Vekovú hranicu celej výskumnej vzorky tvorili prevažne sestry do 30 – 39 rokov (31%) a sestry vo veku 40 – 49 rokov (29%). Z hľadiska dosiahnutého vzdelania u nami oslovených respondentiek bolo v skupine slovenských sestier (SS) prevažné percentuálne zastúpenie sestier 55% s úplným stredoškolským vzdelaním a vyšším odborným štúdiom (diplomovaná) v 24%, bakalársky stupeň štúdia ošetrovatelstva 21%. Anglické sestry (AS) dosahovali diplomanský stupeň štúdia v 50% - om zastúpení, 46% ich získalo vzdelanie prvého stupňa – bakalár a 4% magisterského stupňa. Špecializačné štúdium dosahovali vo vyššej miere anglické sestry (57%) oproti skupine SS (31%). Z hľadiska dĺžky odbornej praxe bolo v skupine SS najviac zastúpená dlhoročná prax nad 20 rokov (52%), podobne aj v skupine AS tvorilo najvyššie percentuálne zastúpenie sestier (35%) s odbornou praxou nad 20 rokov. Údaje sme spracovali za využitia štatistického programu SPSS 15.0. Pre štatistickú komparáciu sledovaných skupín sme použili dvojrozmernú indukčnú štatistiku, Studentov dvojvzorkový t – test.

### **Výsledky**

Štatistickým spracovaním a analýzou získaných údajov sa potvrdila signifikantne významná korelácia medzi participáciou sestier v onkologickej prevencii a štátnou príslušnosťou. V skupine anglických sestier boli pozorované lepšie skórovacie výsledky oproti slovenským sestrám vo vedení dokumentácie o prítomných rizikových faktoroch podmieňujúcich onkogenézu, v edukácii pacienta / klienta o škodlivosti identifikovaného rizikového faktora a vedení jej záznamu, v demonštrácii selfdetekčných techník, v realizácii fyzikálneho vyšetrenia u pacienta s dôrazom na prvé príznaky a aktívnom pozývaní pacientov k preventívnym prehliadkam, či očkovaní. V uvedenej tabuľke 1 uvádzame štatisticky významné diferenciácie v sledovaných intervenciách.

**Tab. 1 Štatistická analýza signifikantných rozdielov medzi sledovanými skupinami v realizovaní sesterských intervencií z hľadiska onkologickej prevencie zistené podľa Studentovho t-testu**

| Realizácia sesterských intervencií                                                                      | SS   |      | AS   |      | p        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|----------|
|                                                                                                         | M    | SD   | M    | SD   |          |
| vediem anamnestický záznam o prítomných rizikových faktoroch                                            | 3,68 | 1,17 | 2,11 | 1,27 | 0,000*** |
| edukujem pacienta o škodlivosti identifikovaného rizikového faktora                                     | 2,44 | 1,21 | 1,76 | 0,91 | 0,021*   |
| vediem záznam o realizovanej edukácii pacienta pri identifikovanom faktore                              | 3,79 | 1,42 | 2,07 | 1,09 | 0,000*** |
| odporúčam pacientovi možnosti využitia poradenských služieb zariadení pre zvládanie rizikových faktorov | 3,06 | 1,19 | 2    | 1,17 | 0,0014** |
| demonštrujem techniku samovyšetrovania prsníkov,                                                        | 3,06 | 1,44 | 1,88 | 1,21 | 0,0016** |
| demonštrujem techniku samovyšetrovania semenníkov,                                                      | 3,79 | 1,26 | 2,69 | 1,73 | 0,010*   |
| demonštrujem techniku samovyšetrovania dutiny ústnej                                                    | 3,48 | 1,43 | 2,88 | 1,68 | 0,163    |
| demonštrujem techniku sebaopozorovania kože                                                             | 3,37 | 1,29 | 2,65 | 1,35 | 0,047*   |
| realizujem fyzikálny assessment u každého pacienta s dôrazom na prvé príznaky                           | 3,51 | 1,12 | 1,96 | 1,28 | 0,000*** |
| analyzujem osobnú a rodinnú anamnézu s cieľom zaradenia do rizikovej skupiny                            | 3,27 | 1,39 | 2,15 | 1,37 | 0,004**  |
| objednávam / pozývam pacienta na skríningové vyšetrenia                                                 | 2,62 | 1,59 | 1,84 | 0,83 | 0,026*   |
| monitorujem a zaznamenávam účasť pacienta na onkologických skríningových vyšetreniach                   | 2,96 | 1,40 | 1,96 | 1,11 | 0,004**  |
| sledujem termíny očkovania (hepatitída B, C, HPV)                                                       | 2,27 | 1,25 | 1,65 | 0,89 | 0,037*   |

Legenda k významnosti štatistických výsledkov\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

## Diskusia

Zaužívaný model lekára primárnej starostlivosti vo Veľkej Británii je rodinný lekár. Okrem poskytovania zdravotnej starostlivosti dospeléj populácii, sa v ambulantnom zariadení primárnej starostlivosti poskytuje preventívno – terapeutická a diagnostická starostlivosť detskej populácii, zároveň sa zabezpečuje gynekologická prevencia, antikoncepcia (bežná ambulantná gynekológia), čo vyžaduje vysoko erudovaných nielen lekárov, ale i sestry s prislúchajúcimi profesionálnymi kompetenciami. Diverzita koncepcie primárnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike spočíva v rozdelení starostlivosti medzi všeobecnú ambulantnú starostlivosť o deti a dorast, všeobecnú ambulantnú starostlivosť o dospelých, špecializovanú ambulantnú gynekologickú starostlivosť. S obdobnými znakmi primárnej starostlivosti sa môžeme stretnúť v susednom Česku, v Slovinsku, v Španielsku, v Rakúsku či Švajčiarsku (Vojtíšková, 2011).

V podmienkach britského zdravotníckeho systému sa po registrácii občana v ordinácii praktického lekára má každý nový pacient nárok na preventívnu prehliadku. O presnom



dátume a čase je nový registrovaný pacient oboznámený listom (pozvánky), doručeným na jeho adresu trvalého bydliska. Po obdržaní pozvánky je povinný oznámiť a rezervovať si stretnutie s lekárom, zvyčajne so sestrou, ktorá získava všetky potrebné informácie o pacientovi / klientovi (anamnestické posúdenie zdravotného stavu, vrátane zdravotných rizík). Anglické sestry zastávajú svoje profesionálne roly v oblasti preventívnych prehliadok, v oblasti poradenstva v odvykaní od fajčenia, alkoholu, optimalizovania telesnej hmotnosti, či potrebe zvýšenia telesnej aktivity a povedomia o samovyšetrovaní tela vedené v edukačných miestnostiach. Sestry udržiavajú zdravie ľudí v príslušnej lokalite / komunite tým, že vedú databázy - register svojich pacientov a v rámci prevencie všetkých civilizačných ochorení pozývajú pacientov k preventívnym prehliadkam, skriningovým vyšetreniam, k vakcinácii a vzdelávacími aktivitami podporujú uchovanie dobrého zdravia. O všetkých preventívnych intervenciách vedú písomný záznam v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Hoci ako Mahonová (2006) tvrdí, že hodnotenie rizík a poskytovanie informácií o rizikových faktoroch nemajú vplyv na riziko vzniku rakoviny u jedinca, avšak takéto informácie o rizikách môžu ovplyvniť pacientovo rozhodnutie týkajúce sa absolvovania preventívnych a skriningových vyšetrení a zároveň môžu zmeniť spôsob myslenia mnohých ľudí o svojom živote. Zameranie britskej primárnej zdravotnej starostlivosti v kontexte komunitnej starostlivosti spočíva v poskytovaní intervencií a podpory na úrovni komunity v záujme dosiahnutia čo najvyššieho stupňa pacientovej sebestačnosti a kontroly nad svojím životom.

Zistené výsledky poukázali na vyššiu mieru uplatnenia preventívnych činností anglickými sestrami. Pozorované pozitívne diferenciácie možno vysvetliť oprávnením sestier vykonávať preventívne prehliadky a to aktívnym pozývaním pacientov k jednotlivým skriningovým vyšetreniam podľa národných kritérií zohľadňujúce vek, pohlavie, rizikovosť rodiny (NICE odporúčani). V ich pracovnej náplni je poskytovať širokú škálu pracovných činností v závislosti od špecializácie v odbore. Zvyčajne sestry majú viac špecializácií pre poskytovanie rozsiahlej preventívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ich obsah práce zahŕňa okrem iných intervencií v rámci klinickej preventívnej starostlivosti:

- **skrining** (kontroly / meranie krvného tlaku, telesnej výšky a hmotnosti, BMI, rozbor moču, vykonáva zdravotnú prehliadku novoregistrovaného pacienta, vykonáva zdravotné prehliadky u ľudí nad 75 rokov podľa národných guidelinov, odoberá biologický materiál – krv, moč podľa ordinácie lekára),
- **podpora zdravia** (vykonáva anamnestické posúdenie na základe aktuálnych potrieb pacienta, poskytuje nutričné poradenstvo pri nadváhe u pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, s

diabetom, vedie a zaznamenáva BMI, poskytuje poradenstvo v oblasti zdravého životného štýlu – odvykanie od fajčenia, podpora a motivácia pacienta k telesnému cvičeniu) (zdroj: Core competencies for practice nursing, 2004).

Ich miera zodpovedností je podmienená vyššou odbornou kvalifikáciou, ktorú získavajú vo vzdelávacích inštitúciách, uznávaná NMC (Nursing and Midwifery Council - Rada ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie), stavovská organizácia (regulátor) združujúca 660 000 registrovaných sestier a pôrodných asistentiek v celej Veľkej Británii, podobne ako u nás Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Pre poskytovanie kvalitnej ošetrovatel'skej starostlivosti v primárnej sfére sa postgraduálne vzdelávajú vo viacerých akreditovaných špecializačných študijných programoch, po absolvovaní buď bakalárskeho alebo magisterského stupňa štúdia ošetrovatel'stva. V rámci kontinuálneho vzdelávania sestier anglické vzdelávacie inštitúcie ponúkajú širokú škálu špecializácií pre klinickú prax, ktorá obsahom zahŕňa rôzne klinické aplikované ošetrovatel'ské odbory, škálu špecializácií pre zdravotno - komunitné štúdie a kvalifikáciu sestry špecialistky, škálu špecializácií pre komunitnú prax. Všeobecnou požiadavkou pre uchádzanie sa o postgraduálne vzdelávanie je podmienené registráciou sestry v NMC s minimálne ročnou odbornou praxou. Školské inštitúcie ponúkajú na úrovni magisterského stupňa postgraduálne vzdelávanie v pokročilej praxi, v komunitnom ošetrovatel'stve a verejnom zdraví. Okrem uvedených, ponúkajú certifikované vzdelávacie programy, ktoré sú podmienené požiadavkami predchádzajúceho štúdia a vyše trojročnou požiadavkou odbornej praxe. Sestry si zvyšovaním kvalifikácie rozširujú profesionálne kompetencie, ktoré sú plne akceptované lekármi.

Pre zviditeľnenie a zefektívnenie onkopreventívnych intervencií sestier vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti sme navrhli tieto odporúčania pre prax:

- Podieľať sa na tvorbe prehľadného anamnestického formulára (záznamu) pre efektívne identifikovanie potrieb pacienta / klienta a zahájenie poradenských činností sestry.
- Podieľať sa na tvorbe edukačných materiálov zohľadňujúce primeranú kultúrnu a inteligenčnú úroveň populácie (prijímateľa zdravotnej starostlivosti).
- Edukovať registrovaných pacientov o rozpoznávaní nešpecifických prvotných príznakov nádorových ochorení a doplniť písomným edukačným materiálom.
- Využívať priestory čakárne pre prezentáciu zdravotných informácií o možnostiach predchádzania nádorovým ochoreniam (letáky, brožúry, vlastné posterové prezentácie).

- Poskytovať pacientom pravidelne aktualizované zdravotné informácie v podobe e – informačnej tabule, e – poradenstva na zriadenej webovej stránke zdravotníckeho zariadenia.
- Zvyšovať zdravotné povedomie populácie (nielen u rizikových skupín) demonštráciou samovyšetrovacích postupov prospešných k skorému odhaleniu telesných zmien, doplnený vlastným edukačným materiálom v písomnej podobe za iniciatívy a spolupráce oslovených orgánov samosprávy a spoločenských organizácií.
- Iniciovať tvorbu komunitného preventívneho onkologického programu za spolupráce sestier pracujúcich v lokálnych agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, verejných zdravotníkov - tvorba edukačných listov so zdravotnými informáciami určenými pre pacientov všetkých vekových kategórií a ich rodinných príslušníkov.

### **Záver**

Podľa Ayersovej (2009) sestry predstavujú najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov, ktorých súčasné vzdelávanie orientované na zdravie ich stavia do jedinečnej pozície. Všeobecne všetky sestry plnia významnú rolu v onkologickej prevencii a detekcii, bez rozdielu na špecializáciu a lokalitu výkonu ošetrovateľskej praxe. Uvedené fakty môžu byť stimulom pre zviditeľnenie preventívnej starostlivosti v SR, ktorá bude realizovaná sestrami za uznania ich legitímnych kompetencií všetkými zúčastnenými rezortmi.

### **Literatúra**

- AYRES, C. G. 2009. Said another way. Nurse's role in cancer control. Nursing forum. 2009, vol. 44, no. 1, p. 64-67. ISSN 0029-6473.
- CORE COMPETENCIES FOR PRACTICE NURSING. 2007. [online]. Primary Care Trust: Brighton and Hove City NHS. [cit.2012-07-01]. s. 21. Dostupné na internete: <<http://www.brightonandhovepct.nhs.uk/healthprofessionals/generalpractice/practicenursing/proissues/documents/CORECOMPETENCIES2007.doc>>.
- FAIT, T. et al. 2008. Preventivní medicína. Vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 551 s. ISBN 978-80-7345-160-8.
- MAHON, S. M. 2006. What are the chances? Risk in the Real World. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006, vol. 10, no. 1, p. 99 – 107. ISSN 1092-1095.
- SEIFERT, B. 2004. Praktický lékař a preventivní programy v onkologii. Edukační sborník z XXVIII. Brněnské onkologické dny a XVIII. Konference pro sestry a laboranty. Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004. s. 23 – 25. ISBN 80-86793-01-X.

VOJTÍŠKOVÁ, J. 2011. Primární péče u nás a ve světě. Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN. příloha: Lékařské listy. [online]. č.1/2011. [cit. 2012-08-01]. s. 3 – 5. Dostupné na internete: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/primarni-pecce-u-nas-a-ve-svete-457765>>. ISSN 1214-7664.

**Kontakt:**

PhDr. Andrea Obročníková, PhD.,  
Katedra ošetrovatel'stva,  
Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove,  
Partizánska 1, 080 01 Prešov,  
email:[andrea.obrocnikova@unipo.sk](mailto:andrea.obrocnikova@unipo.sk)

## PACIENT S IMPLANTOVANÝM KARDIOVERTEROM – DEFIBRILÁTOROM A ARYTMICKÁ BÚRKA

<sup>1</sup>Helena Gondárová – Vyhníčková, <sup>2</sup>Olga Kulichová, <sup>3</sup>Andrea Bratová, <sup>1,4</sup>Marián Berešík

<sup>1</sup>Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok, FN,

<sup>2</sup> Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentálnej medicíny, Praha,

<sup>3</sup>Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

<sup>4</sup>Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

**Abstrakt:** Implantabilný kardioverter-defibrilátor (ICD) sa stal v posledných rokoch najdôležitejším spôsobom preventívnej liečby osôb ohrozených náhlou srdcovou smrťou. Neustále sa zvyšuje počet indikácií k jeho zavedeniu a to vedie k predĺženiu života pacientov so závažným kardiálnym postihnutím. Pretože tento prístroj nedokáže zabrániť vzniku arytmií, stále častejšie je možné sa stretnúť s opakovanými epizódami malígnych komorových arytmií u týchto chorých – s arytmiickou búrkou (AB).

**Kľúčové slová:** Implantabilný kardioverter-defibrilátor. Arytmická búrka. Náhla srdcová smrť. Fibrilácia komôr. Komorová tachykardia. Defibrilácia.

### Úvod

Ochorenia srdca a ciev v našej populácii dlhodobo zostávajú na prvom mieste v príčinách úmrtnosti a chorobnosti. Častým pôvodcom náhlej smrti – predpokladá sa až z 85% - je malígna arytmia. Ta môže nastať u človeka bez predchádzajúceho kardiálneho postihnutia, ale v 75% prípadov je známa anamnéza srdcového ochorenia. Rizikovými osobami z hľadiska predispozície k tejto závažnej poruche srdcového rytmu sú ľudia s ischemickou chorobou srdca, ktorej následkom býva aj druhý rizikový faktor, a to znížená ejekčná frakcia ľavej srdcovej komory. Ďalšou ohrozenou skupinou sú pacienti s dilatálnou alebo s hypertrofickou kardiomyopatiou, pacienti s chlopňovými chybami a čakatelia na transplantáciu srdca (1).

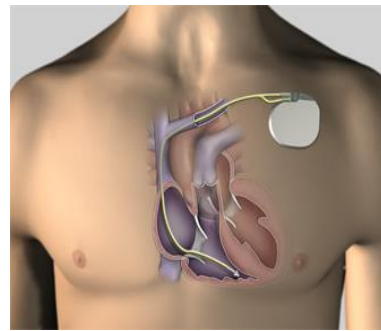
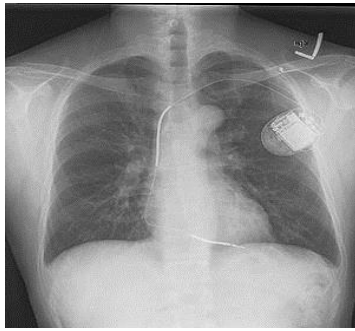
Náhla smrť ohrozuje vo väčšej miere tiež mladých ľudí – pri diagnóze arytmogénnej kardiomyopatie pravej komory alebo syndróm dlhého QT (1, 2). Príčinou náhlej smrti je buď fibrilácia komôr, alebo komorová tachykardia, resp. flutter komôr. Pre všetky tieto osoby so

zvýšeným rizikom malígnej arytmie je z dôvodu primárnej prevencie (u osôb s uvedenými dispozíciami) a sekundárnej prevencie (tam, kde sa už vyskytla malígna arytmia z rôznych príčin) pri splnení stanovených kritérií určený implantabilný kardioverter-defibrilátor. Prístroj pozostáva z mikropočítača a batérie, ktoré sú uzatvorené v kovovom kryte. Nad krytom je upevnený plastový konektor, do ktorého sa zasunú a zaskrutkujú elektródy. Implantuje sa najčastejšie do oblasti pod ľavou kľúčnou kosťou (viď obr. 1 a 2) (3). Podľa typu ICD sa do pravých srdcových oddielov zavádzajú jedna až tri elektródy. Na základe počtu a umiestnenia elektród rozlišujeme prístroje jednodutinové, dvojductinové a biventrikulárne (1).

Prístroj deteguje výskyt arytmie a na základe naprogramovaného nastavenia a druhu arytmie reaguje rôznymi impulzmi:

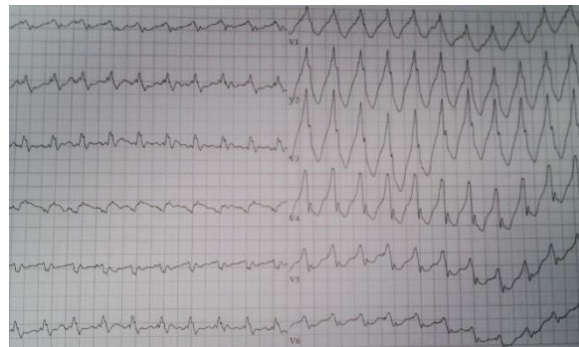
- **Stimulácia pri bradykardii** – rovnako ako kardiostimulátor pri pomalej alebo nepravidelnej akcii srdca.
- **Antitachykardická stimulácia (ATP, z angl. Anti-Tachycardia Pacing)** - pri zrýchlenej frekvencii srdca ICD dodá niekoľko slabých, rýchlych stimulačných impulzov k prerušeniu arytmie. Vo väčšine prípadov sa takto obnoví normálny srdcový rytmus; preto je pri programovaní defibrilátora ATP terapiou prvej voľby na ukončenie komorovej tachykardie (viď obr. 3 a 4). ATP pacienti nepocitujú vôbec, alebo majú pocit chvenia v hrudníku, resp. cítia slabé zášklby.
- **Kardioverzia** – keď tachykardia pretrváva (navzdory ATP), nastupuje silnejšia forma terapie – kardioverzia, čo je slabý až stredne silný výboj (okolo 5J). Väčšina pacientov uvádza pocit mierne nepríjemného úderu do hrudníka.
- **Defibrilácia** - pri fibrilácii komôr ICD aplikuje vysokoenergetický výboj. Ten s najväčšou pravdepodobnosťou ukončí životu nebezpečné arytmie a obnoví sínusový rytmus. Pri defibrilácii upadá pacient vplyvom tachyarytmie často do bezvedomia, preto elektrický impulz nevníma; pokiaľ je pacient pri vedomí, cíti tento výboj s energiou do 40J zvyčajne ako nepríjemné až bolestivé kopnutie do hrudníka, niekedy má pocit úderu blesku (4, 5).

Všetky arytmie a zásahy ICD ukladá do pamäte, kde je možné ich vyhodnotenie a zmena nastavenia pomocou externého programera, **pričom základným údajom je srdcová frekvencia, počet QRS komplexov, po ktorých má prístroj zasiahnuť, a intenzita elektrického impulzu (4, 5).**

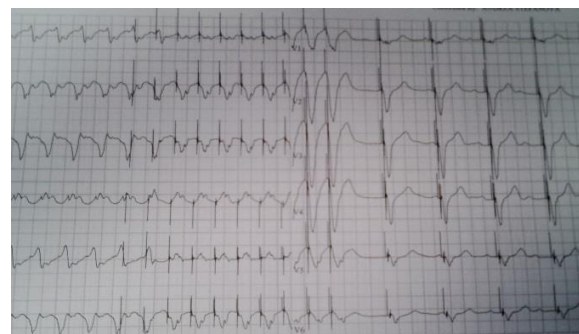


*Obrázok 1 a 2 Implantovaný ICD – RTG a schéma (zdroj: Wikiskripta)*

Arytmická alebo tiež elektrická búrka (AB) je definovaná ako tri a viac hemodynamicky závažných komorových tachyarytmií v priebehu 24 hodín. Jednotlivé paroxyzmy by mali byť oddelené intervalom aspoň 5 minút. Jedná sa o závažný, život ohrozujúci stav. U ľudí s implantovaným kardioverterom sú pri AB opakovane aplikované výboje intenzity kardioverzie alebo defibrilácie. Arytmická búrka je indikáciou k okamžitej hospitalizácii na internej jednotke intenzívnej starostlivosti (JIS), koronárnej jednotke alebo oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM) (1, 6).



*Obrázok 3 Komorová tachykardia (Zdroj: autorka)*



*Obrázok 4 Účinná ATP terapia u toho istého pacienta (Zdroj: autorka)*

Príčiny arytmickej búrky sú často neznáme. Medzi známe vyvolávajúce faktory patrí:

- nerovnováha elektrolytov – najčastejšie hypokalémia alebo hypomagneziémia pri gastrointestinálnych alebo horúčkových ochoreniach,
- akútna ischémia myokardu,
- progresia srdcového zlyhania,
- proarytmogénny účinok antiarytmík (6).

Mimo adekvátnych, život zachraňujúcich výbojov však dochádza niekedy i k výbojom neadekvátnym. Ich príčinou môže byť:

- chybná interpretácia arytmie prístrojom – fibrilácia predsiení, supraventrikulárna tachykardia, sínusová tachykardia s vyššou frekvenciou komôr,
- chybná interpretácia vysokej T alebo P vlny – prístroj „ráta“ srdcovú frekvenciu dvakrát,
- elektromagnetická interferencia spôsobená vplyvom vonkajšieho elektromagnetického poľa,
- myopotenciály z bránice pri nesprávnom uložení elektródy,
- poškodenie elektródy - fraktúra alebo porucha izolácie, iná porucha ICD (1, 5).

Čo robiť v prípade výskytu väčšieho množstva výbojov? Pokiaľ je nositeľ ICD v domácom prostredí, sú on i jeho rodina poučení o tom, ako majú reagovať. Na prvom mieste je fyzický pokoj pacienta najlepšie v polohe poležiačky tak, aby nedošlo k jeho poraneniu. Hneď nato je treba kontaktovať záchrannú službu. V prostredí zdravotníckeho zariadenia so štandardnou starostlivosťou je postup obdobný – treba za stáleho monitorovania vitálnych funkcií zaistiť urýchlený prevoz pacienta na lôžko intenzívnej starostlivosti. Pri hemodynamickej nestabilite, pokračujúcich výbojoch s nutnosťou intubácie je vhodný transport na pracovisko OAIM (1, 6).

**Postup pri prijatí pacienta na pracovisko JIS alebo OAIM mimo špecializované centrá:**

- napojiť na monitor – kontinuálne monitorovanie EKG a vitálnych funkcií,
- zaistiť venózný prístup,
- natočiť dlhý EKG záznam pre zdokumentovanie typu arytmie,
- pokiaľ je to možné, odobrať anamnézu – vracanie, hnačky, nadmerné potenie poukazujú na možnosť hypokalémie,
- psychické upokojenie a analgosedácia; pri vysokej frekvencii výbojov s bolestivými reakciami pacienta zvážiť možnosť intubácie,
- odber krvi na rýchle vyšetrenie minerálov podľa možností pracoviska, resp. kompletný laboratórny screening vrátane hladiny troponínu a BNP,



- v prípade, že sa jedná o neadekvátne výboje – na EKG zázname a na monitore nie sú zaznamenané malígne arytmie, je možná deaktivácia prístroja pomocou magnetu priloženého a fixovaného náplast'ou na kožu nad implantovaný prístroj – pacient musí byť naďalej trvalo monitorovaný; pri deaktivácii zostáva zachovaná stimulačná funkcia prístroja,
- v prípade adekvátnych výbojov aplikovať antiarytmiká i. v. – liekom prvej voľby je amiodaron, pri hemodynamickej stabilite i metoprolol,
- ak sú adekvátne výboje neúčinné a behy malígne arytmie pokračujú, je taktiež odborníkmi odporúčaná deaktivácia prístroja magnetom a aplikácia výbojov externým defibrilátorom,
- podľa hladiny minerálov úprava elektrolytovej rovnováhy i. v.,
- kontaktovať špecializované implantačné centrum.

Rovnakým spôsobom, podľa dostupnosti jednotlivých intervencií, je vhodné postupovať i v priebehu transportu vozidlami záchrannej služby.

V implantačnom centre, po uložení pacienta na lôžko koronárnej jednotky resp. oddelení akútnej kardiológie, je okrem uvedeného postupu lekárom alebo technikom vykonaná interogácia prístroja za účelom zhodnotenia arytmii a adekvátnosti výbojov. Následne sa zvyčajne čiastočne alebo úplne deaktivuje antitachykardická funkcia prístroja. Ušetrí sa tým zdroj kardiovertera, ale predovšetkým je takto pacient chránený pred bolestivým výbojom pri vedomí. Ak boli výboje adekvátne, aplikujú sa na hrudník pacienta nalepovacie defibrilačné elektródy na jedno použitie, ktoré pri opakovaných výbojoch pomocou externého defibrilátora umožňujú rýchlejšiu aplikáciu výboja a znižujú riziko kožných popálenín. Elektródy externého defibrilátora by mali byť priložené vždy minimálne 8 až 10 cm od kapsy ICD. Podľa frekvencie malígnych arytmii, účinku kontinuálne podávaných antiarytmík a celkového stavu pacienta rozhoduje lekár o ďalšom postupe, ktorým je najčastejšie radiofrekvenčná ablácia (RFA). Niekedy býva účinné navodenie stimulovaného rytmu s vyššou frekvenciou, ako je vlastný sínusový rytmus pacienta.

### **Špecifiká ošetrovatel'skej starostlivosti**

Dominujúcou požiadavkou na starostlivosť o pacienta s arytmiickou búrkou je dôsledné a nepretržité monitorovanie vitálnych funkcií, predovšetkým EKG krivky. Pri výskyte malígnej arytmie spojenej s bezvedomím sestra prevedie bezodkladne defibrilačný výboj externým defibrilátorom a následne informuje lekára. Ak je pacient pri vedomí, rozhodne lekár o vhodnej sedácii pred výbojom resp. pokuse o medikamentóznú verziu. V komplexnej

ošetrovatel'skej starostlivosti treba dbať o kvalitné upevnenie defibrilačných elektród na kožu pacienta (v prípade dlhšej aplikácie výmena po 48 až 72 hodinách) a kontrolu funkčnosti externého defibrilátora. Niekedy je potrebné ošetrovanie popálenín kože hrudníka kalciovou masťou. Pri taktilnom kontakte s pacientom s aktívnym ICD je vhodné používať latexové rukavice ako izoláciu v prípade výboje; jednako energia výboja je nízka a prejaví sa ako drobné zabrnenie.

Opakované výboje ICD sú pacientom vnímané bolestivo a majú negatívny vplyv na jeho psychiku – prehľbujú jeho obavy o budúcnosť a strach zo smrti. Zmiernenie psychického stresu často napomáha i k zníženiu výskytu arytmie. Preto je zo strany ošetrojúceho personálu dôležitý vhodný psychologický prístup, povzbudenie a pozitívna motivácia.

### **Záver**

Implantabilný kardioverter-defibrilátor je nesporne veľkým prínosom k zníženiu mortality ľudí so závažným kardiálnym postihnutím. V posledných tridsiatich rokoch dochádza každoročne k 10 – 15% nárastu počtu osôb s implantovaným kardioverterom-defibrilátorom. S týmito ľuďmi sa stretávame v bežnom živote i v rôznych zdravotníckych zariadeniach a preto by sme mali vedieť, ako zareagovať, ak u nich dôjde k jednému alebo viacerým elektrickým výbojom.

### **Použité bibliografické zdroje:**

BULÍKOVÁ, T. Použitie magnetu u pacientov s ICD posádkami RLP/RZP. Odporúčaný postup. Slovenská spoločnosť urgentnej medicíny a medicíny katastrof. [online]. In: *Via pract.* 2015, 12(6): 254–255. [Cit. 2016-08-04]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/1f1df4d7b89d7e4589b7b60d020c516b.pdf>

KETTNER, J., KAUTZNER, J. et al. 2016. Akutní kardiologie. 1.vyd. Praha: Mladá fronta a.s. 2016. 558 s. ISBN 978-80-204-3867-6.

KŘIVAN, L. et al. 2001. Lze předvídat arytmiickou bouří? Statistické srovnání skupiny nositelů ICD s proběhlou arytmiickou bouří a bez elektrické nestability. [online]. [Cit. 2016-08-05]. Dostupné na internete: <http://www.cardiology.sk/casopis/501/04/frame.htm>

KŘIVAN, L. 2005. Primární prevence náhlé srdeční smrti. In: *Interní medicína pro praxi.* 1/2005. [online]. [Cit. 2016-08-04]. Dostupné na internete: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/01/02.pdf>

PEICHL, P., KAUTZNER, J. 2009. Arytmická bouře – život ohrožující stav. In: *Intervenční a akutní kardiologie*. [online]. 2009. 8(6): 297 – 301. [Cit. 2016-08-05]. Dostupné na internete: <http://www.solen.cz/pdfs/kar/2009/06/05.pdf>

TREMKLER, Š., VRABEC, M. 2015. Ako skrotiť vnútornú energiu. [online]. Colours of sepsis. Ostrava. 2015. [Cit. 2016-08-05]. Dostupné na internete: <http://www.akutne.cz/res/publikace/8-trenkler.pdf>

**Kontakt na autora:**

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP,

Ružomberok, fakultná nemocnica

ul. gen. M. Vesela 21.

03401, Ružomberok

[helenagondar1@centrum.sk](mailto:helenagondar1@centrum.sk)

## SEPSA – ZÁVAŽNÝ OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

<sup>1,2</sup>Helena Gondárová-Vyhničková, <sup>2,3</sup>Andrea Bratová, <sup>1,4</sup>Marián Berešík

<sup>1</sup>Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP, Ružomberok, fakultná nemocnica,

<sup>2</sup>Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA,

<sup>3</sup>Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava,

<sup>4</sup>Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

### Abstrakt

Sepsa je vážny ošetrovateľský problém. Pri sepe nastáva multiorgánové zlyhanie. V oblasti zdravotníctva najviac zasahuje sepsa pacientov, sestry, lekárov a predstavujú viacero otázok i problémov, vyžadujú rôzne spôsoby ich riešenia, liečby a ošetrovateľskej starostlivosti. Kvalita podávaných a získaných informácií v medicínskej i ošetrovateľskej starostlivosti pri sepe je jednou z kľúčových úloh.

**Kľúčové slová:** Lekár. Sestra. Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Sepsa. Infekcie.

### Abstract

Sepsis is a serious nursing problem. Sepsis occurs when multiple organ failure. In the area of health care associated sepsis most patients, nurses, doctors and pose a number of questions and problems require different solutions and ways of their treatment and nursing care. The quality of data and information obtained in a sepsis of the key challenges in medical and nursing care.

**Keywords:** Doctor. Nurs. Intensive Nursing Care. Sepsis. Infections.

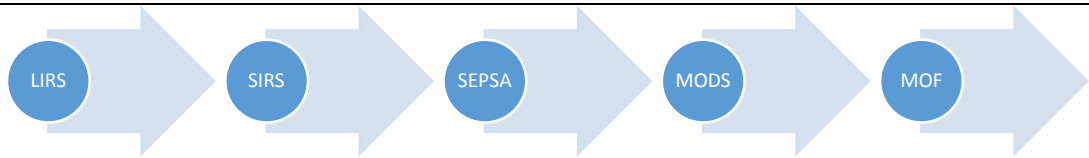
### Úvod

Ak sa baktéria dostane do krvného obehu, rýchlo sa šíri po celom tele. Môže vtedy spôsobiť zmeny vnútorného prostredia a zasiahnuť tým niekoľko životne dôležitých systémov. Ide o multiorgánové zlyhanie, ktoré postihuje najmä obličky, pečeň, pľúca, srdce a centrálny nervový systém. Najväčšiemu nebezpečenstvu vážnej infekcie sú vystavení ľudia s oslabeným organizmom, ktorí podstúpili náročnú liečbu alebo chirurgický zákrok. Pacient musí byť umiestnený na oddelení intenzívnej starostlivosti, pretože prístroje nahrádzajú často

zlyhávajúcu cirkuláciu krvi a dýchanie a hrozí mu zastavenie činnosti srdca či opuch mozgu. Takýto pacient so sepsou si vyžaduje náročnú medicínsku i ošetrovateľskú starostlivosť.

Sepsa predstavuje syndróm systémovej zápalovej odpovede (SIRS – systemie inflammatory response syndrome) vyvolaný infekčným procesom. Predpokladaný vznik predstavuje ložisko, z ktorého sa baktérie dostávajú do obehu (1). Sepsa je stav, počas ktorého sa do krvného obehu uvoľňujú mikróby z vytvoreného ložiska. Bakteriálna invázia do organizmu vyvolá celkovú alteráciu a lokálne príznaky zapríčinené vzniknutým ložiskom idú do úzadia. Sepsa preto nie je len infekcia, je celková navodená dezintegrácia organizmu zapríčinená infekciou (4).

Tabuľka 1. Dynamika zmien (Fábryová, Hrušovský, 2013).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <b>LIRS</b><br>(Local Inflammatory Response Syndrome)<br>Syndróm miestnej zápalovej reakcie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <b>SIRS</b><br>(Systemic Inflammatory Response Syndrome)<br>Syndróm systémovej zápalovej reakcie.<br>Definuje sa ako dve alebo i viac spomedzi nasledujúcich štyroch kritérií:                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Telesná teplota</b> &gt; 38°C alebo &lt; 36°C</li> <li>• <b>Pulzová frekvencia</b> &gt; 90/min</li> <li>• <b>Dychová frekvencia</b> &gt; 20/min alebo <math>\text{paCO}_2</math> &lt; 32 mm Hg (4,3 kPa)</li> <li>• <b>Počet leukocytov</b> &gt; <math>12 \times 10^9/\text{l}</math> alebo &lt; <math>4 \times 10^9/\text{l}</math> alebo &gt; 10 % nesegmentovaných neutrofilov.</li> </ul> |  |
| <b>Sepsa</b><br><b>Sepsa</b> je syndróm systémovej zápalovej reakcie spôsobený infekciou.<br>Sepsa = SIRS + infekcia. Sepsa môže vyústiť do septického šoku.<br><b>Ťažká sepsa</b> nastáva, ak sa vyvinie orgánová dysfunkcia, hypotenzia, hypoperfúzia, jedného alebo viacerých orgánov.<br><b>Septický šok</b> sa potvrdí na základe sepsy a dvoch dôkazov:                                                                             |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systémová infekcia potvrdená hemokultiváciou.</li> <li>• Refraktérna artérová hypotenzia, napriek adekvátnej substitúcii objemu a vývrhovému objemu: systolický TK &lt; 90 mm Hg, alebo MAP (mean arterial pressure, priemerný TK)</li> </ul>                                                                                                                                                    |  |

< 60 mm Hg, alebo pokles systolického o 40 mm Hg.

**MODS**

(Multi-Organ Dysfunction Syndrome)

**MOF**

(Multi-Organ Failure)

Syndróm mnohoorgánovej dysfunkcie.

Vzniká v rámci akútneho ochorenia, ako porucha funkcie orgánov, pri potrebe liečby pre zachovanie homeostázy. Zvyčajne postihuje tri a viac orgánov. Predstavuje ohrozenie života a vyžaduje intenzívnu starostlivosť a liečbu.

**Etiológia a epidemiológia** zaznamenáva najviac prípadov sepsy, kde vyvolávajúcou príčinou je bakteriálna infekcia, menej plesne, zriedka vírusy a parazity. Najfrekvencovanejšími patogénmi komunitnej sepsy sú: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* a *E. coli*. Pre nozokomiálnych sepsách sú príčinou gramnegatívne baktérie, narastá i počet grampozitívnych baktérií, hlavne stafylokoky, enterokoky, *Candida spp.* Najviac ohrozenou skupinou sú pacienti imunodeficienciou a narušenou kožnou integritou alebo kožnou bariérou. Ďalej extrémne vekové skupiny, pacienti s závažným základným ochorením, liečení imunosupresívami, kortikoidmi, alkoholici, stavy po úrazoch a operáciách, pacienti s cievnyimi a močovými katétrami, drénmi, sondami (1). Príčinou vzniku sepsy je bakteriálna infekcia, ktorá sa začala nekontrolovateľne šíriť v organizme. Z hľadiska miesta prieniku do organizmu sú najčastejším zdrojom sepsy pľúca, GIT, močový trakt, rany a mäkké tkanivá, intravaskulárne katétre a ďalšie. Infekcie, ktoré vznikli v súvislosti s centrálnym venóznym katétrom (CVK) sú najčastejšie nozokomiálne nákazy na oddeleniach JIS a OAİM. Jugulárne a femorálne katétre sú kolonizované najviac a naopak subklaviálne najmenej (6).

**Klinický obraz** predstavuje charakteristický obraz sepsy, ktorý býva spojený s intermitentnou horúčkou a triaškou, tachykardia, tachypnoe, dýchavica, schvátanosť. V niektorých prípadoch býva sepsa manifestovaná i zmenou správania, dezorientovanosťou, zmätenosťou, poruchami vedomia. Neskôr sa poruchy prekrvenia prejavia bledosťou, studeným potom, alteráciou celkového stavu. Na koži je prítomnosť petechií až sufúzie, splenomegália, abscesové ložisko alebo flegmóna. Auskultačný nález môže svedčiť pre pneumóniu alebo endokarditídu. Pri meningeálnych príznakoch sa realizuje lumbálna punkcia pre vylúčenie postihnutia CNS. Laboratórny nález vykazuje leukocytózu, zvýšené hodnoty CRP, prokalcitonínu, zvýšené hodnoty proteínov akútnej fázy, hypoalbuminémia, hyponatrémia, tromocytopénia.

**Diagnóza:** Podozrenie na sepsu môžeme vysloviť na základe anamnézy a klinického stavu, potvrdením diagnózy je dôkaz, že SIRS je spôsobený infekciou. Pri diferenciálnej diagnostike je potrebné zvážiť i iné príčiny SIRS (napr. akútna pankreatitída) (1).

**Liečba** je veľmi komplikovaná a jej úspešnosť závisí od schopnosti organizmu s infekciou sa vyrovnáť. Je realizovaná komplexne v intenzívnej starostlivosti za kontinuálneho monitoringu a podpory vitálnych funkcií. Liečba je kauzálna (ATB, chirurgické odstránenie ložiska sepsy), podporná a symptomatická liečba. K nevyhnutným opatreniam pri liečbe sepsy patrí hydratácia, kde je cieľom zabezpečiť dostatočný objem dilatovaného cievneho riečiska. Pri trvaní hypotenzie napriek adekvátnemu prísunu tekutín je potrebná podpora obehu vazopresormi. Pri sepe je zvýšený energetický výdaj a vystupňovaný katabolizmus, preto je potrebná často parenterálna výživa (1). Vo vážnych prípadoch je stav celkovej infekcie charakterizovaný veľmi vysokými požiadavkami na energiu, stresovým metabolizmom, nutnosťou hospitalizácie a nutričnej podpory. V týchto prípadoch je vysoká mortalita pacientov (7).

**Ošetrovateľská starostlivosť** o pacienta s sepsou je realizovaná formou: základnej ošetrovateľskej starostlivosti, špecializovanej ošetrovateľskej starostlivosti a komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá sa realizuje formou ošetrovateľského procesu, kde je prioritné uspokojovanie bio-psycho-sociálnych i spirituálnych potrieb u pacienta a jeho rodiny (2). Starostlivosť o pacienta so sepsou je multidisciplinárna, sestra úzko spolupracuje s lekárom ale i ostatnými členmi tímu, ktorý poskytuje pacientovi starostlivosť (8). Sestra vo svojej náročnej ošetrovateľskej praxi u pacienta so sepsou musí zladiť výkony vykonávané samostatne, samostatne na základe ordinácie lekára, v spolupráci s lekárom (9).

**Prognóza** závisí od etiológie sepsy, veku a celkového stavu pacienta v období pred ochorením. Mortalita ťažkej sepsy a septického šoku je 30% (1). Mortalita na sepsu v posledných desaťročiach napriek opatreniam neklesá, pohybuje sa okolo 30%, u pacientov v štádiu ťažkej sepsy sa pohybuje okolo 60% v septickom šoku (3).

### **Záver**

V jeseni roku 2002 sa konal v Barcelone 15. Kongres ESICM (European Society of Intensive Care Medicine), kde bola oficiálne zahájená kampaň za prežitie pacientov so sepsou – Surviving Sepsis Campaign. Kampaň vyzýva všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti k jej podpore. Hlavným dôvodom kampane je prežitie pacienta so sepsou. alarmujúci sociálny a ekonomický dopad ochorenia a nízke povedomie o závažnosti ochorenia. Problematikou sepsy zaoberá Česko – slovenské fórum pre sepsu (8). Je to

združenie ktoré podporilo Surviving Sepsis Campaign a Barcelonskú deklaráciu (10). Ochorenie si vyslúžilo prívlastok „*rapid killer*“ pre alarmujúce štatistiky o úmrtnosti pacientov (8, 10). Sestra pri pacientovi so sepsou trávi najviac času spomedzi všetkých zdravotníckych pracovníkov. Je preto žiadúce aby aj sestry sa zaoberali uvedenou problematikou, vymieňali si skúsenosti z ošetrovania pacientov so sepsou, ale i navrhovali štandardizované postupy, či vyjadrovali sa k tejto problematike z pohľadu sestry. Prax založená na dôkazoch je dôležitá pre mnohé profesie. Okrem lekárskej starostlivosti, kde sa v súčasnosti stále častejšie zdôrazňuje význam a úloha praxe založená na dôkazoch, aj iné vedné disciplíny, ktoré sú založené na praktickom vykonávaní a uplatňovaní vedomostí a schopností, prax zakladajú na dôkazoch. V ošetrovatel'stve sa takto založená prax stáva veľmi prínosnou pre skvalitnenie a zlepšenie starostlivosti. Ako uvádzajú Streitová, Zoubková a kol. (8), ošetrovatel'ská prax založená na dôkazoch (Evidence based nursing practice) predstavuje efektívne uplatnenie relevantných vedeckých informácií pri rozhodovaní sestry v priebehu ošetrovatel'skej praxe.

#### **Použité bibliografické zdroje**

- STANKOVIČ, I. 2013. Sepsa a septický šok. In Kiňová, S.; Hulín, I. a kol., 2013. Interná medicína Bratislava : ProLitera, s. 265 -273. ISBN 978-80-970253-9-7.
- STRAJTOVÁ, D., BALCÁRKOVÁ, Š. a kol. 2008. Sepse z pohľadu sestry. In Sestra.Praha, 2008, roč. 18, č. 10/2008, s. 16. ISSN 1210-0404.
- SATURINO, S., ANDRADE, M. 2007. Toll-likereceptors, new horizons in sepsis. In Current Molecul Med. 7, 2007. s. 522 – 531.
- MAČÁK, J. MAČÁKOVÁ, J. 2004. Patologie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247- 0785-3.
- FÁBRYOVÁ, V. 2013. Hematologické vyšetrenia. In Hrušovský Š. a kol., 2013, Internistická propedeutika, Bratislava : Herba, 2013. s. 302. ISBN 978-80-89171-72-9.
- KLENER, P. a kol. 2011. Vnitřní lékařství. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. 1158 s. ISBN 978-80-7262-857-5.
- GROFOVÁ, Z. 2007. Nutriční podpora, praktický rádce pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 248 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
- STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. a kol. 2015. Septické stavy v intenzivní péči. Praha: Grada publishing, 2015. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.



VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom 2005b [online]. 2005. [citované 10.9.2016]. Dostupné na: <<http://www.sksapa.sk/.../Zákony/pravne-predpisy.html>>.

ČESKO-SLOVENSKÉ FÓRUM PRO SEPSU. 2013. [online]. 2013. [citované 10.9.2016]. Dostupné na: <http://www.csfps.cz/>>.

**Kontakt na autora:**

PhDr. Helena Gondárová-Vyhničková, dipl. s.

Klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny, Ústredná vojenská nemocnica SNP,

Ružomberok, fakultná nemocnica

ul. Gen. M. Vesela 21.

03401, Ružomberok

[helenagondar1@centrum.sk](mailto:helenagondar1@centrum.sk)

## PODPORA ZDRAVÍ JAKO NEDÍLNÁ SOUČÁST ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI SENIORA

Lenka Šedová, Iva Brabcová, Hana Hajduchová, Sylva Bártlová, Valérie Tóthová

University of South Bohemia in České Budějovice,  
Faculty of Health and Social Studies, Institute for Nursing, Midwifery and Emergency Care,  
České Budějovice, Czech Republic

### Abstrakt

**Úvod:** Zdravotní gramotnost (ZG) definuje Světová zdravotnická společnost jako kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby získávali informace, porozuměli jim a mohli, je efektivně vyžívat. ZG je prostředkem, jak podpořit a udržet si své zdraví. Seniorská populace je jednou ze skupin, která je ohrožená nízkou úrovní zdravotní gramotností.

**Cíle:** Cílem výzkumného šetření bylo proto provést analýzu zdravotní gramotnosti seniorů se zaměřením na podporu zdraví. V této souvislosti jsme se zaměřili praktiky seniorů, které vedou k udržení zdraví seniorů.

**Metody:** Pro výzkumné šetření byla zvolena strategie kvalitativního postupu. K získání potřebných informací byla využita technika sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, výběr komunikačních partnerů byl záměrný. Celkem bylo oslovenou 19 respondentů (R1-19), přičemž věkový průměr činil 74 let, minimum 67 let a maximum 88 let. Soubor se skládal ze 7 mužů a 13 žen. Získaná data byla zpracována technikou otevřeného kódování.

**Výsledky:** Metodou otevřeného kódování bylo stanoveno v oblasti podpory zdraví několik kategorií – informace o zdraví; zdroje informací; životospráva. Tyto kategorie byly dále děleny na podkategorie. Výsledky přinesly zajímavá zjištění především v oblasti životosprávy, kde se ukazuje, že většina respondentů by měla v rámci léčby svých onemocnění (většinou civilizačních) dodržovat režimová opatření. Analýza dat ukazuje, že efektivita těchto záměrů je ovlivněna přístupem zdravotnického personálu, motivací a podporou respondentů, v neposlední řadě také ukázněností respondentů.

**Závěry:** Tyto závěry přispívají k prohloubení reálného stavu o zdravotní gramotnosti mezi seniory. Šetření kromě zásadních výsledků přináší další zjištění, které se stávají podkladem

pro další šetření. Řada závěrů poslouží také pro realizaci intervencí na zvýšení zdravotní gramotnosti seniorů.

**Klíčová slova:** Health literacy, Senior, životospráva, Health promotion

**Kontaktní adresa:**

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

U Výstaviště 26

370 05 České Budějovice

e-mail: lsedova@zsf.jcu.cz

## **INFORMOVANOSŤ      PACIENTOV      O ŽIVOTOSPRÁVE      PO ORTOPEDICKEJ      OPERÁCII**

Cuperová Jana, Andreánska Nikola, Fertaľová Terézia, Ondriová Iveta, Magurová Dagmar  
Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovatel'stva

### **Úvod**

Problematica informovanosti pacientov o životospráve po ortopedických operáciách je s ohľadom na zvyšujúci sa výskyt degeneratívnych ochorení pohybového systému a ich operačného riešenia veľmi dôležitá. V našej práci sa zameriavame na problematiku informovanosti pacientov po implantácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. Implantácia totálnej endoprotézy bedrového kĺbu je operačný výkon, ktorý je v dnešnej dobe bežnou liečebnou metódou ochorení a úrazov bedrového kĺbu. Vzhľadom na to, že po tomto zákroku musí pacient dodržiavať špecifický režim, je potrebné podať mu dostatok informácií týkajúcich sa úpravy domáceho prostredia pred operáciou, rehabilitácie a správnej výživy po operačnom výkone. Pokiaľ sa u pacienta zvolí individuálny prístup a zostaví správny edukačný a rehabilitačný program, podarí sa mu zvládnuť nápor bežného života a bez väčších problémov zvláda sebaobslužné výkony.

### **Totálna endoprotéza bedrového kĺbu**

*„Termín endoprotéza (synonymá: kĺbová náhrada, umelý kĺb, artroplastika, alloartroplastika, protéza) je v súčasnosti v humánnej medicíne pomenovaním materiálu, ktorým počas operačného výkonu nahrádzame kĺb alebo jeho časť v tele pacienta“* (Šteňo 2014, s. 9). Pojem artropastika je definovaný ako umelá náhrada zničeného kĺbu (Jones 2007). S pokročilým vekom prichádzajú bolesti a funkčné obmedzenia bedrového kĺbu, ktoré obmedzujú bežný rytmus života. Pokiaľ nepomáhajú konzervatívne opatrenia a u pacienta je značne znížená kvalita života, bolesť je možné eliminovať umelou náhradou bedrového kĺbu (Kendoff 2015). Totálna endoprotéza sa vykonáva u pacientov s cieľom zabezpečiť úľavu od bolesti, zlepšiť pohybovú aktivitu, zabezpečiť hybnosť končatiny a zvýšiť kvalitu života pacienta. Funkcia endoprotézy je časovo obmedzená (5-20 rokov), preto pristupujeme veľmi zodpovedne pri artroplastike bedrového kĺbu u mladších pacientov. Pokiaľ pacient pociťuje silnú bolesť, v končatine sa nachádza obmedzenie hybnosti a je prítomná RTG koxartroza

III. stupňa, po 55. až 60. roku implantujeme totálnu endoprotézu. Pre pacientov mladších ako 40 rokov je potrebné vyčerpať všetky konzervatívne alebo iné operačné liečebné možnosti (Vojtaščák 2006). Základným predpokladom úspešnej liečby je výber vhodného liečebného postupu a dostatočná informovanosť pacienta o pohybových aktivitách a špeciálnych režimových opatreniach, ktoré by mal po výmene bedrového kĺbu dodržiavať. Operačný výkon býva plánovaný, preto si pacient už predtým vytvorí vhodné podmienky v domácom prostredí, čo je odstránenie potrhávaných a vytŕčajúcich kobercov, elektrických káblov, výber pevnej stoličky s operadlom a umiestnenie stoličky do kúpeľne (Anonym 2015; Hlinková 2015; Janíková 2011). Pacient je po operácii hospitalizovaný v nemocničnom prostredí podľa jeho individuálneho stavu, najčastejšie je to 7 - 14 dní. Počas tohto pobytu je úlohou zdravotníckeho personálu podať dostatok informácií o možných komplikáciách pri nesprávnom pohybe a režimových opatreniach, ktoré musí pacient po prepustení domov dodržiavať. Už pred operačným výkonom by fyzioterapeut v spolupráci so sestrou mal vykonať predoperačnú rehabilitáciu, kde mu bude vysvetlený nácvik správnych pohybových stereotypov, cievna a dýchacia gymnastika. Sestra by mala pacientovi vysvetliť potrebu využívania špeciálnych pomôcok v domácom prostredí, ktoré bude po príchode z nemocničného prostredia využívať (Mikuľáková 2008; Vavro 2014).

### **Ciele**

Zistiť úroveň informovanosti pacientov o správnej životospráve po implantácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu. Monitorovať informovanosť pacientov o vhodnej úprave domáceho prostredia pred hospitalizáciou, zistiť, či fyzioterapeut vykonával s pacientmi predoperačnú rehabilitáciu, monitorovať úroveň zrozumiteľnosti podaných informácií, sledovať, či sa pacientom poskytuje edukačný materiál týkajúci sa životosprávy po totálnej endoprotéze a zistiť, či pacienti poznali frekvenciu kontrolných vyšetrení po operácii.

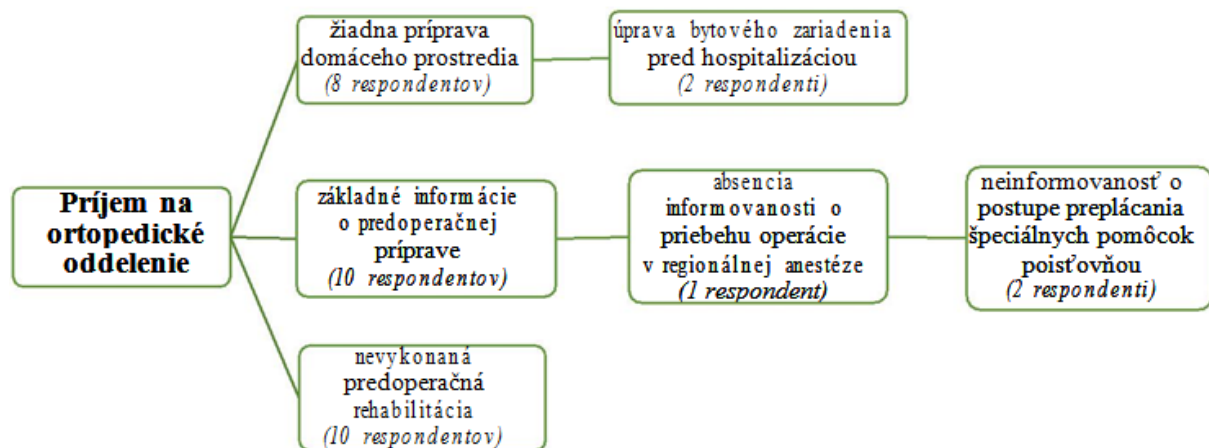
### **Súbor a metodika**

Pre zber dát bola použitá metóda polo štruktúrovaného rozhovoru vlastnej konštrukcie. Rozhovor bol rozčlenený na otázky týkajúce sa informovanosti pacientov pri prijatí na oddelenie, priebehu hospitalizácie a pri odchode do domáceho prostredia. Prieskumnú vzorku tvorili pacienti po implantácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu - 10 respondentov ( 6 žien a 4 muži), vo veku od 54 do 80 rokov. Získané dáta boli spracované do schém SmartArt pomocou programu Microsoft Office Word 2007. Prieskum prebiehal v súlade s etickými normami pre daný typ výskumu.

### Výsledky

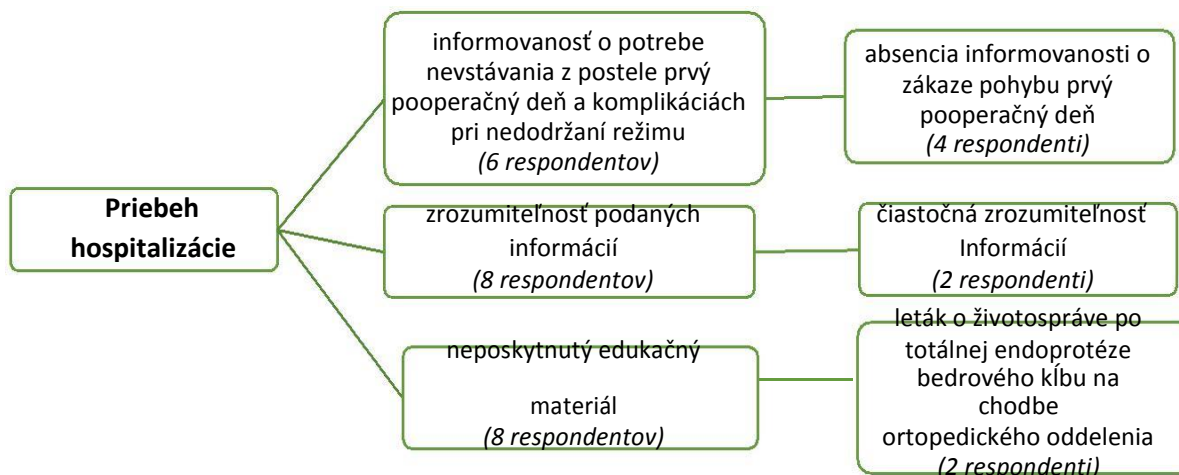
Po zhodnotení získaných informácií si pred hospitalizáciou osem respondentov žiadnym spôsobom neupravilo domáce prostredie, pričom sedem z nich neudalo, že by im boli od zdravotníckeho personálu podané informácie o jej vhodnosti, ôsma respondentka osobne nepovažovala za potrebné si tieto pomôcky zabezpečiť. Dvaja respondenti neboli informovaní o postupe preplácania daných špeciálnych pomôcok poisťovňou. Pred operačným výkonom boli všetkým pacientom podané základné informácie týkajúce sa predoperačnej prípravy, pričom jedna respondentka uviedla, že až tesne pred absolvovaním operácie sa dozvedela, že bude prebiehať v regionálnej anestézia, čo v nej prebudilo strach. Ani u jedného respondenta nebol vykonávaný nácvik pooperačnej rehabilitácie a informácie o pooperačnom režime získali až po absolvovaní operačného zákroku. Pacienti uviedli, že o režimových opatreniach, ktoré budú musieť po operačnom zákroku dodržiavať by chceli byť edukovaní ešte pred operáciou.

**Schéma 1 Zhodnotenie informovanosti pacientov pri prijíme na ortopedické oddelenie**



V priebehu hospitalizácie bolo šesť respondentov informovaných o zákaze pohybu prvý pooperačný deň a komplikáciách, ktoré by mohli nastať ak by zákaz nedodržali. Zvyšní štyria uviedli, že o tomto režimovom obmedzení neboli od zdravotníckeho personálu poučení. Pri zhodnotení zrozumiteľnosti podaných informácií, ôsmi pacienti rozumeli všetkým odborným pojmom. Podľa dvoch respondentov neboli všetky informácie, ktoré im lekár podal zrozumiteľné, avšak nepamätali si názov týchto odborných termínov.

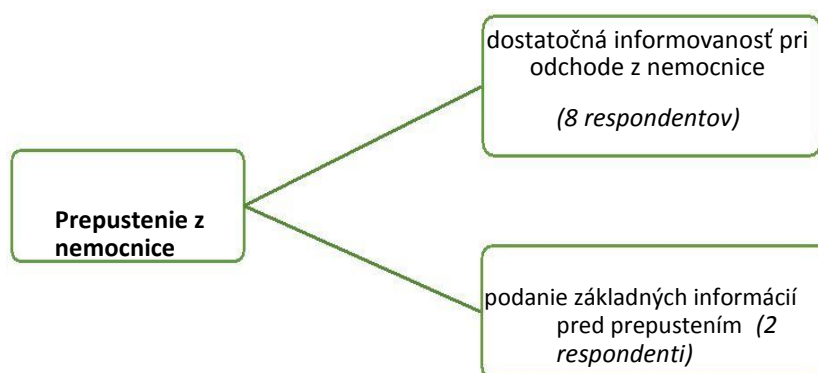
**Schéma 2 Zhodnotenie informovanosti pacientov počas hospitalizácie**



(Zdroj: vlastné spracovanie)

Ani jednému respondentovi nebol poskytnutý edukačný materiál, avšak dvaja z nich si všimli leták o zakázaných pohyboch po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu, ktorý sa nachádzal na stene ortopedického oddelenia.

**Schéma 3 Zhodnotenie informovanosti pri prepustení z nemocnice**



(Zdroj: vlastné spracovanie)

Úroveň informovanosti pri prepustení z nemocničného zariadenia vnímali väčšinou pacienti ako dostačujúcu- túto odpoveď sme zaznamenali u deviatich respondentoch, podľa slov dvoch respondentov boli informácie pri odchode základné, podané v rýchlosti niekoľkými vetami. Pacienti by pred odchodom do domáceho prostredia uvítali edukačný materiál zaoberajúci sa obmedzeniami, ktoré budú musieť dodržiavať v bežnom živote po dobu niekoľkých mesiacov. Podobnou problematikou týkajúcou sa informovanosti pacienta po totálnej endoprotéze bedrového kĺbu sa zaoberal Vašíček (2009). V jeho súbore poskytnutie edukačného materiálu uviedlo 94,52% respondentov a o úprave domáceho prostredia pred

odchodom do nemocnice bolo zdravotníckymi pracovníkmi informovaných 80,82 % respondentov.

### **Záver**

Totálna endoprotéza bedrového kĺbu sa v súčasnej dobe považuje za najúspešnejší operačný výkon v chirurgických odboroch ktorý si vyžaduje spoluprácu všetkých členov zdravotníckeho personálu, nevynímajúc dôležitosť kvalitnej predoperačnej a pooperačnej starostlivosti. Preto sme sa rozhodli venovať sa práve starostlivosti o pacienta pred operačným výkonom a po ňom, zahŕňajúc predoperačnú prípravu pacienta a následnú pooperačnú starostlivosť formou edukácie. Edukácia je neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti, ktorej hlavným cieľom je osvojiť si vedomostí a zručnosti a tým predchádzať rôznym komplikáciám. Pre zvládnutie celého pooperačného obdobia je dôležitá vzájomná spolupráca medzi pacientom a sestrou. Aby sme dosiahli čo možno najlepšie výsledky v edukácii pacienta je dôležité realizovať ju v prostredí ktoré pacient dobre pozná, je čo najmenej rušivé, s dostatkom súkromia pre pacienta ako aj pre edukátora zároveň. Sestra nesmie šetriť empatiou, ktorá je súčasťou sesterského povolania, ale ak šetrí vedomosťami vtedy sa stáva edukácia neúčinnou. Významným prvkom v procese edukácie je komunikácia, ktorá je jedným z pilierov efektívneho vzdelávania človeka. Keďže vzdelávanie je súčasťou nášho každodenného života nevynímajúc ani oblasti zdravia je našou úlohou pacienta/klienta zasvätiť do danej problematiky a tým uľahčiť ďalší priebeh liečby a rekonvalescencie. Ako každý operačný výkon aj alopastika bedrového kĺbu prináša so sebou vysoké riziko vzniku infekcie. Lančaričová, Semenelová a Frantová (2013) na základe štúdií, zaoberajúcich sa problematikou chirurgických infekcií, odporúčajú v rámci prevencie vzniku chirurgických infekcií realizovať ošetrovateľské intervencie v predoperačnej starostlivosti, pretože predoperačná starostlivosť je kľúčovým momentom, ktorý môže prispieť k zníženiu výskytu pooperačných infekcií v pooperačnom období, hlavne u výkonov spojených s implantáciou.

### **ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV**

- ANONYM, 2015. *Hip replacement surgery. A pateint's guide* [online]. Australia: Global Orthopaedic Technology [cit. 7. decembra 2015]. Dostupné z: [www.globalortho.com.au/cms/resources/glo002-hip-patient-booklet.pdf](http://www.globalortho.com.au/cms/resources/glo002-hip-patient-booklet.pdf)
- HLINKOVÁ, E. a kol., 2015. *Multimediálna e-učebnica Ošetrovateľské postupy v špeciálnej chirurgii* [online]. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta



- [cit. 13. novembra 2015]. ISBN 978-80-89544-72-1. Dostupné z: [www.oschir.jfmed.uniba.sk](http://www.oschir.jfmed.uniba.sk)
- JONES, C. a kol., 2007. *Total Joint Arthroplasties: Current Concepts of Patient Outcomes after Surgery* [online]. Rheumatic Disease Clinics of North America [cit. 15. októbra 2015]. Dostupné z: [www.researchgate.net/profile/Lauren\\_Beaupre/publication/6439135\\_Total\\_joint\\_arthroplasties\\_Current\\_concepts\\_of\\_patient\\_outcomes\\_after\\_surgery/links/00b4952cc3801ad421000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Lauren_Beaupre/publication/6439135_Total_joint_arthroplasties_Current_concepts_of_patient_outcomes_after_surgery/links/00b4952cc3801ad421000000.pdf)
- JÁNÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovateľská péče v chirurgických odborech*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-051-3.
- LANČARIČOVÁ, D., S. SEMENELOVÁ a M. FRANTOVÁ, 2013. Postupy v prevencii vzniku chirurgických infekcií. In: *Sestra*. Roč. 12, č. 9-10, s. 38-39. ISSN 1335-9444.
- KENDOFF, D., 2015. *Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, department Orthopädie*. [cit. 19. novembra 2015] [online]. Dostupné z: [www.helios-kliniken.de/klinik/berlin-buch/fachabteilungen/orthopaedie-und-unfallchirurgie/departement-orthopaedie/leistungsspektrum/hueftgelenkendoprothese.html](http://www.helios-kliniken.de/klinik/berlin-buch/fachabteilungen/orthopaedie-und-unfallchirurgie/departement-orthopaedie/leistungsspektrum/hueftgelenkendoprothese.html)
- KRAUSE, R., ZBORANOVÁ, I., 2015. *Odporúčania pre pacienta s totálnou endoprotézou bedrového kĺbu* [online]. Žilina: Fakultná nemocnica s poliklinikou [cit. 30. novembra 2015]. Dostupné z: <http://www.fnsppa.sk/files/314-file?type=3>
- MIKUĽÁKOVÁ, W. a kol., 2008. *Rehabilitačné ošetrovatel'stvo*. Prešov: Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníckych odborov. ISBN 978-80-8068-765-6.
- ŠTEŇO, B., 2014. *Artroplastika bedrového kĺbu*. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89171-261.
- VAŠÍČEK, T., 2009. *Problematika informovanosti klientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu* [bakalárska práca]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati.
- VAVRO, M. a kol., 2014. Starostlivosť o pacienta s totálnou endoprotézou bedrového kĺbu. In: *Sestra*. Roč. 13, č. 9-10. ISSN 1335-9444.
- VOJTAŠČÁK, J., 2006. *Ortopédia a traumatológia*. Bratislava: Slovak Academic Press. ISBN 80-89104-95-9.

#### **Kontaktná adresa autora**

PhDr. Jana Cuperová, PhD.

FZO PU v Prešove

Ul. Partizánska 1

080 01 Prešov

e-mail: [jana.cuperova@unipo.sk](mailto:jana.cuperova@unipo.sk)

## EUROPEAN CREDIT TRANSFER SYSTEM – EURÓPSKÝ SYSTÉM TRANSFERU KREDITOV – PPÍPRAVA NA KOMPLEXNÚ AKREDITÁCIU 2014

Ľubica Ilievová

Katedra ošetrovatelstva Fakulta zdravotníckych vied a sociálnej práce Trnavská univerzita v  
Trnave

Historická Trnavská univerzita je jedna z najstarších univerzít na Slovensku. Trnavská univerzita bola založená v roku 1635, mala 4 fakulty: filozofickú, teologickú, právnickú a lekársku. Historická Trnavská univerzita pôsobila v Trnave 142 rokov. Slovenská národná rada obnovila k 25.3.1992 Trnavskú univerzitu zákonom č. 191/1992 a znovu otvorila k 1.7.1992. V súčasnosti má Trnavská univerzita 5 fakúlt, a to Právnickú, Pedagogickú, Zdravotníctva a sociálnej práce, Filozofickú a Teologickú. Študuje na nej v 98 akreditovaných študijných programoch všetkých stupňov a foriem približne 7000 študentov, o ktorých sa stará asi 600 zamestnancov.

ECTS label je najprestížnejším ocenením pre oblasť vysokoškolského vzdelávania v európskom priestore, ktoré každý rok udeľuje Európska komisia, Generálne riaditeľstvo pre vzdelávanie a kultúru - The Education, Audiovisual and Culture Executive Agency.

**Trnavská univerzita je prvou humanitne zameranou univerzitou na Slovensku, ktorá bola ocenená ECTS label.**

Trnavská univerzita je treťou univerzitou na Slovensku ocenenou ECTS label. Získanie **ECTS label Trnavskou univerzitou** je prejavom kvality vysokej školy. Deklaruje správne používanie ECTS vo všetkých odboroch na bakalárskom a magisterskom stupni štúdia a správnu administráciu mobilit v rámci programu ERASMUS. Je znakom toho, že vzdelávanie v študijných programoch na Trnavskej univerzite, všetky kredity, ktoré študenti získajú štúdiom, sú v súlade s európskym kreditovým systémom a sú tak uznávané aj v zahraničí. **Ak je univerzita držiteľom tejto značky, je to signál kvality univerzity a vzdelávacieho systému pre domácich aj pre zahraničných študentov.**

Proces prípravy Trnavskej univerzity na získanie značky ECTS sa začal rozhodnutím Kolégia rektora v januári 2012 ako súčasť koncepcie rozvoja univerzity na roky 2012 – 2015. Proces vytvorenia ECTS katalógu a získania ECTS label na základe podmienok Európskej komisie

bol náročný časovo, administratívne, technicky a predovšetkým personálne. Bolo nevyhnutné, aby sa do procesu prípravy zapojili všetky súčasti univerzity.

Príprava na získanie značky ECTS trvala v prostredí Trnavskej univerzity takmer dva roky a bola podnetom najmä pre prácu s **„výsledkami vzdelávania“ a kreditovou záťažou predmetov v študijných programoch fakúlt Trnavskej univerzity**. Na základe prvej analýzy plnenia podmienok na získanie ECTS label sme zistili, že podmienkou získania tejto značky bude vylepšovanie viacerých vlastných procesov tak, aby sme dosiahli kompatibilitu s požiadavkami ECTS. Požadované informácie sme totiž nemali spracované v predpísanej štruktúre, **v opisoch „profilu absolventa“ nám vo viacerých prípadoch chýbali spracované výsledky vzdelávania, kreditová záťaž predmetov nebola správne priradená, informačné listy v akademickom informačnom systéme boli vyplnené nedostatočne a výsledky vzdelávania neboli vždy zakomponované v informačných listoch predmetov**. Absentovala tiež časť anglickej jazykovej verzie informácií o študijných programoch a možnostiach štúdia.

Proces prípravy na získanie ECTS label bol zameraný najmä na spracovanie výsledkov vzdelávania a kreditovej záťaže predmetov v študijných programoch fakúlt Trnavskej univerzity. Proces prípravy trval takmer dva roky. Základnou podmienkou uchádzania sa o značku znamenalo pre Trnavskú univerzitu sústrediť sa na tvorbu základnej štruktúry: 1. Informácie o možnostiach štúdia. Tie sa skladali z časti Informácie o inštitúcii a Informácie o programoch. Informácie o programoch majú dve časti – Všeobecný opis študijných programov a Opis jednotlivých jednotiek študijného programu.

#### 2. Informácie pre študentov

Informácie o možnostiach štúdia (Information Package) a katalóg predmetov (Course Catalogue) bolo potrebné sprístupniť na webovej stránke v anglickom jazyku podľa stanovenej štruktúry.

Trnavská univerzita musela do hodnotiaceho procesu predložiť aj dokumenty, ktoré potvrdzovali správne používanie ECTS pre mobilitných študentov: Zmluva o štúdiu, Výpis výsledkov štúdia, Doklad o uznaní. Komisia zložená z nezávislých expertov prostredníctvom týchto dokumentov posudzovala spisy troch vyslaných a troch prijatých študentov z troch rôznych študijných programov, ich formálnu a obsahovú správnosť.

Význam implementácie pravidiel a požiadaviek pre získanie ECTS label pre Trnavskú univerzitu a jej súčasti spočívala najmä v pozitívnom dopade na kvalitu vnútorného vzdelávacieho prostredia, komplexnom spracovaní informácií o univerzite a jej súčastiach

v požadovanej jednotnej štruktúre v anglickom jazyku, ucelenom prehľade o ponuke štúdia pre zahraničných študentov na Trnavskej univerzite a jej fakultách, **detailnom spracovaní informačných listov v požadovanej štruktúre v anglickom jazyku a nepriamo aj v príprave na štátnu komplexnú akreditáciu, ktorá sa začínala v roku 2013.** ECTS label bolo pre Trnavskú univerzitu nielen prostriedkom ako zvýšiť atraktivnosť vzdelávacieho prostredia pre incoming študentov, ale taktiež aj príležitosťou pre vytváranie zázemia pre našich študentov študujúcich na partnerských univerzitách v zahraničí.

Získanie a trvalá implementácia značky ECTS Trnavskou univerzitou je explicitne súčasťou viacerých plánovacích a koncepčných dokumentov univerzity. V Dlhodobom zámere univerzity na roky 2015 až 2020 je jedným z hlavných cieľov atraktivita štúdia na univerzite, a to aj v súvislosti s internacionalizáciou štúdia, dobrým financovaním aktivít v oblastiach vzdelávania, vedy a riadenia, zabezpečením kvality vzdelávania a budovaním identity univerzity. Aktivity spojené s ECTS label takto systematicky a cielene smerovali k procesu vytvorenia inštitúcie najvyššej kvality, preukázateľne porovnateľnej s renomovanými európskymi univerzitami. Popri preferencii princípov dobrého vzdelávania i vedy a osobného prístupu k študentom, ako aj budovania ich príslušnosti k univerzite, táto cesta odstránila mnohé bariéry, nepresnosti, či netransparentnosť a zaviedla systém a pravidlá činnosti vo vzdelávaní, vede a riadení, umožňujúce spätnú väzbu, zmysluplné analýzy, vyhodnocovanie, efektívnu kontrolu a zlepšovanie stavu vo všetkých úlohách univerzity.

Okrem vyššie uvedených vnútorných i vonkajších pozitívnych účinkov, týkajúcich sa najmä zvyšovania kvality vzdelávania, ECTS label je dôležitým medzinárodným a európskym potvrdením, že všetky študijné programy, poskytované na Trnavskej univerzite, ako aj skúšky a kredity, ktoré tu študenti získavajú, sú v súlade s európskym kreditovým systémom a sú tak uznávané aj v zahraničí. V prípade záujmu študentov Trnavskej univerzity absolvovať časť alebo záver štúdia v zahraničí im ECTS label garantuje uznávanie predchádzajúceho hodnotenia. Zahraničným študentom, ktorí sa rozhodnú absolvovať časť štúdia na Trnavskej univerzite, poskytuje ECTS label garanciu, že po návrate na materskú univerzitu im bude táto akceptovať štúdium na Trnavskej univerzite.

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

lubica.ilievova@truni.sk

Katedra ošetrovatelstva,

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,  
Trnavská univerzita v Trnave  
Univerzitné nám. 1,  
918 43 Trnava, Slovenská republika,  
+421 033 5939401

## **VPLYV CHRONICKEJ BOLESTI NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTOV**

Gabriela Doktorová

Trnavská univerzita v Trnave FZaSP, Katedra ošetrovatel'stva

### **Abstrakt**

Chronická bolesť už dávno nie je len medicínskym, ale aj ošetrovatel'ským problémom. V prezentovanom príspevku sa zaoberáme kvalitou života v ošetrovatel'stve, osobitnú pozornosť venujeme pacientom s chronickou bolesťou. Kvalita života v ošetrovatel'stve je hodnotená ako subjektívny fenomén, ktorý nemá priamu súvislosť s objektívnym zdravotným stavom. Pri hodnotení kvality života využívame subjektívny prístup, objektívny prístup, zmiešaný prístup a taktiež môžeme hodnotiť kvalitu života pomocou dotazníka. Najčastejšie používaným dotazníkom na hodnotenie kvality života v klinickej praxi je WHOQOL – BREF. Obsahuje 26 položiek a zahŕňa oblasti: fyzické zdravie, prežívanie, sociálne vzťahy a prostredie. Pohľad ošetrovatel'stva na pacienta trpiaceho chronickou bolesťou je komplexný. Podpora a hodnotenie kvality života je výsledkom záujmu o poskytovanie odbornej a kvalitnej ošetrovatel'skej starostlivosti.

**Kľúčové slová:** Kvalita života. Chronická bolesť. Ošetrovatel'stvo.

### **Kontaktná adresa:**

Mgr. Gabriela Doktorová

Katedra ošetrovatel'stva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava, Slovenská republika

++421 033 5939425

[gabriela.doktorova@truni.sk](mailto:gabriela.doktorova@truni.sk)

## **KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S NÁDOROM MOZGU**

<sup>1</sup>Ivica Gulášová, <sup>2</sup>Ján Hruška, <sup>1,3</sup>Nadežda Justhová

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

<sup>2</sup> Zdravstar, Ružomberok,

<sup>3</sup> Kúpele a.s. Trenčianske Teplice

### **Súhrn**

Autori sa v príspevku zaoberajú komunikáciou s pacientom s nádorom mozgu. Základom vzťahu sestra a pacient je dôvera, slušnosť, etika a vzájomná úcta a rešpekt. Komunikácia je základnou zložkou medziľudských vzťahov. Zámerom každej komunikácie je vyvolať nejakú odpoveď, preto je komunikácia dejom. Má dva hlavné ciele: ovplyvniť iných a získať informácie. Úspešná komunikácia sestry s pacientom, ktorá v komplexe celého verbálneho a neverbálneho správania prispieva veľkou mierou k pozitívnemu ovplyvneniu zdravotného stavu pacienta, vyžaduje od oboch, ale predovšetkým od sestry nie len účinnú stratégiu vedenia rozhovoru a premyslené správanie, ale i primeranú mieru pravej úprimnosti a otvorenosti, aby bola zachovaná rovnováha medzi inštitucionálnou a profesijnou zložkou rozhovoru na jednej strane a ľudskou stránkou na strane druhej. Súčasťou výkonu profesie napríklad u lekára v zmysle zákona je poskytnúť informáciu o zdravotnom stave a poučenie pacientovi zrozumiteľným jazykom. Veľmi dôležitou komunikačnou fázou je verifikácia. V tejto fáze lekár pacientovi detailne vysvetľuje pojmy, ktorým pacient nerozumie, a zároveň si overuje, či po vysvetlení pojmov pacient porozumel svojej diagnóze a navrhovanej liečbe. Základom komunikácie je rešpektovanie rovnosti oboch strán. Na neurochirurgii je komunikácia s pacientmi veľmi zložitá, pretože pacienti majú poruchy správania sa, sú agresívny, nervózny, majú rýchlu zmenu nálad, často si myslia, že sú na úplne inom mieste. Väčšinou odmietajú verbálne odbornú pomoc, preto je aj podpora rodiny na tomto mieste veľmi dôležitá.

**Kľúčové slová:** komunikácia, ošetrovateľská starostlivosť, poruchy reči, pacient, nádor

### **Summary**

The authors of the contribution deals communication with patient with brain tumor. The basis of relationship the nurse and the patient's is trust, decency, ethics and mutual esteem and respect. Communication is an essential component of human relations. The goal of any

communication is to provoke some sort of response, so the communication storyline. It has two main objectives: to influence others and get information. Successful communication between nurse and patients, which in the complex whole verbal and nonverbal behavior contributes largely positive affecting the health state of the patient, requires both, but especially from a nurse not only an effective strategy for conducting interviews and thoughtful behavior, as well as an adequate degree of true honesty and openness in order to maintain balance between institutional and professional component of conversation on one side and human side to the other. Part of the exercise of the doctor profession in law is to provide information about health state and patient education intelligible language. A very important communication is the verification phase. At this phase the doctor to the patient in detail to explains the terms that the patient does not understand, while he verify that the following explanations to terms patient understand their diagnosis and proposed treatment. The basis of communication is respect for the equality of both parties. In neurosurgery is communication with patients very difficult, because patients have behavioral disturbances, are aggressive, nervous, have rapid mood changes, often they thought to be a completely different place. Mostly they refuse verbal professional help, so support of the family is on this place very important, too.

**Key words:** communication, nursing care, speech disorder, patient, tumor

## Úvod

Slovo komunikácia vzniklo z latinského *communicare*, čo znamená deliť sa robiť niečo spoločným, zverovať. Komunikácia je univerzálnym javom ľudskej spoločnosti a priamym regulátorom úrovne medziľudských vzťahov /Linhartová, 2007/. Zároveň je podmienkou existencie každého sociálneho systému. Komunikácia vedúca k porozumeniu a prehlbovaniu medziľudských vzťahov je pravdepodobne najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života osobitne u pacientom s ochoreniami centrálného nervového systému. Cieľom nášho príspevku je priblížiť komunikačné poruchy u pacientov s nádorom mozgu.

Na Neurochirurgických oddeleniach sú hospitalizovaní pacienti aj s úrazmi hlavy a krvácaním do mozgu, ktoré sa prejavujú poruchami reči ako sú afázie.

**Afázia** - je porucha tvorby a porozumenia reči. Je spôsobená poškodeným dominantnej hemisféry a kôrových rečových centier. Najčastejšou príčinou afázie je poškodenie mozgového tkaniva cievnou mozgovou príhodou alebo úrazmi. **Expresívna –motorická afázia** je porucha tvorby reči pri zachovanej schopnosti reči porozumieť, čiže pacienti sú



schopní rozumieť reči, ale nevedia rozprávať. Vzniká najčastejšie pri poškodení Brocovoho centra v mozgu v čelovej oblasti. Pacienti často hovoria krátke frázy, ktoré dávajú zmysel, ale sú vyrábané s veľkým úsilím. Často vynechávajú malé slová, ako sú „je“ alebo „a“. Pre svoje ťažkosti môžu byť ľahko frustrovaní. Títo pacienti často majú slabosť alebo ochrnutie rúk a nôh, pretože frontálny lalok je tiež dôležitý pre motorické pohyby. **Senzorická - perpečná afázia** je porucha porozumenia reči so zachovanou schopnosťou hovoriť /Lechta et al., 1995/. Vzniká pri poruche Wernického centra, býva ťažká a vedie k vážnemu postihnutiu pacienta. U väčšiny ľudí vznikne škoda v ľavom spánkovom laloku, hoci to môže viesť k poškodeniu na pravom laloku. Pacienti hovoria dlhé vety, ktoré nemajú žiadny význam. Títo pacienti nemajú žiadne telesné slabosti, pretože ich poranenia mozgu nie je blízko časti mozgu, ktoré kontrolujú pohyb. **Amnestická – anomická afázia** je charakterizovaná neschopnosťou si vybaviť pojem pri zachovanej schopnosti ho slovne popísať. **Totálna-globalná afázia** je charakteristická úplnou stratou komunikačných schopností. Dôsledkom poškodenia rozsiahlej časti jazykových oblastí mozgu. Pacienti s globálnou afáziou môžu mať vážne problémy pri komunikácii a môžu byť veľmi obmedzení v ich schopnosti hovoriť alebo porozumieť jazyku /Preiss, Kučerová et al., 2008/.

### **Poruchy správania**

Sú klinickým problémom, nie vždy ľahko zvládnuteľným. Predstavujú stres a záťaž pre členov rodiny. Navyše vedú k definitívnemu zhoršeniu už predtým nerušeného stupňa samostatnosti postihnutého v bežnom živote. Ďalšie príznaky, ktoré sa netýkajú kognitívnych funkcií, zahŕňajú zmeny osobnosti, stravovania (nadmerná chuť do jedla, alebo nechutenstvo), halucinácie, zhoršenie stavu zmätenosti vo večerných hodinách, neprimerané reakcie. Môže sa zjaviť podozieravosť, apatia vedúca až k mutizmu, neúčelné opakovanie činnosti, užívanie nadávok, odmietanie pomoci, schovávanie vecí, chorobná zamestnanosť (neustála neúčelná manipulácia s predmetmi alebo časťami odevu). Delíria sú veľmi časté v počiatočnom štádiu a počas prvého roku ochorenia. Postihnutý je presvedčený, že ho niekto okradol, žiarli alebo sa cíti byť prenasledovaný. **Ďalším, obavy vzbudzujúcim psychickým príznakom, sú „katastrofické“ neprimerané reakcie pretrvávajúce rôzne dlho** /Feldmann, 2006/. Neraz ako dôsledok stresujúcich zážitkov (aj menej závažnejších). Na rozdiel od porúch pamäti sú poruchy správania často liečiteľné. Je veľa liekov na ovplyvnenie nespavosti alebo deliriantných stavov (aj keď niektoré iné príznaky - krik, blúdenie, mutizmus, nechutenstvo na liečbu málo reagujú). Neraz sa však zmiernia, či dokonca doznejú v prítomnosti inej osoby, ktorá dá chorému pocit istoty. Liekmi sa ťažko ovplyvňuje. Môže byť dokonca **príčinou**

**pádov a zranení, keď postihnutého lieky príliš tlmia alebo mu spôsobujú zápchu, nechutenstvo, sucho v ústach, ktoré chce napríklad v noci odstrániť.**

**Medzi najzávažnejšie poruchy správania patrí dezorientácia,** ktorá predstavuje neschopnosť chorého orientovať sa v priestore a čase. Nevie napríklad určiť miesto, kde sa nachádza. Dezorientáciu často prevádza zmätenosť. V mysli postihnutého sa prelína prítomnosť s minulosťou /Feldmann, 2006/. Skôr stratí orientáciu v čase, až neskôr sa mu stáva neznámym miesto. **Nedokáže sa zorientovať ani vo vlastnom byte, nevie nájsť cestu do kúpeľne alebo kuchyne.** Pomôžu mu na viditeľnom mieste rozostavané pomôcky dávajúce základne informácie o čase (kalendár, hodiny), o mieste (označenie izieb, WC), o ľuďoch z blízkosti, reáliách a programe (fotografie, informačná tabuľa o tom, čo treba urobiť, zapamätať si). Označenia a zápisy musia byť zreteľné, stále na rovnakom mieste. Veľmi sa osvedčuje už po prebudení pripomenúť postihnutému základné skutočnosti. Napríklad: "Dobré ráno. Som Mária, tvoja žena. Dnes je utorok. Krásny slnečný deň." Ak vás nesúhlasne presviedča o inom, neoponujte. Odpútajte jeho pozornosť inou témou a správnu informáciu skúste zopakovať neskôr. Korigujte jeho presvedčenie veľmi citlivo. Protirečenie a káranie v ňom iba zvýši zmätok. Ak sa neustále pýta na to isté, odpovedajte veľmi trpezlivo. Uvedomte si, že odpoveď naozaj zabudol alebo si už nepamätá, že nám položil otázku.

**Čím je pacient informovanejší, tým menej sa bude opakovane pýtať! Depresia** ja ďalším častým príznakom nádoru mozgu je pokles nálady (skleslosť). Na jej liečbu existujú účinné antidepresíva. Žiaľ, depresia sa u nich často nediagnostikuje, nelieči. Najčastejšie sa prejavuje únavou, poruchami spánku, nechutenstvom. **Agresivita a nepokoj.** Agresivita môže byť prejavom poškodenia mozgu, iných ochorení či skutočností, ale i toho, že nerozumie daniu okolo seba. Pod nepokojom rozumieme stavy úzkosti, napätia, podráždenosti, neposednosti, zmätenosti, opakujúcej sa neúčelnej motorickej činnosti, poruchy spánku. Dementní pacienti sú často nepokojní slovne i fyzicky. Nepokoj však **môžu vyvolať aj iné chorobné stavy,** akými sú bolesť hlavy, začínajúca infekcia, zápcha, depresia, zlé užívanie liekov, chudnutie, zmenami správania, nepokojom a agresivitou /Heretik, 1993/. **Už viac ako tri z uvedených príznakov v období dlhšom ako dva týždne, môžeme považovať za kritérium pre pravdepodobnú diagnózu depresie. Okrem medikamentóznej liečby je dôležité pacientovi upraviť denný program tak, aby mohol stále robiť čosi zaujímavé** (počúvať hudbu, hrať karty, pracovať v záhrade, chodiť na prechádzky). Pomáhajú i bežné rutinné činnosti ako utieranie prachu, čistenie príborov, umývanie riadu i keď ich po pacientovi budeme musieť pravdepodobne zopakovať. K pacientovi musíme pristupovať čo

najpokojnejšie. Nemá **význam s pacientom o ťažkostiach diskutovať**. Nie je nahnevany a agresívny voči komusi, kto mu chce pomôcť, ale preto, že trpí ochorením. Je zmätený, stresovaný situáciami, ktoré nechápe a nedokáže zvládnuť. **Agitácia a frustrácia** môžu byť predohrou k reakciám ťažkého nepokoja. Vhodnou je pokojná, jednoznačná odpoveď, ktorá rozptýli jeho obavy. Po upokojení je potrebné zistiť príčinu nepokoja a v budúcnosti sa jej vyhnúť. **Naučme sa chváliť pacienta za veci, ktoré vykonal dobre a nevyčítať mu to, čo pokazil**. Ak sa prejavy agresivity zväzbnia, treba vyhľadať lekára. Dajú sa totiž účinne liečiť. **Beziel'ne blúdenie a nespavosť**. Sú častými príznakmi pacientov s nádorom mozgu. Postihnutý cíti nutkanie pohybovať sa podobne, ako prijímať potravu. Tejto skutočnosti treba prispôbiť prostredie, v ktorom žije. Odstráňte všetky kolízne predmety, prekážky, šmýkajúce sa koberce. V nevyhnutných prípadoch zamknite niektoré miestnosti a kľúče schovajte. Dvere možno vybaviť zvončekom oznamujúcim ich otvorenie. Ak postihnutý blúdi po nemocničnej chodbe v noci, môže to znamenať, že nie je dost' unavený. Hľadajte spôsob, ako zvýšiť jeho dennú fyzickú aktivitu. Nedovoľte mu spať počas dňa. Tma môže rovnako prehľbiť nepokoj a zmätenosť. Používajte nočné tlmené osvetlenie. Ak pacient rád chodí von, absolvujeme s ním pravidelné prechádzky. Nočné blúdenie a nespavosť sú závažné poruchy správania, ktoré nadmerne vyčerpávajú okolie postihnutého. Niekedy sú príbuzní nútení vyhľadať postihnutému prechodné alebo trvalé umiestnenie v zdravotníckom či sociálnom zariadení. Niektoré formy nespavosti sa však dajú liečiť (vyvolané somatickým ochorením a pod.). Upokojujte ho uvoľneným prostredím s hudbou a tlmeným svetlom. Zaspať pomáha i teplá sprcha. Obmedzte večerný príjem tekutín. Diuretiká by sa mali podávať ráno.

**Delíriá a halucinácie**. Pod pojmom delírium rozumieme poruchy vnímania existujúcej reality. Pacient nie je usmerniteľný a porucha podmieňuje jeho chorobné správanie. Halucinácie sú vnemy, ktoré nemajú skutočný vonkajší podnet. Pacienti s frontálnymi nádormi trpia najčastejšie zrakovými halucináciami /Bulíková, 2010/i. Oba príznaky sú súčasťou vysokého percenta postihnutých a spolu s poruchou pamäti objavujú sa už na začiatku ochorenia. Pacient keď má halucinácie napríklad verí, že ho niekto prenasleduje, alebo chce okradnúť. Tretia, najčastejšia forma, sa týka falošnej identifikácie skutočnosti. Postihnutý sa napríklad domnieva, že v jeho blízkosti sa zdržiava cudzia osoba. Inokedy v zrkadle nepozná seba samého a reaguje na svoj obraz ako na „votrelca.“ Môže sa tiež zhovárať s postavami na televíznej obrazovke. Domnieva sa, že ho oslovujú. Stáva sa, že nespoznáva členov rodiny, alebo si ich zamieňa (matku s manželkou). Prvým liečebným krokom je taktný diskretný pokus o návrat pacienta do skutočností. Akékoľvek protirečenie

ho však dokáže podráždiť. Pomoc spočíva v rozptýlení obáv. Nenechajte ho pozerat' televíziu, zveste rušivé obrazy ... Ak chorobný stav trvá, či sa dokonca prehĺbuje a úzkosť postihnutého i nepokoj narastá, je vhodné preliečiť ho liekmi. Liečba býva často úspešná.

**Na neurochirurgii je komunikácia s pacientmi veľmi zložitá, pretože pacienti majú poruchy správania sa sú agresívny, nervózny, majú rýchlu zmenu nálad, často si myslia ,že sú na úplne inom mieste. Niektorý pacienti sú dezorientovaní tak ,že si myslia že sú stále deti, alebo si spomenú na zlú udalosť a zaútočia na vás.** Preto je dôležité informovať pacienta kde je, aký je čas a čo od neho požadujete, alebo čo s ním idete robiť. K niektorým pacientom voláme psychiatrické konzílium alebo logopedické konzílium. Je veľa stavov a chorôb, ktoré môžu spôsobiť nepokoj, rozrušenie, alebo náhly stav akútnej zmätenosti. Akútna zmätenosť je dôsledkom kognitívnej poruchy, s ktorou sa sestra stretáva v praxi často. Treba odlíšiť akútnu zmätenosť od menej závažných ochorení, kde je prognóza závislá od včasnej liečby. Ide o ochorenia: náhla cievna príhoda, tumor mozgu, akútny infarkt myokardu, intrakraniálnu hemorágiu, hypoglykémiu. Príčiny akútnych stavov delíme na primárne a sekundárne /Kafka, 1995/.

**Sekundárne príčiny akútnej zmätenosti môžu byť:** hypoxia, hypoglykémia, dehydratácia, úrazy hlavy, stav po operácii tumoru mozgu, epilepsia. Komunikácia s nepokojným a akútne zmäteným pacientom si vyžaduje od sestry veľa trpezlivosti, určité znalosti o možných príčinách a erudovanosť. Cieľom je zistiť čo najviac informácií o vzniku, priebehu a trvaní náhleho nepokoja už v pred nemocničnej etape starostlivosti začať dôkladne fyzikálne vyšetrenia a vylúčenie somatických príčin. Zmätený pacient býva často ospalý a spomalený, ale niekedy i nepokojný, podráždený. Typické je zhoršenie celkových kognitívnych funkcií. Býva rýchle a krátkodobé sprevádzané poruchami pozornosti, psychomotoriky a poruchami spánku- bdenie /Kafka, 1995/. Pozornosť kolíše v niektorých prípadoch úplne znemožňuje schopnosť komunikovať. Prestáva uvažovať s jasnosťou a zameraním sa na cieľ. Úvahy sú nesúvislé a pôsobia nezorganizované- pacient nie je schopný udržať myšlienkový tok. Reč je ochudobnená , preskakuje z témy na tému. Rozhovor si dosť často nesprávne vysvetlí. Trpí poruchami vnímania a halucináciami najmä zrakovými. Takmer vždy majú narušený cyklus spánok- bdenie. V noci nemôžu spať majú potrebu stále niečo rozprávať a cez deň spia. Majú dosť často prevrátený rytmus. Pacienti na neurochirurgii sú často dezorientovaní v čase a priestore a často sú nadmieru aktívni. Môže sa prejaviť úzkosť, strach, hnev, eufória, tras, potenie. **Rozhodujúce v starostlivosti sestry o ťažko chorého pacienta je umenie udržiavať a správnym smerom rozvíjať komunikáciu.** Komunikáciou sa predchádza úniku

a izolácia, dáva možnosť psychické a emocionálne potreby. Veľká škála možností podpory, pomoci, uvoľnenia u pacienta je ukrytá hlavne v kreatívnej komunikácii. Profesionálne komunikačné zručnosti patria k jedným z najdôležitejším, bez ohľadu na to kde sestra pracuje. Dotykom im dávame najavo, že ich chápeme a že sme s nimi. Sestra sa môže dotýkať ľudí keď sú smutní, ktorí cítia beznádejne opustenie, ktorí sú v aktuálnej v ťažkej kríze.

**Ako pomôcť odstrániť bariéry u pacienta s nádorom mozgu.** Pacient a akýmkkoľvek nádorom mozgu by mal navštíviť lekára alebo psychiatra a psychológa a liečiť sa podľa pokynov lekára. Oddelenia, ako neurológia, neurochirurgia by mali mať prideleného klinického psychológa. Je to súčasne prevencia výskytu suicidálneho konania, kde príčinou bolo zrejme pacientove uvedomenie si onkologickej nevyliciteľnej choroby a následne nezvládnutie situácie. Významnú úlohu zohráva farmakologická liečba, je evidentné, že v dnešnej dobe máme už viac vyvinuté antipsychotiká, antidepresíva, bez vedľajších účinkov. Ešte je stále čo zlepšovať napríklad ako umiestňovanie pacientov s psychickou poruchou, agresívnych na izbu s voľným prístupom na balkón, keďže naozaj iná možnosť neexistuje z kapacitných dôvodov.

### **Záver**

Dôležitá je aj podpora rodiny. Pacient agresívny, depresívny alebo dezorientovaný časom a priestorom väčšinou odmieta verbálne odbornú pomoc, preto by ju mala zabezpečiť rodina. Pri ťažkých formách je vždy potrebné vyhľadať pomoc psychológa, lekára alebo psychiatra. Medzi najčastejšie prekážky efektívnej komunikácie sestrou a pacientom býva príliš tichý hlas, jazyková prekážka zapríčinená nezrozumiteľným prejavom, dlhé vety s množstvom informácií, emotívne prekážky zakrývajú sústredenosť, intelektové prekážky, prekážky v chápaní poukazujú na rôzne pochopenie komunikačného obsahu, fyziologické prekážky sú dané nedostatkom spánku, bolesťou alebo zmyslovými poruchami. Na strane sestry sa môžu vyskytnúť prekážky v komunikácii medzi ktoré môžeme zaradiť nejasné nepresné informácie, postoje a názory, polopravdivé informácie, únik od témy alebo sa vyhýbanie určitej problematike. Vážnou prekážkou a problémom zo strany sestry je bezobsažná komunikácia, ktorá vyvoláva oprávnený dojem, že sestra chorého nepočúva a nerozumie mu. Pri tomto poznaní môže u pacienta vzniknúť ľahostajnosť, uzavretosť a odmieta spolupracovať.

**Použitá literatúra**

- BULÍKOVÁ T. 2010. *Od symptómu k diagnóze v záchrannej službe*. Kazuistiky. 1. Vydanie. Martin, Osveta 2010
- FELDMANN, H. 2006. *Kompendium lékařské psychologie*. Praha: Victoria Publishing, 2006, 205s., ISBN 80-85605-67-8
- HERETIK, A. 1993. *Základy forenzní psychologie*. Bratislava: SNP. 1993, 224s., ISBN 80-08-01870-4
- KAFKA, J. 1995. *Psychopatia, špecifické a zmiešané poruchy osobnosti*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied. 1995, 207s., ISBN 80-224-0442-X
- LECHTA, V. et al., 1995. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, 1995, 267s., ISBN 80-88824-18-4
- ŠKVARENINOVÁ, O. 2004. *Rečová komunikácia*. Bratislava: Svornosť, a.s., 2004. 278 s. ISBN 80-10-00290-9
- PREISS, M., KUČEROVÁ, H. et al., 2008. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha : Grada, 2008, 362s., ISBN 80-247-0843-4

## FORMY SOCIÁLNEJ POMOCI V KOMUNITE TELESNE POSTIHNUTÝCH

<sup>1</sup>Ivica Gulášová, <sup>2</sup>Ján Hruška, <sup>1,3</sup>Nadežda Justhová

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

<sup>2</sup> Zdravstar, Ružomberok,

<sup>3</sup> Kúpele a.s. Trenčianske Teplice.

### Súhrn

Autori v príspevku venujú pozornosť **formám sociálnej pomoci v komunite zdravotne postihnutých**. Každé zdravotné postihnutie vyžaduje komplexný prístup zameraný nielen na úpravu postihnutých fyziologických funkcií, ale aj na úpravu psychosociálnych funkcií s cieľom integrácie postihnutej osoby do bežných spoločenských štruktúr. Model komplexnej rehabilitačnej starostlivosti vyžaduje skúsených odborníkov lekárov, fyzioterapeutov, rehabilitačných pracovníkov, psychologov, logopédov, ale aj sociálnych pracovníkov, orientovaných v problematike dlhodobej starostlivosti. Ľudí často trápia rany osudu, choroby a postihnutia ich samotných alebo ich blízkych. Veľmi často sa na ne sťažujú a pýtajú sa: "Prečo práve mňa toto muselo postihnúť?!" "Aká v tom je spravodlivosť?" Pýtajú sa na riešenie svojho problému. Hľadajú cesty, ktoré by ich dostali von z tohto ich bolestivého stavu. Pýtajú si pomoc, pretože sami si nevedia poradiť. Autori tohto materiálu sú presvedčení, že práve komplexná rehabilitácia môže poskytnúť kvalifikované odpovede na uvedené otázky. Jedna z vhodných foriem pomoci osobám **zdravotne** a ťažko **zdravotne** postihnutým, vrátane vozičkárov je program sociálnej rehabilitácie, uskutočňovaný jednodňovým a viac dňovým programom.

**Kľúčové slová:** sociálna pomoc, komunita, zdravotné a telesné postihnutie

### Summary

The authors in this report deal attention to forms of social assistance for disabled in the community. Any disability with permanent effects requires a comprehensive approach aimed not only on to modify physiological functions affected, but also on to modify psychosocial functions with aim to the integration of disabled people into mainstream social structures. Model of complex rehabilitation care requires experienced specialists in rehabilitation

medicine - doctors, physiotherapists, rehabilitation workers, psychologists, speech therapists, but also social workers, based on long-term social issues - rehabilitation care. People often suffer misfortunes, diseases and disabilities themselves or their loved ones.

Very often they complain to them and ask, "Why me this had to affect ?!" "What is the justice in that?" They ask for a solution to their problem. They are finding a ways to get them out of this their pain status. Ask your help, because they themselves can not cope. The authors of this material are convinced that complex rehabilitation can provide qualified answers to those questions. One of advisable forms of assistance to those disabled and severely disabled, including wheelchair users is social rehabilitation program, it made overnight and more day subscription program.

**Keywords: social aid, communities, health and disability**

## Úvod

Každá spoločnosť má isté pravidlá, tradície, z ktorých vychádzajú jej postoje k ľuďom či už zdravým alebo postihnutým. Tie potom ovplyvňujú aj vzťah jednotlivca, skupín i inštitúcií k znevýhodneným spoluobčanom. Z histórie poznáme dvojitý prístup k ľuďom so zdravotným postihnutím. V Egypte či ázijskej mytológii boli rôzne postihnutí, znetvorení ľudia uctievaní, v gréckej mytológii, zas naopak, boli takýto ľudia usmrcovaní hneď po narodení, prípadne na kráľovských dvoroch slúžili k pobaveniu panovníka a jeho hostí. Píše sa 21. storočie a často sa hovorí o integrácii i-takýchto ľudí do spoločnosti. Handicapovaní ľudia, práve preto, že sú postihnutí, si vyžadujú od ľudí a spoločenských organizácií nie odmietanie a ignorovanie, ale naopak treba im vedieť poskytnúť špeciálnu starostlivosť aj v podobe sociálnej pomoci.

Dávanie, pomáhanie si, povzbudzovanie, poradenstvo, podpora, tie by mali byť prirodzenou súčasťou ľudstva. Človek a to nielen postihnutý ale i zdravý potrebuje k životu pomoc svojej rodiny, blízkych ľudí či skupiny. V najstarších dejinách bola pomoc súčasťou života, existencie, existencie ľudskej spoločnosti a vyskytovala sa hlavne v súvislosti s chorobou, agresiou, osirením, ovdovením, chudobou či telesným postihnutím. Ľudí často trápili i trápia rany osudu, choroby i telesného postihnutia ich samotných alebo ich blízkych. Veľmi často sa sťažujú a pýtajú: „Prečo práve mňa, nás muselo toto postihnúť?“. Hľadajú cesty von z tohto bolestivého „bludného“ stavu, pýtajú si pomoc, pretože si sami nevedia poradiť. Pomáhanie si i v dnešnej dobe je súčasťou sociálnej pomoci, pretože každé zdravotné postihnutie s trvalými následkami či už telesné (zmyslové, mentálne) si vyžaduje komplexný prístup zameraný



nielen na úpravu postihnutých fyziologických funkcií, ale aj na úpravu psychosociálnych funkcií s cieľom integrácie postihnutej osoby do bežných spoločenských štruktúr.

### **Zdravotné postihnutie**

V bežnom živote ale i v odbornej literatúre sa stretávame s rôznymi vymedzeniami a definíciami zdravotného postihnutia. Zdravotné postihnutie možno definovať, že je to akákoľvek porucha duševná alebo telesná, dočasná, dlhodobá alebo trvalá, alebo handicap, ktorý jednotlivcovi bráni účinne sa prispôsobovať bežným nárokom života.

Zaraďujeme sem telesné, zrakové, sluchové postihnutia, poruchy reči a postihnutia mentálne i intelektuálne.

### **Telesné postihnutie**

Pod pojmom telesné postihnutie rozumieme chyby pohybového a nosného aparátu. Pohyb, podpora tela a ochrana jeho jednotlivých častí zabezpečuje pohybová sústava pozostávajúca z kostry a svalovej hmoty. Predstavuje najpevnejšiu súčasť ľudského tela a určuje aj tvar a rozmery ľudského tela (Tizl, 2000).

Telesné postihnutie delíme na: (Vašek, Vančová, Hatos, 1999)

- **Dedičné** – ak sa vyskytuje u viacerých členov rodiny a ak sa v minulosti v tom istom rode dokázateľné prejavovali. Dediť sa môžu náchylnosť i odolnosť voči chorobám i k telesným deformitám.
- **Vrodené** – sú také, ktoré vznikli v období vnútromaternicového života počas pôrodu, krátko po narodení. Ich príčiny môžu byť rôzne ochorenia matky počas tehotenstva, chyby vnútornej sekrécie, ožiarenie, nedostatok vitamínov v potrave, alkohol, drogy, sociálne podmienky.
- **Získané** – spôsobené úrazom, ochorením, chorobami, ktoré negatívne pôsobia na pohybový aparát. Môžu vzniknúť v ktoromkoľvek veku a môžu mať rôzne závažnosti.

Pohybový a podporný aparát je najväčší orgánový systém ľudského tela. Z toho vyplýva aj možnosť mnohopočetných a najrozličnejších zmien a porúch funkcie a ochorení pri vývoji, raste a formovaní.

**Zdravotne** postihnutý človek sa stáva dočasne alebo trvale závislý na pomoci, príp. starostlivosti druhých ľudí – mení sa jeho postavenie i rola v spoločnosti. Narušená býva i komunikácia. Telesný handicap nie je spravidla prekážkou komunikácie. Problémom býva komplex menejcennosti (Kristová, 2009).

K najčastejším metódam práce zdravotníckych i sociálnych pracovníkov s ľuďmi so zdravotným postihnutím patria:

- Rozhovor
- Poskytovanie informácii
- Sociálne poradenstvo

### **Klasifikácia zdravotného postihnutia**

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO):

- Poruchy zraku,
- Poruchy sluchu,
- Poruchy reči,
- Poruchy inetelektu,
- Psychiatrické poruchy,
- Poruchy kostry (telesne postihnutí),
- Ďalšie postihnutia - poruchy vnútorných orgánov napr. cystická fibróza

Civilizačné ochorenia – nádorové ochorenia, AIDS, diabetes mellitus, alkoholizmus .

Za jednotlivca s postihnutím považujú človeka, u ktorého existuje zjavný nedostatok či deficit orgánu alebo funkcie, ktorý modifikuje procesy poznávania, nadobúdania sociálnej spôsobilosti a ich uplatňovania a u ktorého sa súčasne vyskytujú špecifické osobitosti v genéze, štruktúre a dynamike osobnosti (Požár, 1996).

Nemožno poprieť fakt, že telesné postihnutie sa prejavuje rôznymi poruchami hybnosti a problémami so samostatným pohybom. Výsledkom je disabilita (obmedzenosť alebo neschopnosť). Neschopnosť je pretrvávajúca alebo fyzická porucha činností, prípadne slabosť, ktorá bráni človeku normálne vykonávať životné a pracovné aktivity (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995). Prístup sestry k tejto skupine pacientov je determinovaný vonkajšími a vnútornými faktormi.

Medzi **vonkajšie faktory** patria:

**kvantitatívne a kvalitatívne** – somatické postihnutie môže mať rôzny rozsah a kvalitu,

**časové – dedičný faktor,**

**aktuálny faktor** – z plného stavu zdravia sa osoba stáva **zdravotne** postihnutou,

**situačné** – determinanty vzniku telesného handicapu: Interné – zavinenie sebou samým,

Externé – zavinenie niekým alebo niečím.

**Vnútorne faktory sú:**

**adaptačné** - do akej miery pacient akceptuje svoj handicap - adaptácia reálna, optimistická, pesimistická, maladaptívna, účelová, požívачná,

**osobnostné** – typy osobností: temperament, charakterové a vôľové vlastnosti, hodnotová orientácia, hodnotenie postihnutia – racionálne/iracionálne,

**behaviorálne** – široká paleta prejavov správania a konania – introvertnosť, plachosť, rezervovanosť, útočnosť, agresívnosť (Kristová, 2009).

Pacient s telesným postihnutím si zasluhuje rovnakú pozornosť ako akýkoľvek iný pacient, len s tým rozdielom, že sestra rešpektuje nielen zmeny v psychike vyvolané ochorením, ale toleruje i telesnú odchýlku.

**Sociálna pomoc a opora**

Predstavuje sociálnu sieť blízkych ľudí (rodina, priatelia...) a inštitúcie. Základom je podporujúce správanie zainteresovaných ľudí, ktoré u jednotlivca zvyšuje pocit istoty a bezpečia, pocit spolupatričnosti a citovej zainteresovanosti, posilňuje a stabilizuje sebahodnotenie, pomáha utvárať náhľad na aktuálnu životnú situáciu a objavovať možné riešenia (Žiaková, 2009).

**Ako možno napomôcť ľuďom zdravotne postihnutým:**

Vytvárať bezbariérové životné prostredie (odstránenie architektonických, mechanických a psychických bariér), a to aj v prístupnosti k informáciám, vytváraním podmienok pre dobrú komunikáciu a odstraňovaním bariér aj v medziľudských vzťahoch.

Zabezpečiť komplexnú habilitáciu a rehabilitáciu, vrátane zabezpečenia potrebných zdravotných a kompenzačných pomôcok.

Zabezpečiť vzdelanostnú úroveň a prípravu na povolanie.

Poskytovať primeranú informačno – komunikačnú technológiu pri vzdelávaní, pracovnom uplatnení i v každodennom spoločenskom živote.

Vytvárať podmienky na primerané zamestnávanie (podporné zamestnávanie), poskytovať podporné služby a príspevky.

Vytvárať podmienky na primerané bývanie (podporované bývanie) (Šustrová, 2012).

Jednou z možností ako pomôcť **zdravotne** postihnutým je aj v náplni fyzioterapie.

Fyzioterapia v súčasnosti predstavuje interdisciplinárny zdravotnícky odbor. Zahŕňa upevňovanie a zvyšovanie fyzického, psychického a sociálneho zdravia a nielen využívanie rehabilitačných programov zameraných na úpravu telesných funkcií (Kociová a kol. 2013).

Komplexná starostlivosť vyžaduje skúsených odborníkov – lekárov, fyzioterapeutov, psychológov, logopédov, ale aj sociálnych pracovníkov orientovaných v problematike dlhodobej starostlivosti. Tvorí ju liečebná, sociálna, pedagogická, pracovná a komunitná rehabilitácia.

**Liečebná rehabilitácia** je súbor opatrení, ktoré smerujú k optimálnej funkčnej zdatnosti, cieľom je obnova alebo náhrada porušenej funkcie.

**Sociálna rehabilitácia** zahŕňa nácvik sebaobsluhy, vedenie domácnosti, nácvik špeciálnych komunikačných zručností, používania kompenzačných pomôcok, nácvik sociálnej komunikácie, poradenstvo umožňujúce osobám samostatnosť a pomoc v zdravotných a sociálnych problémoch a tým zvyšuje ich nezávislosť a zlepšenie kvality ich života a možnosti uplatnenia.

**Pedagogická rehabilitácia** je súhrn špeciálnych pedagogických činností zameraných na rozvoj osobnosti a podporu vzdelávania detí a ľudí so zdravotným postihnutím, tak aby sa mohli viesť k samostatnosti a k spoločenskému a pracovnému uplatneniu.

**Pracovná rehabilitácia** umožňuje nácvik pracovných návykov a zručností, potrebných na získavanie vhodného pracovného miesta alebo udržanie si pôvodného zamestnania.

**Komunitná rehabilitácia** sa zaoberá tým, že učí ľudí s postihnutím nové zručnosti a schopnosti maximalizovať a rozvíjať. Pomáha aj komunite pochopiť, že ľudia s postihnutím môžu byť aktívnymi a rovnocennými členmi komunity.

**Zdravotne postihnutým ľuďom výrazne pomáha a podporuje v integrovaní sa Slovenský zväz telesne postihnutých** s celoslovenskou pôsobnosťou.

Športovými podujatiami významne pomáha a reprezentuje Slovensko **Slovenský zväz telesne postihnutých športovcov**.

K občianskym združeniam (OZ) pre **zdravotne postihnutých** patrí:

**OZ Barlička v Prešove** – zameriava sa na deti a mládež s telesne postihnutím

**Klub Sclerosis multiplex** v Nitre

**OZ Koliesko** v Liptovskom Mikuláši

**OZ Margarétka** v Banskej Bystrici – pomáha telesne postihnutým a ich rodinám

**Mobilis** v Košiciach – organizácia vozíčkarov

**OZ Aktívny vozík** v Žiline

**OZ Slovenský zväz zdravotne postihnutých v Martine**

**OZ Koniec dobrý všetko dobré v Bratislave** – je založený s úmyslom pomáhať chorým a zdravotne postihnutým deťom.

Nezastupiteľné miesto v oblasti integrácie má aj **Slovenská humanitná rada**. Je spoločenstvom mimovládnych a neziskových organizácií humanitného a charitatívneho charakteru. Jej cieľom je chrániť práva, presadzovať záujmy a pomáhať uspokojovať potreby ľudí so zdravotným postihnutím a sociálne znevýhodnených. Presadzuje zrovnoprávnenie ľudí so zdravotným postihnutím a podporuje ich integráciu do rodinného, pracovného a spoločenského života.

**Záver**

K **zdravotne** postihnutým ľuďom by mali zainteresovaní zdravotnícki pracovníci pristupovať s empatiou, úctou a s individuálnym prístupom. Treba rozlišovať to, že mnohí trpia nielen svojou vinnou, ale aj cudzím zapríčinením a niektorí sú na svoje postihnutie zvyknutí už od narodenia. Vo veľa prípadoch sú mnohí trpiaci veľkými vzormi pre nás zdravých už len preto, ako vedia znášať utrpenie, nové životné bremeno. Utrpenie ich učí novému chápaniu života. Každému jednotlivcovi treba vedieť venovať potrebný čas pri poskytovaní pomoci a v komunikácii. Každý, kto je v kontakte s takýmto človekom, by mal správnym spôsobom, vedomosťami a využívaním komunikačných zručností získať si jeho spoluprácu a učiť ho pozitívnemu prístupu k riešeniu životných situácií. U **zdravotne** postihnutých neriešime len ich handicap alebo chorobu. V kontakte s telese postihnutými nikdy nezabúdajme na stupeň postihnutia, rozsah samostatnosti a osobnosť človeka. Skupina jednotlivcov s postihnutím tvorí z hľadiska typ postihnutia, jeho intenzity a konkrétnych prejavov veľmi rôznorodú skupinu. V práci s postihnutými ľuďmi je nevyhnutné uvedomiť si ich reálne možnosti, keďže organizmus primárne mobilizuje všetky vnútorné zdroje a rezervy, aby sa čo najlepšie prispôbil novým životným podmienkam. U ľudí s telesným postihnutím je zvlášť dôležité umožniť im, pokiaľ to ich postihnutie dovoľuje, prevziať zodpovednosť sám za seba, keďže to vplýva na kvalitu ich života, pocit vlastnej hodnoty, čo následne vedie k ich zvyšovaniu sebavedomia, sebaúcty, pocitu potrebnosti a pomoci iným aj napriek svojmu postihnutiu. Tak nech i naša sociálna pomoc a dávanie pomoci je takou bezodnou studnicou bez vyschnutia životnej sily pri pomoci iným ako sme to spomínali v úvode nášho príspevku.

**ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY**

- KOCIOVÁ,K. a kol. 2013. *Základy fyzioterapie*, Martin, Osveta, 2013,ISBN 978-80-8063-389-9
- KOZIEROVÁ,B., ERBOVÁ,G., OLIVIEROVÁ, R.. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*, Vydavatel'stvo Martin, Osveta, 1995,ISBN 80-217-0528-0,ISBN 0-201-09202-6(angl.orig.)
- KRISTOVÁ,J. 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*, 3. Upravené a doplnené vydanie, Martin, Osveta, 2002,2004,2009, ISBN 80-8063-160-3.
- POŽÁR,L. 1996. *Psychológia osobnosti postihnutých*, Bratislava, Univerzita Komenského, 1996,1.vyd., ISBN 80-223-1159-6.
- ŠUSTROVÁ,M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*, Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, 2012, SBN 978-80-8132-041-5.
- TÍZL, B.: *Postižený človek ve spoločnosti*, Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2000, ISBN 80-86039900
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ,A., HATOS,G. et al..1999. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*, Bratislava, Sapientia 1999,1.vyd., ISBN 80-967-180-4-5.
- ŽIAKOVÁ,K. et al. 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*, Martin, Osveta, 2009,ISBN 978-80-8063-315-8.

## **TRANSKULTÚRNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ**

<sup>1</sup>Ivica Gulášová, <sup>2</sup>Ján Hruška, <sup>1,3</sup>Nadežda Justhová

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

<sup>2</sup> Zdravstar, Ružomberok,

<sup>3</sup> Kúpele a.s. Trenčianske Teplice

### **Súhrn**

Autori v príspevku venujú pozornosť transkultúrnej ošetrovateľskej starostlivosti. Zakladateľkou multikultúrneho ošetrovateľstva je Dr. Madeleine Leiningerová. Transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť sa zaoberá holistickou kultúrnou starostlivosťou, zdravím, príznakmi ochorení jednotlivcov, skupín s rešpektovaním rozdielnych a spoločenských znakov v kultúrnych hodnotách, viere, praktikách. Vyžaduje od sestier schopnosť posudzovať stav telesného, psychického, sociálneho a duševného zdravia, ich špecifiká vzhľadom na sociálne, kultúrne hodnoty, normy príslušníkov odlišnej kultúry, diagnostikovať problémy, potreby a stav jednotlivcov a skupín, plánovať, realizovať a hodnotiť poskytovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Pri zmene monokultúrnej spoločnosti na multikultúrnú je dôležité pochopenie verbálnych a neverbálnych prejavov. V budúcnosti sa od každého z nás očakáva, že budeme používať vo väčšej miere cudzie jazyky a zároveň, že dokážeme dešifrovať multikultúrne neverbálne prejavy príslušníkov iných kultúr. Multikultúrna komunikácia bude zohrávať stále významnejšiu úlohu aj v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ohľaduplná ošetrovateľská starostlivosť rešpektuje názory, tradície, kultúrne špecifiká jednotlivcov, rodiny a komunity a výsledkom je tzv. kultúrno- senzitívna ošetrovateľská starostlivosť.

**Kľúčové slová:** tradície, ošetrovateľstvo, kultúra, multikultúra, pacient

### **Summary**

The authors in the report pay attention to transcultural nursing. Multicultural Nursing founder is Dr. Madeleine Leininger. Transcultural nursing is concerned with the holistic cultural care, health, signs of disease of individuals, groups with respecting the different and social characters in cultural values, beliefs, practices. It requires from nurses ability to judge the state of physical, psychological, social and mental health, their specificities in terms of social,

cultural values, norms members of different cultures, diagnose problems, needs and status of individuals and groups, plan, implement and evaluate nursing care provided comprehensive. When changing the monocultural society to a multicultural understanding of the importance of verbal and nonverbal expressions. In future, everyone expects us to we will use in a greater foreign languages and also that we can decipher multicultural nonverbal expressions people of other cultures. Multicultural communication will play an increasingly important role in providing nursing care. Considerate nursing care to respect the opinions, traditions and cultural particularities of individuals, families and communities, and the result is called cultural-sensitive nursing care.

**Keywords:** tradition, nursing, culture, multi-cultural patient

„Ak sestry pochopia a uplatnia etické princípy vo všetkých oblastiach multikultúrnej starostlivosti, dosiahneme jeden z najväčších humánnych cieľov ošetrovatel'stva.“ M. Leiningerová

„Ak chceme porozumieť stromu, musíme sa pozrieť do zeme, v ktorej sú jeho korene. Rovnako je to aj s ľuďmi.“ Romano Guardini

## Úvod

Sestry a pôrodné asistentky sa stále častejšie pri poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti v nemocnici, aj komunita stretávajú s pacientmi rozdielnej kultúry. Zmyslom multikultúrneho ošetrovatel'stva je naplniť ľudské potreby tak citlivo, aby pacient nemal dôvod odmietat spoluprácu alebo pociťovat nespokojnosť. V širšom pojatí sa môže venovat aj kultúrnemu zázemiu rodiny pacienta. Dôležité je naučiť sa pracovat a šíriť nové poznatky: vytvárat a prijímat postoj tolerancie, rešpektu, otvorenia k odlišnej skupine, získať vedomosti a orientáciu o rôznych etnických a kultúrnych skupinách, vedieť zostaviť individuálny kultúrne prijateľný plán starostlivosti s pacientom a jeho rodinou z rozdielnej kultúry.

Multikultúrne ošetrovatel'stvo sa zaoberá sa holistickou kultúrnou starostlivosťou, zdravím, príznakmi chorôb jednotlivcov, skupín s rešpektovaním rozdielnych a spoločenských znakov v kultúrnych hodnotách, viere, praktikách /Lišková, Nádaská, et al., 2006/.

Transkulturalizmus – stavia do centra pozornosti nie kultúru, **ale obojsmernú interakciu a komunikáciu s majoritnou spoločnosťou a minoritnými skupinami**. Koncepcia transkulturalizmu akceptuje potrebu sociálnej a ekonomickej integrácie migrantov, ich zvýšenú participáciu na riešení problémov v oblasti sociálnej, ekonomickej a politickej.



Transkultúrne chápanie kompetencií v ošetrovatelstve. predpokladá poznať a pochopiť odlišnú kultúru a neštandardné podmienky, posilňovať interakcie medzi sestrami a jedincami s odlišnou kultúrou, ktorá vyžaduje vzájomné pochopenie, poznávanie, akceptovanie, spoluprácu, ochotu vymieňať si názory, myšlienky, návrhy a možnosti riešení /Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006/.

**Transkultúrna ošetrovateľská starostlivosť** vyžaduje od sestier **schopnosť posudzovať stav telesného, psychického, sociálneho a duševného zdravia**, ich **špecifiká** vzhľadom na sociálne, kultúrne hodnoty, normy príslušníkov odlišnej kultúry, diagnostikovať problémy, potreby a stav **jednotlivcov a skupín, plánovať, realizovať a hodnotiť poskytovanú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť**.

**Transkultúrnosť ošetrovateľského procesu** vyžaduje vnútorný prienik myslením, prežívaním a správaním tých, ktorí sú odkázaní na pomoc, lebo sa u nich permanentne vyskytuje deficit starostlivosti o seba a svojich blízkych. Sestry musia prispieť k vytvoreniu podmienok, aby každý jedinec, aj keď pochádza z inej krajiny, uznáva inú kultúru, vyznáva iné náboženstvo, je sociálne odkázaný, bezdomovec alebo neprispôsobivý, bol pre ošetrujúci tým človekom, ktorého treba poznať, získať celistvý pohľad na jeho svet, vytvoriť si k nemu vzťah umožňujúci vzájomné spolužitie a klímu pomoc /Zeleníková, Vrublová, 2011/. Pri hodnotení pacientovej kultúry musí brať sestra do úvahy jeho názory, hodnoty a praktiky súvisiace so zdravím (odlišné názory a praktiky - vo výžive atď.) a so zdravotníckou starostlivosťou. Sestry musia poznať svoje vlastné kultúrne hodnoty, presvedčenia a zvyklosti, aby mohli poskytnúť pacientovi čo najlepšiu ošetrovateľskú starostlivosť.

**Faktory ovplyvňujúce Ošetrovatelstvo:** trvalý vzostup migračnej populácie, kultúrna fluktuácia, **nárast kultúrneho vedomia klientov**, rozšírenie elektronickej komunikácie, zavádzanie modernej zdravotníckej techniky, nárast pohybu lekárov a sestier, právne nároky klientov v súvislosti s obhajobou ľudských práv, záujem o ľudské práva a právo na adekvátnu starostlivosť, posun starostlivosti do komunity, posun ku komplementárno-alternatívnej starostlivosti vrátane domorodých praktík /Lišková, Nádaská, et al., 2006/. (ako adjuvantná starostlivosť napríklad), prehlbovanie rozdielov medzi kultúrou chudobných a bohatých a výskyt násilia z hnevu nad sociálnym útlakom alebo nespravodlivosťou, potreba zmysluplného dorozumievania sa.

**Sestra:** vykonáva prax v súlade s kultúrnymi, náboženskými a sociálnymi hodnotami pacienta a jeho rodiny, prax je spojená s morálnymi nárokmi (schopnosť eticky jednať s ľuďmi), komunikácia podľa Griceových a Leechových princípov: maximum kvantity, kvality,

relevancie, vhodnosti: zdvorilostný princíp: maximum taktu (minimalizuj požiadavky na adresáta a maximalizuj jeho výhody) štedrosti (minimalizuj svoje výhody, maximalizuj svoje náklady) aprobačné maximum, uznanie (minimalizuj kritiku, maximalizuj pochvalu) maximum skromnosti (minimalizuj sebechválu) maximum súhlasu maximum súcitu a sympatie.

Zakladateľkou multikultúrneho ošetrovatel'stva je Dr. Madeleine Leiningerová.

Svoju teóriu začala rozvíjať v polovici 50-tych rokov, pričom integrovala poznatky z antropológie, psychiatrie a ošetrovatel'stva. Madeleine Leiningerová sa narodila v Sutton v štáte Nebraska. Vyštudovala Sutton High School, Scholastica College, The Catholic University of America vo Washingtone D.C. a University of Washington v Seattli. Vyštudovala antropológiu, ktorú využila aj pri formulovaní svojej teórie. V roku 1974 bola Leiningerová jednou zo zakladateľov oficiálnej organizácie transkultúrneho ošetrovatel'stva Transcultural Nursing Society. Dr. Leiningerová významne prispela k šíreniu teórie transkultúrneho ošetrovatel'stva aj prostredníctvom založenia časopisu Journal of Transcultural Nursing, ktorý začal vychádzať v roku 1989 /Andrews, Boyle, 1999/. Zároveň v redakcii pôsobila ako redaktorka až do roku 1995. Madeleine Leiningerová začala publikačnú činnosť knihou „Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend“, ktorú napísala v polovici 60. rokov 20. storočia a vydaná bola v roku 1970. Veľký úspech zaznamenala jej publikácia „Transcultural Nursing: Concepts, Themes, Research and Practice“, ktorá bola prvýkrát vydaná v roku 1978 a následne vyšli ešte dve jej vydania v rokoch 1995 a 2002. Je autorkou viac ako 28 knižných publikácií a 300 článkov v odborných časopisoch. Jej záujem sa sústreďuje prevažne na transkultúrne ošetrovatel'stvo, teóriu a výskum odlišnosti kultúr, etické a morálne aspekty transkultúrneho ošetrovatel'stva /Anastasiadou, 2002/.

Definícia transkultúrneho ošetrovatel'stva podľa M. Leininger: „Transkultúrne ošetrovatel'stvo je významná oblasť štúdia a praxe orientovaná na komparatívne významy kultúrnej starostlivosti, viery a praktiky jednotlivcov či skupín rovnakých či odlišných kultúr /Lišková, Nádaská, et al., 2006/. Cieľom transkultúrneho ošetrovatel'stva je poskytovať kultúrne zhodnú a diferencovanú ošetrovatel'skú starostlivosť praktikovanú pre zdravých a chorých ľudí, alebo im pomáhať čeliť nepriaznivým ľudským podmienkam, chorobe či umierania kultúrne vhodným spôsobom“

Definícia ošetrovatel'stva podľa M. Leininger: „Ošetrovatel'stvo je transkultúrnou profesiou a disciplínou, ktorá sa zaoberá humánnou starostlivosťou. Je to umenie a veda, ktorá sa zameriava na fenomény starostlivosti a aktivity zamerané na podporu, udržanie zdravého

jednania alebo zotavenie sa z ochorenia či na starostlivosť o tých, ktorí sa o seba nemôžu, či nechcú postarať a doprevádza umierajúcich a ich rodiny kultúrne vhodným spôsobom. Dr. Madeileine Leiningerová svoju teóriu popisuje v tzv. Modele vychádzajúceho slnka. Model vychádzajúceho slnka predstavuje jednotlivé zložky jej teórie: rozmer kultúrnej a sociálnej štruktúry, systémy starostlivosti, typy starostlivosti. Sociokultúrny kontext v schéme znázorňujú jednotlivé lúče slnka, ktoré prezentujú technologické, náboženské a filozofické, politické a právne, ekonomické, vzdelávacie, rodinné faktory, kultúrne hodnoty a životný štýl. Všetky tieto faktory sú navzájom prepojené a ich vplyv na jedinca nemôžeme chápať oddelene. Všetky lúče slnka vzájomne súvisia s jadrom slnka. Jadro je tvorené znakmi, modelmi, praktikami starostlivosti a zdravím /Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006/. Všetky tieto faktory ovplyvňujú vnímanie zdravia a choroby, ako aj spôsob starostlivosti, ktorý jedinec využíva. Leiningerová vo svojej teórii rozlišuje **dva systémy starostlivosti: tradičný a profesionálny.**

**Tradičný systém** sa vzťahuje na **spôsoby starostlivosti praktizované príslušníkmi subkultúry.** Nazývame ho tiež ľudovým alebo laickým systémom. Tradičný systém charakterizujú kultúrne naučené a prenesené názory, poznatky a zručnosti vlastných ľudí, ktoré využívajú pri zabezpečení alebo podpore činnosti jedincov, skupín alebo inštitúcií. Je ovplyvňovaný históriou kultúry a výchovou.

**Profesionálny systém** predstavuje formálne naučenú a prenesenú profesionálnu starostlivosť. Ide o systém, ktorý prevláda vo väčšine profesionálnych inštitúcií, kde pracujú zamestnanci rôznych povolání /Zeleníková, Vrublová, 2011/. Tento systém prezentuje názory majoritnej časti obyvateľstva, teda ľudí zvonka, nie z vnútra subkultúry. Príslušníkmi tohto systému sú aj sestry. **Očakávania sestier ako poskytovateľov a klientov ako prijímateľov služieb sú ovplyvnené kultúrou, ktoré prezentujú a preto sa môžu značne líšiť.** Transkultúrne ošetrovatel'stvo nabáda sestry poznať laický spôsob starostlivosti a jeho kladné stránky využiť pri poskytovaní profesionálnej starostlivosti klientovi, ktorý pochádza z inej kultúry než sestry samotné. **Model nám dáva v posudzovacej fáze ošetrovatel'ského procesu** ako návod na získavanie informácií od pacienta podľa modelu vychádzajúceho slnka: jazyk, komunikácia, gestá, spôsob odievania, telesný vzhľad, všeobecná súvislosť života s prostredím, spôsob života, názor na techniku v súvislosti s diagnostickými a terapeutickými výkonmi, spôsob života v rodine, denné aktivity, stravovacie návyky, tabu, svetonázor, náboženská a duchovná viera, hodnoty, sociálne vzťahy k vlastnej kultúre, majorite, hodnota vzdelania, ekonomické faktory, odhad hrubých nákladov a príjmov, vplyv na zdravie,

politické a právne vplyvy, laická starostlivosť o zdravie /Špirudová, Tomanová, Kudlová, Halmo, 2006/ dôležitosť profesionálnej starostlivosti, znaky starostlivosti, spôsoby informovania, ako predchádzať chorobám, ako udržiavať, získať zdravie, ako sa starať o seba, ďalšie ukazovatele upozorňujúce na tradičný alebo netradičný spôsob života.

### **Záver**

Pri zmene monokultúrnej spoločnosti na multikultúrnú je dôležité pochopenie verbálnych a neverbálnych prejavov. V budúcnosti sa od každého z nás očakáva, že budeme používať vo väčšej miere cudzie jazyky a zároveň, že dokážeme dešifrovať multikultúrne neverbálne prejavy príslušníkov iných kultúr. Multikultúrna komunikácia bude zohrávať stále významnejšiu úlohu aj v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnosti by malo byť cieľom multikultúrnej komunikácie nielen jazykové dorozumenie sa, rešpektovanie zvykov, náboženského presvedčenia a životných hodnôt, ale tiež vedomostí o biologických odlišnostiach. Učiť sa, v čom sme odlišní a prečo sme takí, je prospešné nielen z pohľadu multikultúrnej komunikácie, ale aj z pohľadu bežného človeka, ktorý cestuje do zahraničia alebo sa stretáva s cudzincami vo svojej domovine. **Ohľaduplná ošetrovateľská starostlivosť rešpektuje názory, tradície, kultúrne špecifiká jednotlivcov, rodiny a komunity a výsledkom je tzv. kultúrno- senzitívna ošetrovateľská starostlivosť.**

### **Použitá literatúra**

- ANASTASIADOU, H. 2002. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. In Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatel'ství. Mezinárodní konference ošetrovatel'ství v Olomouci. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0536-2
- ANDREWS, M.M., BOYLE, J., S. 1999. *Transcultural concepts In Nursing Care*. 3 ed. Lippincott Williams Wilkins, 1999, 572p., ISBN 0-7817-1038-3
- ZELENÍKOVÁ, R., VRUBLOVÁ, Y. 2011. *Transkulturní ošetrovatel'ství*. In Ošetrovatel'ství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3558-0.
- ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. 2006. , II. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1213-X.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ I. et al. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin, Osveta, 2006, ISBN 8080632162

## KOMUNIKÁCIA S ADOLESCENTOM V ORDINÁCII PRE DETI A DORAST

<sup>1</sup>Ivica Gulášová, <sup>2</sup>Ján Hruška, <sup>1,3</sup>Nadežda Justhová

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

<sup>2</sup> Zdravstar, Ružomberok,

<sup>3</sup> Kúpele a.s. Trenčianske Teplice

### Súhrn

Autori v príspevku sa zaoberajú **komunikáciou s adolescentom v ordinácii pre deti a dorast**. Základom vzťahu sestra a pacient je dôvera, slušnosť, etika a vzájomná úcta a rešpekt. Komunikácia je základnou zložkou medziľudských vzťahov. Zámerom každej komunikácie je vyvolať nejakú odpoveď, preto je komunikácia dejom. Má dva hlavné ciele: ovplyvniť iných a získať informácie. Úspešná komunikácia sestry s pacientom, ktorá v komplexe celého verbálneho a neverbálneho správania prispieva veľkou mierou k pozitívnemu ovplyvneniu zdravotného stavu pacienta, vyžaduje od oboch, ale predovšetkým od lekára nie len účinnú stratégiu vedenia rozhovoru a premyslené správanie, ale i primeranú mieru pravej úprimnosti a otvorenosti, aby bola zachovaná rovnováha medzi inštitucionálnou a profesijnou zložkou rozhovoru na jednej strane a ľudskou stránkou na strane druhej. Veľmi dôležitý moment v komunikácii sestra – pacient nastáva už pri prvom kontakte. Prvý dojem dokáže ovplyvniť postoj a priebeh liečby ako v pozitívnom, tak aj v negatívnom zmysle. Z tohto dôvodu je dôležité aby sestra vedela správne komunikovať i s **adolescentom**.

**Kľúčové slová: komunikácia, adolescent, praktický lekár, sestra, ordinácia**

### Summary

The authors of the report deals with communication with adolescents in surgery for children and adolescents. The basis of relationship the nurse and the patient's is trust, decency, ethics and mutual esteem and respect. Communication is an essential component of human relations. The goal of any communication is to provoke some sort of response, so the communication storyline. It has two main objectives: to influence others and get information. Successful communication between nurse and patients, which in the complex whole verbal and nonverbal behavior contributes largely positive affecting the health state of the patient,

requires both, but especially from a doctor not only an effective strategy for conducting interviews and thoughtful behavior, as well as an adequate degree of true honesty and openness in order to maintain balance between institutional and professional component of conversation on one side and human side to the other. Very important moment in communications nurse - patient occurs already at the first contact. First impressions can influence the attitude and course of treatment as in positive as well as negative sense. Therefore, it is important that nurse to know correct communicate with adolescents, too.

**Keywords:** communication, adolescent, general doctor, nurse, ordination

## Úvod

Komunikácia je neoddeliteľnou súčasťou ľudskej interakcie na horizontálnej aj vertikálnej úrovni, zasahuje do takmer všetkých oblastí ľudského bytia. Komunikácia plní mnoho významných úloh pri jej využívaní, ktoré majú určitý cieľ a účel. Základnou črtou komunikácie je výmena informácií, ktorá je determinovaná mnohými faktormi. Informácia vysielaná komunikátorom prechádza komunikačným kanálom smerom ku komunikantovi (Kristová, 2009) a sleduje svoj zámer a účinok. Mnohokrát poskytnutie, či výmena informácií je vitálnym momentom danej komunikácie, ale zaznamenávame aj situácie, kedy komunikácia prebieha, no primárne jej predmetom nie je prenos informácií. Vysielanie a prijímanie takýchto komunikačných správ má iný účinok a zohráva úlohu pri vytváraní a upevňovaní sociálnych vzťahov medzi ľuďmi. Komunikácia využíva jedinečný nástroj, ktorý určuje smer každej komunikácie a je ním jazyk, v tom najširšom zmysle slova. V prvom rade jazyk, ako systém slov, hovorených či písaných, podmienený pravidlami morfológie, gramatiky a syntaxu je využívaný ako základný komunikačný zdroj. Na jednej strane ide o systém, bez ktorého by sa komunikácia nezaobišla, no sám svojou prepracovanosťou a rozmanitým využitím vie spôsobiť chybné komunikačné prenosy smerujúce k nedorozumeniam, prípadne konfliktom, preto je namieste používať ho premyslene a opatrne. Medzi ďalšie možné komunikačné nástroje možno radiť neverbálnu komunikáciu a paralingvistické prvky, ktoré dopĺňajú, kombinujú, alebo naznačujú komunikačné správy kódované vo zvolenom jazyku. Môžeme ich radiť k významným možnostiam komunikácie, ktoré sa podieľajú na význame, výraze a celkovom obraze komunikovanej správy. Všetky systémy sa okrem ich efektívneho a prospešného využívania stretávajú aj s omylmi, nedostatkami a chýbajúcimi elementmi a komunikácia a jazyk nie sú výnimkou, keďže ide o dynamické systémy podliehajúce neustálym zmenám a modifikáciám. V ošetrovatel'stve je

komunikácia kľúčovým nástrojom v procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra pohotovo využíva komunikáciu od prvého kontaktu s pacientom a preto patrí komunikácia k jej základným zručnostiam, ktoré musí ovládať na profesionálnej úrovni, aby dosiahla požadovanú kvalitu poskytovanej starostlivosti. Od komunikácie sú závislé aj ďalšie výkony týkajúce sa ošetrovateľskej starostlivosti, ktorým komunikácia napomáha dosiahnuť požadované výsledky. V komunikácii v ošetrovatel'stve nachádzajú využitie všetky druhy komunikácie. Komunikácia prebieha nielen na úrovni výmeny informácií, ale častokrát sa používa na vyjadrenie záujmu, podpory a empatie. Pri práci sestry ide o zásadnú kompetenciu, ktorá si vyžaduje profesionálne zásady. Komunikácia prebiehajúca medzi sestrou a pacientom je nevyhnutná, nezvratná a neopakovateľná (Kristová, 2009). Práve tieto charakteristiky komunikácie v ošetrovatel'stve sú predpokladom k dodržiavaniu profesionálnej komunikácie riadiacej sa zásadami a pravidlami, ktoré sa orientujú na dosiahnutie stanovených cieľov. Sestra preto, aby efektívne využívala profesionálnu komunikáciu, by mala okrem prirodzených komunikačných schopností ovládať aj komunikačné stratégie a zručnosti a vedela využiť účinné komunikačné prvky smerujúce k porozumeniu, k zlepšeniu vzájomných vzťahov, k zlepšeniu kvality života pacienta a na uspokojovanie jeho potrieb.

Povolanie sestry nesie v sebe množstvo komunikačných rizík a preto ochota zlepšovať sa v tejto oblasti by mala patriť medzi priority sestry.

### **Komunikácia v ambulantnej starostlivosti**

Ošetrovateľská starostlivosť v ambulantnej zdravotnej starostlivosti je charakteristická tým, že ide o miesto prvého kontaktu s pacientom. Pacienti prichádzajú so zdravotnými problémami a ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na ich riešenie, na obnovu zdravia prostredníctvom takých postupov a krokov, ktoré vedú k uspokojeniu potrieb pacienta prípadne rodiny na bio-psycho -sociálnej úrovni a kde komunikácia s pacientom zohráva veľmi dôležitú úlohu. Komunikáciu realizujeme v záujme pacienta, ktorej výsledkom je podpora zdravia, celkový dobrý pocit pacienta (well-being), zlepšenie jeho stavu, alebo ňou zabezpečíme prevenciu komplikácií. „Komunikované“ informácie musia byť presné a jasné a musíme sa ubezpečiť, že pacient porozumel, čo realizujeme prostredníctvom spätnej väzby. Dôležitou úlohou ambulantnej zdravotnej starostlivosti je aj prevencia a udržanie zdravia. V tejto oblasti využíva sestra komunikáciu hlavne pri edukácii pacientov v oblasti zdravej výživy a zdravého životného štýlu. Poskytnuté informácie sa týkajú najmä racionálneho

stravovania, významu dostatočného oddychu a spánku, hygienickej starostlivosti, odstránenia škodlivých návykov a podobne /Machová, Kubátová et al., 2010/.

Rôzne komunikačné techniky tiež sestra využíva pri zbere informácií o pacientovi, kedy sa snažíme o systematický a komplexný zber údajov, ktorý ďalej triedime a spracovávame v záujme zabezpečenia individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti. Komunikácia v ambulantnej starostlivosti nie je využívaná výlučne len na poskytovanie informácií, či ich získavanie, ale aj na plnenie požiadaviek pacienta, na vytvorenie si dobrého vzťahu s pacientom, alebo pri podpore pacienta v rozhodovaní sa o jeho zdravotnom stave. Okrem rozhovoru sú súčasťou komunikácie aj neverbálne prvky ako napríklad očný kontakt, či dotyky. Pacienta vždy pozorne a trpezlivo vypočujeme, aby sme vyhovelí jeho požiadavkám, a potrebám a získali si ho pre spoluprácu.

### **Komunikácia v ambulancii praktického lekára pre deti a dorast**

Ambulancia praktického lekára pre deti a dorast poskytuje komplexnú liečebno-preventívnu starostlivosť od novorodeneckého veku do 25 roku života. Sestra využíva komunikáciu pri svojej práci každodenne a ide o špecifickú oblasť vzhľadom na to, že ide o komunikáciu s dieťaťom. Komunikácia je zameraná na zdravé a choré dieťa. Pri stretnutí s dieťaťom nemožno nekomunikovať. Aby dieťa spolupracovalo, efektívna a vhodná forma komunikácie je nevyhnutná. Pri komunikácii s dieťaťom treba mať na pamäti množstvo faktorov, ktoré môžu na ňu vplývať, modifikovať ju, podporovať prípadne ju znemožňovať. V prvom rade sa berie do úvahy vek dieťaťa a osobitosť vývinového obdobia v ktorom sa dieťa nachádza, spolu s rečovými predispozíciami. Charakter komunikácie tiež ovplyvňuje aktuálny zdravotný stav dieťaťa, typ ochorenia, intenzita klinických príznakov ako aj prežívanie a psychický stav dieťaťa. S odvolaním sa na holistickú koncepciu, do komunikácie s dieťaťom zahrňame aj komunikáciu s rodinnými príslušníkmi, ktorá má takisto svoje špecifiká. Tým, že je dieťa odkázané na opateru iných, do komunikácie nevyhnutne zapájame rodinných príslušníkov, ktorí sú jej neoddeliteľnou súčasťou. Dieťa je závislé na rodine a celé obdobie detského veku nemožno vnímať izolovane od jeho rodinného prostredia. Pri komunikácii s dieťaťom a jeho rodinou sa snažíme o aktívnu spoluprácu rodičov v liečebnej ako aj v preventívnej a výchovnej starostlivosti o dieťa. Všetky komunikačné situácie si vyžadujú veľkú dávku trpezlivosti, dôslednosti, úprimnosti, ľudskosti, schopnosti počúvať v kombinácii s profesionálnym vystupovaním. To, že sestra počúva pri komunikácii s detským pacientom a pacientom v adolescentnom veku nielen sluchom, zrakom, no najmä srdcom, platí pri detských



pacientoch dvojnásobne /Gulášová, 2006/. Prejavovanie empatie zvyšuje u detí pocit bezpečia a väčšej istoty v neznámom prostredí.

### **Komunikácia s adolescentom v ambulancii lekára pre deti a dorast**

Presné ohraničenie veku adolescencie sa javí ako bezpredmetné vzhľadom k tomu, že odborné zdroje uvádzajú zväčša len orientačné vekové rozmedzia a aj samotný termín adolescencia nie je doposiaľ jasne definovaný, avšak nachádzame v jednotlivých charakteristikách spoločné znaky. Psychológovia označujú adolescenciu za poslednú fázu dospievania, t.j. obdobie mladíckosti, ktoré u chlapcov vymedzuje od 17 do 21 rokov a u dievčat od 15 do 18 rokov/Říčan et al., 2006/. Mladiství v tomto období si už zvykli na rovnoprávne zaobchádzanie, pokladajú ho za prirodzené. Na podnety prostredia reagujú už omnoho pokojnejšie, bez sklonu k rebelantstvu, ale usilujú sa vždy presadiť, alebo vyjadriť vlastný názor. Nie sú ochotní prijímať ponaučenie od dospelých, bez námietky plniť ich rozkazy, ale chcú zaujať a prezentovať svoje stanovisko. Vo všeobecnosti sa zmeny spôsobené pubertou konsolidujú.

Pre obdobie dospievania je typická sekulárna akcelerácia, t.j. urýchlenie biologického zrenia. Mladý človek v období puberty a adolescencie veľmi prudko rastie, menia sa telesné tvary: chlapcom sa rozširujú ramená a zvyrazňujú svaly, kým dievčatám sa rozširujú boky a formuje sa línia pásu. Hormonálne zmeny, ktoré tieto vonkajšie premeny sprevádzajú, podmieňujú aj vnútornú zmenu. V procese socializácie prechádzajú do obdobia pokusnej problémovej voľby, po ktorej nastáva obdobie realistickej voľby /Říčan et al., 2006/. Najskôr pribúda kritérium schopností a presadzovanie sociálnych, ekonomických a rodinných hodnôt. Ďalšia fáza je skôr o hľadaní spôsobu ako uplatniť voj zámer. Nadobudnutím vlastnej identity sa končí obdobie dospievania a začína sa obdobie realizácie plánov. Podľa vývojových štúdií osobnosti je adolescencia (do 20.roku života) označovaná za štádium identity /Vacínová, Langová, 2011/. Niektorí autori ju ďalej rozdeľujú na štádium sociálnej identity a na neskoršie štádium osobnej identity. Sociálnou identitou sa rozumie stotožnenie sa so skupinou vrstovníkov a nájdenie si miesta medzi nimi v súťaži aj v solidarite. Štádium osobnej identity má viesť k osvojeniu si zrelého pohľadu na vlastnú osobu aj na prostredie, v ktorom žije, ako aj vymedzenie si mravnej orientácie a využívanie abstraktného usudzovania/Jandourek, 2003/. Kto som, kam patrí, čomu verím, čo urobím so svojím životom sú najčastejšími otázkami tohto obdobia.

Komunikácia s adolescentom v ambulancii samozrejme zohľadňuje špecifiká a aspekty tohto vývinového obdobia. Adolescenti sa oproti mladším vekovým skupinám ukazujú byť ako

relatívne zdraví a ich návšteva v ambulancii je preto menej častá. Keď však prichádzajú do ambulancie so zdravotným problémom, býva to buď v sprievode jedného, alebo oboch rodičov, starých rodičov, prípadne samostatne po telefonickom dohovore so zákonným zástupcom. Ich najčastejšie zdravotné problémy sa týkajú dýchacieho systému, pohybového aparátu a kože, no vyskytujú sa aj problémy tráviaceho systému, kolapsové stavy, či prejavy hormonálnej nerovnováhy a problémy urogenitálneho traktu a to hlavne u dievčat /Machová, Kubátová et al., 2010/.

Keďže sa adolescenti, ako aj iní pacienti v ambulantnej liečbe zdržiavajú v zdravotníckom zariadení len dočasne a inak naďalej vo svojom zvyčajnom prostredí, snažíme sa im podať jasné pokyny o tom ako majú dodržiavať liečebný režim, tak aby ovplyvnili seba aj svoje okolie a chránili svoje zdravie pred nepriaznivými vplyvmi.

Do komunikácie s adolescentom je vhodné a potrebné zapájať nepochybne aj rodičov, no zameriavame sa práve na adolescentov samotných, aby sa zmobilizovali k vyššej aktivite oni sami, pretože väčšia časť starostlivosti o zdravie je prenesená na nich. **Sestra by mala dopĺňať a ovplyvňovať vedomosti, postoje, konanie a zručnosti adolescenta, tak aby sám vyvinul úsilie na zlepšenie svojho zdravotného stavu.** V tomto procese sa adolescent stáva subjektom, sám začína aktívne konať, aby podporili liečebný proces. **Sestra poskytuje adolescentovi ako aj príbuzným súhrnné informácie o úprave prostredia, režime dňa, spôsobe stravovania, o užívaní liekov, prípadne o špecifickej hygiene** /Gulášová, 2006/. Pri výbere výrazových prostriedkov **kladie dôraz na jednoduchosť, zrozumiteľnosť a použiteľnosť informácií. Pri starších adolescentoch sa nevyhýba používaniu vykania, ako prejavu rešpektu** a slušnosti voči osobe adolescenta. Proxemika v komunikácii s adolescentom sa najčastejšie v ambulancii odohráva v osobnej zóne, do intímnej zóny vstupujeme len pri vykonávaní diagnostických, terapeutických alebo ošetrovateľských úkonoch.

Mimika a reč očí sa v tejto komunikácii využíva v primeranej miere, tak aby sestra vzbudila dôveru a získala si adolescenta pre spoluprácu, avšak tak, aby mu nespôsobila rozpaky, či zahanbenie. Adolescent by sa mal cítiť ako partner pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Veľmi dôležitý je úsmev, ktorý podporuje pozitívnu atmosféru pri spolupráci s adolescentom. Uplatnenie haptiky v komunikácii s adolescentom sa na ambulancii obmedzuje na nevyhnutnú dobu, hlavne pri vykonávaní rôznych úkonov, ktoré si to vyžadujú. V tomto prípade má haptika vyjadrovať istotu, záujem a bezpečie. Gestikulácia sa orientuje na

využívanie pozitívnych gest, ktoré majú podporiť a presvedčiť adolescenta v konaní zameraného na obnovu zdravia /Říčan et al., 2006/.

Celková úprava zovňajška a vzhľad sú dôležitými ukazovateľmi sociálnej a ekonomickej situácie rodiny v ktorej adolescent žije, od odevu po úpravu vlasov, nechťov, či celkovú čistotu. Rôzne doplnky ako piercing a tetovanie naznačujú aký životný štýl adolescent uznáva, alebo aké iné preferencie má v iných oblastiach života. Adolescenti sú pozývaní do ambulancie aj v rámci preventívnych prehliadok, ktoré sa vykonávajú každé dva roky. **Súčasťou preventívnych prehliadok býva okrem posúdenia zdravotného stavu adolescenta a vybraných skriningových vyšetrení aj edukácia zameraná na rôzne oblasti.** Pri adolescentoch sa lekár a sestra zameriavajú na poskytovanie informácií o zdravom životnom štýle /Machová, Kubátová et al., 2010/. V popredí je oblasť stravovania, ktorá sa stáva v adolescentnom veku problematická. Dievčatá, ale aj chlapci začínajú experimentovať a v stravovaní skúšajú rôzne diéty, či stravovacie štýly, prípadne dochádza k zanedbávaniu stravovacieho režimu a k neuváženému výberu konzumovaných potravín, ktoré môžu mať negatívne dopady na ich celkové zdravie. Ďalšou oblasťou, ktorej sa pri edukácii lekár a sestra venujú je **pohyb, aktivita a správne držanie tela.** V adolescentnom veku je signifikantný nárast tela do výšky, hlavne u chlapcov a preto sú informácie o vhodných športových aktivitách a cvičeniach na správne držanie tela pre adolescentov veľmi cenné /Machová, Kubátová et al., 2010/. **Okrem toho sa venujú aj správne pitnému režimu a jeho významu pre dobré fungovanie kardiovaskulárneho systému a schopnosti sústrediť sa.** Edukáciu tiež realizujú o oddychu, **spánku**, organizovaní si školských povinností a voľného času, tak aby adolescenti predchádzali únave a vyčerpaniu. Zaujímajú sa aj o socializačné momenty v živote adolescenta a poskytujú mu podporné informácie aj v tomto smere.

Zvláštnu pozornosť venujú téme užívania škodlivých a návykových látok, ktoré sa javí pre adolescentný vek najviac rizikové. Poskytujú informácie verbálne, ale aj vo forme letákov a brožúr.

### **Záver**

Adolescentný vek, je tiež obdobím spojeným s oživaním sexuálnych potrieb, čo má za následok, že adolescenti začínajú mať prvé sexuálne zážitky, začínajú pohlavne žiť. V tomto smere ich edukujeme hlavne o rizikách, ktoré tento život prináša a akým spôsobom sa im dá predchádzať /Závodná, 2005/. V tomto smere apelujeme aj na rodičov, aby aj oni mali dostatočné informácie v tejto oblasti a vedeli byť nápomocní, keď sa na nich adolescenti

obrátiť v prípade nejasností. V závere možno konštatovať, že komunikácia s adolescentami v ambulancii lekára pre deti a dorast prebieha zväčša v pozitívnej atmosfére, je otvorená a adolescenti sú ochotní komunikovať a prijímať informácie, ktoré sa im v daných oblastiach zo strany lekára a sestry poskytujú.

## **LITERATÚRA**

- GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovateľstve*. I.diel. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, 2006, 101s. ISBN 80-8075-120-X. EAN 9788080751203
- GULÁŠOVÁ, I. 2006. *Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovateľstve*. II.diel. Trenčín: Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovateľstva, 2006, 101s. ISBN 80-8075-121-8. EAN 9788080751210
- JANDOUREK, J. 2003. *Úvod do sociologie*, Praha:Portál, 2003, 231s., ISBN 80-7178-749-3
- KRISTOVÁ, J. 2009. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin, 2009: Vydavateľstvo Osveta, 2009,ISBN 80-8063-146.8.
- MACHOVÁ,J., KUBÁTOVÁ, D. et al., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2010, 291s., ISBN 978-80-247-2715-8
- ŘÍČAN,P. et al..2006. *Dětská klinická psychologie*, Praha: Grada Publishing, 2006, 604s. ISBN 80-247-1049-8.
- VACÍNOVÁ, M.,LANGOVÁ, M. 2011. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Praha: Československý spisovatel, 2011, 159 s., ISBN 978-80-7459-014-6
- ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2005,ISBN 80-8063-193-X.

## PREVENTIVNÍ PROGRAMY RIZIKOVÝCH SKUPIN DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

<sup>1</sup>Ivica Gulášová, <sup>2</sup>Ján Hruška, <sup>3</sup>Lada Cetlová

<sup>1</sup> Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,

<sup>2</sup> Zdravstar, Ružomberok,

<sup>3</sup> Vysoká škola Polytechnická, Jihlava

### Souhrn

Autoři v příspěvku se zabývají preventivními programy rizikových skupin drogově závislých. Drogy představují pro Českou republiku závažné společenské riziko, které negativně ovlivňuje základní hodnoty jednotlivce, rodiny i celé společnosti. Jedná se o obtížně vymezitelnou skupinu látek, z nichž některé jsou legální (alkohol, tabák, organická rozpouštědla), jiné jsou využívány pouze k lékařským účelům (analgetika, hypnotika, barbituráty, některé opiáty) a další spadají do kategorie tzv. „zakázaných drog“ definovaných mezinárodními úmluvami OSN a nařízeními vlády. Společnost k těmto látkám zaujímá velmi rozdílné postoje, od výrazné tolerance v případě alkoholu a tabáku až po úplnou netoleranci v případě nezákonných drog. Zacházení s těmito látkami ve smyslu výroby, distribuce, případně užívání stát kontroluje řadou zákonných a regulačních opatření, která se výrazně liší v závislosti na typu látky. Zdravotní a sociální rizika výše uvedených drog se také výrazně liší, ne vždy jsou však zohledněna mírou restriktivních a regulačních opatření. „Problém drog“ je neobyčejně komplexním fenoménem, který je třeba řešit v kontextu systémových opatření týkajících se vnitřního pořádku a bezpečnosti státu, ochrany veřejného zdraví, zdravotní a sociální péče, sociální prevence a prevence kriminality, výchovy a vzdělávání, podpory rodiny a řady dalších oblastí. V rámci účinného preventivního dění je potřeba posilovat protidrogové faktory a podporovat tak účinné zdroje o nebezpečí drog, a to vhodnou formou s přihlédnutím ke věkovým specifikům cílové populace. V ČR existuje mnoho preventivních programů, které se snaží eliminovat rozšiřování počtu drogově závislých osob a které apelují na rizikové skupiny lidí protidrogovými aktivitami.

**Klíčová slova:** drogy, riziková skupina, závislost, prevence

### **Summary**

The authors of the contribution is concerned to prevention programs risk groups of drug addicts. Drugs pose for the Czech Republic a serious societal risk, which negatively affects the fundamental values of the individual, family and society. It is difficult to grasp the group of substances, some of which are legal (alcohol, tobacco, organic solvents), others are used only for medical purposes (analgesics, hypnotics, barbiturates, certain opiates) and others fall into the category of so-called. "Illicit drugs" as defined by international conventions, OSN and government regulations. Company to these substances has a very different attitude from the strong tolerance for alcohol and tobacco to complete intolerance in the case of illicit drugs. Treatment with these agents in terms of production, distribution, or use of state controls a number of statutory and regulatory measures, which varies greatly depending on the type of substance. Health and social risks of the aforementioned drugs also varies considerably, however, are not always taken into account the degree of restrictive and regulatory measures. "The drug problem" is an extremely complex phenomenon that needs to be addressed in the context of systemic measures related to internal order and national security, public health, health and social care, social prevention and crime prevention, education, family support and many other areas. As part of an effective preventive action is needed to strengthen antidrug factors and support as effective resources about the dangers of drugs, and in an appropriate form, taking into account age specifics of the target population. In the Czech Republic there are many preventive programs that seek to eliminate expansion in the number of drug addicts and that appeal to high-risk groups of people antidrug activities.

**Keywords:** drugs, risk group, addiction, prevention

### **Úvod**

Príspevek se zaměřuje převážně na dnes tolik diskutované otázky drogové prevence. Působení protidrogových programů je směřováno zejména na nejmladší členy společnosti, jimiž jsou děti. Témata působení na žáky formou preventivních programů ve školách jsou stále diskutována. Některé selhávají, jiné mají úspěšnost větší. Nicméně fakt, že problém drog řeší nejen naše společnost, ale i jiné státy ve světě, nám dává najevo, že toto téma je stále aktuální a je třeba stále tyto preventivní postupy upravovat tak, aby fungovaly. Naše nejmladší generace je generací našich nástupců a my všichni si přejeme, aby se jejich životy ubíraly správným směrem, a to bez drog. Jedině tak bude šťastný a spokojený život celé společnosti a tudíž i ten náš.

#### Charakteristika pojmu prevence

Pojem prevence pochází z lat. *praeventia*, což v překladu znamená předcházet něčemu. Popisuje soustavu opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně (Nešpor, Pernicová, Csémy, 1999).

Na prevenci můžeme nahlížet jako na soubor intervencí, jejichž cílem je zamezit či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Nejrychleji se vyvíjela prevence užívání návykových látek. Stala se tak tvůrcem a hybatelem procesu vývoje prevence jako celku (Nešpor, 1999).

V dnešní době je známo několik druhů členění preventivních přístupů. Jedním z nich je dělení prevence do tří kategorií. Jedná se o prevence všeobecnou, selektivní a indikovanou. Prvním typem je všeobecná prevence – určená celé populaci. Zde se nejlépe uplatňují peer programy. Druhým typem je selektivní prevence – Skupinám lidí, u kterých z nějakého důvodu existuje větší předpoklad a riziko pro vznik závislostního chování. Příkladem mohou být děti kuřáků, alkoholiků, narkomanů, ale i děti, které jsou ve škole šikanované a nemají takové studijní výsledky, atd. Třetím typem je indikovaná prevence – zaměřuje se na ty osoby, u nichž zatím nelze prokázat závislost, ale již se jako závislí mohou chovat (Pecina, 2008).

**Rizikové skupiny** - Pojem riziková skupina vytyčuje „označení určité skupiny (podle věku, profesí, zájmů...), která je negativním sociálním nebo zdravotním jevem ohrožena více než zbytek populace. V souvislosti s užíváním drog můžeme celou věkovou kategorii od 13 do 18 let považovat za rizikovou.“ (Lokšová, Lokša, 2003). Dále jsou zde popsána skupinová hlediska, která jsou dělena profesně (do této skupiny patří lidé, kteří se věnují umění, hudbě, zdravotnictví aj.), sociálně (jedná se převážně o lidi, kteří nemají práci, mladí lidé, ženy věnující se prostituci, členové gangů a lidé, kteří často navštěvují různé akce a večírky) a etnicky (jiná etnická příslušnost, než je majoritní ve společnosti). Věnuje se také hledisku individuálního rizika, jež je zvýšeno přítomností a diagnostikou psychické poruchy, nebo problémů v rodině, či neúplností rodiny. Zvýšené riziko platí také pro partnery a sourozence takto znevýhodněných jedinců. V těchto případech je doporučováno věnovat se speciální primární prevenci. **Nejrizikovější skupinou v oblasti drogové problematiky jsou děti a mladiství.** Při vývoji a formování jejich životního stylu a postojů hraje největší roli rodina, ale jsou zde i jiné aspekty, na které je třeba brát ohled. Jsou jimi – aspekty demografické, sociální postavení rodiny, povahové vlastnosti rodičů, úroveň a druh výchovných přístupů rodičů, funkce rodiny jako celku a v neposlední řadě vztah k dítěti, či adolescentovi a jeho vztah k rodině a rodičům. Vedle nefunkčního rodinného prostředí, jsou dalšími nejčastějšími

příčinami vzniku závislosti patologická komunikace, nebo hledání sociální identity (Mcgrath, 2007). **Další rizikovou skupinou mohou být tzv. „starší“ mladí lidé.** S ukončením školní docházky a nástup pracovních povinností spojených s hledáním práce a nutností finančních prostředků pro zajištění základních potřeb člověka na ně může dolehnout tíživost situace, pokud se jim například nedaří najít práci. A právě v takové chvíli mohou sáhnout po látkách, které jim toto momentální utrpení a v očích mnohých z nich lze říci, že se může jednat až o selhání, pomohou zmírnit. Ať už hovoříme o alkoholu, kouření, nebo drogách (Miovský a kol., 2010).

**Rizikové skupiny lidí dělí Společnost pro prevenci nemocí takto:**

- Děti a mladiství
- Lidé, kteří se s drogami setkávají kvůli své profesi (např. barmani)
- Osoby promiskuitní
- Lidé pocházející z disharmonické rodiny
- Lidé s nižšími intelektovými schopnostmi“ (Muhlpachr, 2008).

**Přístupy protidrogové politiky**

Známe dva hlavní přístupy a řešení protidrogové politiky. **Prvním je REPRESE - přístup odstrašovací. Druhým přístupem je PREVENCE,** tedy přístup normalizační, který snižuje škodlivé následky.

**Hlavní teze represivního přístupu jsou:**

Drogy jsou řazeny podle rizika vzniku závislosti na nich. Např. dělení na tvrdé a měkké a další.

Společnost drogy ohrožují, protože nabourávají celou společnost. Vedou nabourávání norem a hodnot jedinců ve společnosti a to je pro společnost riziko.

Do této skupiny řadíme všechny „bojovníky proti drogám“, jako jsou lékaři, policie a rodiny drogově závislých. Největšími propagátory tohoto přístupu je USA.

Politika tohoto přístupu je založena na zastrašovacích kampaních a prezentování trestů.

Hlavní myšlenky **preventivního přístupu** připouští, že pokusy o úplné odstranění drog ze společnosti nejsou řešením problémů. Dokonce i vyslovují myšlenku, že důrazem na eliminaci drog ve společnosti vzroste nelegální obchod s drogami. Říkají, že není možné řadit drogy do skupin podle nebezpečnosti, ale že bychom se měly zabývat spolupůsobícími faktory, jako jsou faktory sociální, psychologické a kulturní. Preventivní přístup je zaměřen cíleně proti určitému negativnímu jevu. Problémem podle preventivního přístupu není droga



samotná, ale reakce společnosti na její zneužívání. Pronásledování závislých osob vede k omezování osobních svobod každého člověka a také může vést ke kriminalizaci společnosti. Do této skupiny se řadí hlavně lidé, kteří přistupují k drogově závislým bez předsudků, a proto jsou to převážně terapeuti, sociologové a další. Další zásadní myšlenkou tohoto přístupu je zamyšlení nad otázkou k jaké funkci slouží dotyčné osobě užívání drog, snaží se odpověďmi na tuto otázku a smazávat rozdíly mezi lidmi, kteří drogy užívají a těmi, kteří je neužívají (Pecina, Zomanová, 2009).

#### Dělení prevence

Existuje více typů dělení prevence. Koncem padesátých let se prevence vymezovala pouze na primární a sekundární. V letech šedesátých se pak přidala i prevence terciální. Toto dělení je v dnešní době využíváno nejvíce. Každý z těchto typů má své specifické zaměření. Nejdůležitější oblastí je přece jen **primární prevence**. Zjednodušeně lze říci, že jejím úkolem je redukovat poptávku po drogách. Cílem pak je, aby u potenciálních konzumentů k faktickému konzumu vůbec nedošlo. Primární prevence se obrací na populaci a její jednotlivé složky, přináší poznatky a návody k jednání a přispívá k vytvoření takového sociálního klimatu, které není příznivé k šíření drog a podporuje bezpečné, bezdrogové chování jednotlivců i skupin. **Sekundární prevence** již je vlastně práce s těmi, kteří drogy okusili, nebo s nimi experimentují, ale ještě jim nepropadli - spočívá především v poradenství a terapiích s cílem nedopustit vznik závislosti a v motivování klienta po omezení nebo úplném přerušení tohoto užívání. **Terciální prevence** se pak zabývá těmi, kteří jsou již drogami postiženi a jsou na nich závislí. V jejím rámci se provozuje např. výměna injekčních stříkaček, poradenství, léčebné a resocializační pobyty ve specializovaných institucích nebo komunitách. **Cílem je dosáhnout u závislého abstinování a následné znovu zařazení do společnosti.** Protože se ale tyto požadavky neplní vůbec snadno, je mnohem důležitější, když se alespoň daří spolupracovat se závislými, udržovat jejich problém v přiměřených hranicích a minimalizovat dopady závislosti na ně i okolní svět. Jak už bylo výše řečeno, nejvýznamnější je primární prevence.

#### **Aby však působení prevence bylo účinné, musí mít určité kvality:**

její provádění představuje kontinuální proces, přiměřenost různým věkovým kategoriím a skupinám v populaci, získání co nejširších, ale vyvážených poznatků o drogových problémech zdravotních, sociálních a bezpečnostních, zaměření na tvorbu a upevnění postojů a dovedností, které klientům umožní nacházet řešení jejich případných nesnází a dokázat vést život bez ohrožení drogou, opora o oblíbené a směřodatné osoby, vrstevníky, názorné přístupy

a neformální diskusi, podle potřeby provázanost s primární prevencí jiných sociálních a zdravotnických rizik (alkoholismus, tabakismus, AIDS, kriminalita), s výchovou k občanské odpovědnosti a ke zdravému životnímu stylu, schopnost oslovit a zapojit nejbližší okolí rizikových členů populace (rodinu, pracovní, školní a mimoškolní prostředí) a zlepšit schopnost těchto skupin komunikovat o problémech a vyrovnávat se s nimi.

**Kdo by se měl na prevenci podílet:** školské a sociální orgány, jednotlivé školy + pracoviště, zabývající se výcvikem učňů, připravení vrstevníci, organizace, zabývající se pracovním, výchovným a rodinným poradenstvím, nevládní organizace působící v okruhu drog, alkoholu a AIDS, příslušná oddělení hygienických stanic, policie, rodina, masmédia, sdružení dětí a mládeže, zájmové a sportovní organizace, místní praktičtí lékaři pro děti a dorost.

Preventivní programy rizikových skupin drogově závislých v praxi

V rámci účinného preventivního dění je potřeba posilovat protidrogové faktory a podporovat tak účinné zdroje o nebezpečí drog, a to vhodnou formou s přihlédnutím ke věkovým specifikům cílové populace. Důležité je také ukázat to, že problémy se dají řešit bez omamných a psychotropních látek. Tím je míněna složka zvládání úzkosti a stresu adekvátním a efektivním způsobem. **Velmi častou chybou v uplatňování protidrogové politiky a aplikované primární prevence je, že se často na drogy nenahlíží jako na multidisciplinární problém, se kterým je nezbytné takto také pracovat.** Velmi důležité je naučit rizikové skupiny prodrogovým kampaním a posilovat tak protidrogové zdroje informací. Jedině tak lze minimalizovat a správně identifikovat prodrogové informace, které mají klíčový vliv na vlastní experiment a návazností na další rizikové faktory zabránit pozdějšímu užívání drogy. **Důležité je také dbát na to, aby se na protidrogové prevenci podílelo více složek, které budou spolu spolupracovat, např. základní škola s Policií ČR nebo gymnázium a krizové centrum a pod.** V ČR existuje mnoho preventivních programů, které se snaží eliminovat rozšiřování počtu drogově závislých osob a které apelují na rizikové skupiny lidí protidrogovými aktivitami. **Jedná se například o Komunitní program protidrogové prevence, který je zaměřen místně zaměřen a to především na aktivní trávení volného času dětí, primární prevenci a na vzdělání pedagogů v této oblasti.** Další aktivity nesou názvy jako je „Závislost je potvora“, „Konopí dobrý sluha, špatný pán“, „Umění říci ne“, „Program Permoník“ apod. **Kromě reálných protidrogových programů, existují také virtuální protidrogové aktivity např. Program HROU PROTI DROGÁM,** který umožňuje seznámit se zábavným způsobem s problematikou drog a

ostatnými sociálne patologickými jevy. Hry, kvízy, křížovky, osmisměrky účastníkům zase prozradí, jak jsou na tom se znalostí drog, jejich účinků, rozdělení, slangových výrazů atd.

#### **Závěr**

Již od dávných dob je člověk v průběhu své životní dráhy pokoušen nejrozličnějšími nepříjemnostmi, se kterými se pokouší vyrovnat. Každý z nás je osobností a každý z nás se staví k těmto překážkám a problémům jiným, svým vlastním způsobem, ovlivněným charakterovými vlastnostmi a životními zkušenostmi. I v dávných dobách byli lidé vystaveni nebezpečí drog, se kterým se potýkali, avšak v posledních letech se s tímto fenoménem setkáváme dnes a denně. **Za všeobecně nejefektivnější prevenci je tedy považována prevence na školách a v komunitách.** V tomto věku a v tomto prostředí se totiž formují celoživotní návyky, postoje a hodnoty. Prevence by se proto měla stát přirozenou součástí školských osnov a výuky jednotlivých předmětů (občanská výchova, biologie, chemie atd.). Měla by zasáhnout cílovou populaci dříve, než je vystavena působení drog.

#### **Literatura**

- LOKŠOVÁ I., LOKŠA J.:2003.*Tvořivé vyučování*. Praha, Grada, 2003. ISBN 802-47-0374-2
- MCGRATH, Y. 2007. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, 70 s. ISBN 978-80-8704-116-1.
- MIOVSKÝ M., SKÁCELOVÁ L., ZAPLETALOVÁ J., NOVÁK P. et al. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. 2010, Tišnov: Sdružení SCAN.
- MÜHLPACHR, P. 2008. *Speciální pedagogika v interdisciplinárních a multidisciplinárních souvislostech*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-2104-762-4.
- NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. 1999. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-299-8 19.
- NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. 1999. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 3. vyd. Praha: Fortuna, 1999, s. 25. ISBN 807-07-123.
- PECINA P.: 2008. *Tvořivost ve vzdělávání žáků*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-2104-551- 4 .
- PECINA P., ZOMANOVÁ L. 2009. *Metody a formy aktivní práce žáků v teorii a praxi*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-2104-834-8.

## **ŠPECIFIKÁ STAROSTLIVOSTI U PACIENTA V ŽIDOVSKÉJ KULTÚRE**

Ivica Gulášová, Nadežda Justhová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

### **Súhrn**

Autorky sa v príspevku približujú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov s judaistickým vierovyznaním. Približujú 5 hlavných smerov judaizmu a opisujú pojmy v judaizme ako sú: Sabat, Pesach, Purim alebo Chanuka. Cieľom príspevku je poukázať na to, že sestra by mala byť schopná poskytovať kultúrne zhodnú ošetrovateľskú starostlivosť pre pacientov aj s judaistickým vierovyznaním s prihliadnutím na ich konkrétne špecifiká. V závere príspevku nájdeme zhrnutie a dôležitosť multikultúrneho ošetrovatel'stva, ktoré sa dotýka spomínanej témy.

**Kľúčové slová:** Judaizmus. Ošetrovateľská starostlivosť. Pacient. Vierovyznanie

### **Summary**

In the article authors try to explain the nursing care of patients with Judaic beliefs. Approximately 5 main directions of Judaism and Judaism in descriptive terms such as: Sabbath, Passover, Purim and Hanukkah. The paper pointed out that the nurse should be able to provide culture by nursing care for patients with judaistickým vierovyznaním and having regard to their particular specialty. The end of the article we find a summary of the importance of multicultural nursing, which touches the above topic.

**Keywords:** Judaism. Nursing care. Patient. Religion

„Ak sestry pochopia a uplatnia etické princípy vo všetkých oblastiach multikultúrnej starostlivosti, dosiahneme jeden z najväčších humánnych cieľov ošetrovatel'stva.“

(M. Leiningerová)

### **Úvod**

Americká sestra Dr. Madeleine Leiningerová v 50. rokoch 20. storočia ovplyvnená zmenami v spoločnosti (intenzívnejšia migrácia obyvateľstva, cestovanie za prácou, rozvoj

hospodárstva a svetovej ekonomiky, využitie nových technológií) začala uvažovať nad potrebou zahrnutia do ošetrovatel'ského vzdelávania a praxe problematiku prístupu ku klientom z iných kultúr. V 60. rokoch prvý krát použila termín transkultúrne ošetrovatel'stvo.

Transkultúrne ošetrovatel'stvo je podľa M. Leiningerovej definované ako: „významná oblasť štúdia a praxe orientovaná na komparatívne významy kultúrnej starostlivosti, viery a praktiky jednotlivcov či skupín rovnakých či odlišných kultúr (Košková, Eliášová, 2006). Cieľom transkultúrneho ošetrovatel'stva je poskytovať kultúrne zhodnú a diferencovanú ošetrovatel'skú starostlivosť praktikovanú pre zdravých a chorých ľudí, alebo im pomáhať čeliť nepriaznivým ľudským podmienkam, chorobe či umierania kultúrne vhodným spôsobom“ (Špirudová, Tomanová, 2006, s. 27).

Komunikácia v ošetrovatel'stve je najdôležitejším prostriedkom získavania informácií a pocitov (verbálna, neverbálna komunikácia) medzi sestrou a klientom. Veľký problém nastáva, ak sestra a klient sú z odlišných kultúr. V prípade, že nehovoria rovnakým jazykom alebo ich komunikačná schéma je odlišná, môžu mať pocit odcudzenia a bezmocnosti (Zábojníková, 2012). A čo je judaizmus? Judaizmus je bez pochyb náhľad na svet, súpis pravidiel ako žiť svoj život a deklarácia základov viery. Judaizmus môžeme nazvať aj náboženstvom, lebo judaizmus náboženstvom aj naozaj je. Je to najstaršie z Abrahámovských náboženstiev. Na druhej strane, byť vyznávačom judaizmu ešte neznamená byť Židom a naopak sú Židia, ktorí majú výhrady voči judaizmu ako náboženstvu a žijú sekulárny život. Židovské korene siahajú do 18.-15. storočia pred našim letopočtom.

Slovo Žid je odvodené od Juda, čo bolo meno Jakubovho syna. Pôvodné pomenovanie ľudí, ktorých v súčasnosti zahŕňame pod označenie Židia, bolo Hebrejci. Z pohľadu halachy (židovského zákona) je Žid každý, koho matka je Židovka alebo podstúpil formálny proces konverzie k judaizmu (Keene, 2002).

#### **Súčasťou judaizmu je päť hlavných smerov.**

**Ortodoxný judaizmus** – vznikol začiatkom 20. storočia, ortodoxní Židia sa považujú za jediných verných udržiavateľov nemennej viery Izraela. Dnešní stúpenci musia dodržiavať šesťsto trinásť zákazov a príkazov Micva. Najkonzervatívnejší smer judaizmu je ultraortodoxný, ktorý úplne vymedzuje prístup k modernému svetu (Keene, 2002).

**Reformný judaizmus** – bol ovplyvnený osvietenstvom, kladie dôraz na rozum. V Anglicku sa označoval aj ako liberálny judaizmus. Jeho vyznávači veria, že Tora je výtvor zbožných ľudí,

ktorým sa zjavoval Boh. Podľa tohto smeru všetci Židia majú zodpovednosť k svojej zemi, v ktorej žijú a k svojej viere.

**Konzervatívny judaizmus** –vznikol v Amerike v 40. rokoch 20. storočia. Je to kompromis medzi ortodoxným a reformným judaizmom (Kutnohorská, 2013).

**Rekonštrukcionizmus Chasidský judaizmus** –sa odchýlil od ortodoxného zdôrazňovania učenosti a zaoberal sa duchovnými a mystickými tradíciami judaizmu.

Každé náboženstvo má svoje učenie a svoje zbierky zákonov, ktoré sú zaznamenané v rôznych knihách. Najznámejšia z takýchto kníh je Biblia. V judaizme je toto učenie zaznamenané v Tóre –je zložená z 5 Mojžišových kníh (Genesis, Exodus, Numeri, Leviticus, Deuteronomium),. Tora obsahuje 613 príkazov Micva a Talmude, ktorý rozdeľujeme na dva diely (Mišnu a Gemaru).

Židovský kalendár sa počíta od stvorenia sveta, od roku 3 769 p. n. l. V kresťanskom letopočte máme rok 2016, ale podľa židovského je 5776. **Medzi najdôležitejšie sviatky v judaizme patria:**

**Sabat** je siedmy, sviatočný deň v týždni, sobota, začína v piatok západom slnka a končí v sobotu večer po východe prvých troch hviezd. Je dňom odpočinku a modlitby. V tento deň je zakázané pracovať (zakázaných 39 prác) a robiť obchodnú činnosť. Za prácu sa považuje akákoľvek úmyselná práca, ktorá by vytvorila nové veci (cestovanie, písanie, založenie ohňa v dnešnej dobe znamená zákaz fajčiť, jazdiť autom, dokonca i zapínať/vypínať elektrické spotrebiče) (Hartl, Hartlová, 2004, Šedinová, 2009).

**Pesach** alebo aj „sviatok nekvasených chlebov“, pripomína vyslobodenie z egyptského otroctva. Je to jarný sviatok trvajúci osem dní. V predvečer tohto sviatku sa domácnosť dôkladne upratuje, aby nezostala žiadna stopa po kvasenom ceste. Pri večeri nesmie chýbať maces a päť pokrmov so symbolickým významom –vajce, zemiaky, pečená kosť, byliny a petržlen. Deti pri večeri sa pýtajú na biblické udalosti.

**Purim** je najveselší židovský sviatok a je spomienka na vyslobodenie perzských Židov z intríg zlého kráľovského ministra Hamana, ktorý chcel Židov vyhubiť. Tento sviatok je spojený nielen s čítaním Tory, ale aj s hodovaním, zákazom smútku, nosením masiek a kostýmov.

**Roš ha-šana** znamená nový rok. Podľa tradície bol v tento deň stvorený svet.

**Jom kipur** alebo Deň zmierenia je najdôležitejším sviatkom veriacich . Počas tohto dňa dochádza k očiste duše od hriechov, drží sa prísny dvadsať štyri hodinový pôst, zákaz mať pohlavný styk, používať kozmetiku, nosiť koženú obuv, kúpať sa.

**Chanuka** (Sviatok svetiel) bola zavedená na počesť významných historických udalostí. Trvá osem dní. Oblúbeným jedlom sú teplé šišky. Chanuka je obdobou kresťanských Vianoc (Hartl, Hartlová, 2004, Šedinová, 2009).

**Judaizmus vyžaduje, aby jeho príslušníci vyhľadávali kvalitnú medicínsku a ošetrovatel'skú starostlivosť.** Je dovolené užívať lieky, prijímať krv, povolená je vakcinácia, biopsia aj amputácia. Transplantácia u ortodoxných Židov je neprípustná. Končatiny alebo orgány, ktoré boli amputované odovzdávajú ortodoxným židovským rodinám, aby ich mohli pochovať spolu s telom. Menej prísne skupiny súhlasia s pitvou za predpokladu, že žiadna časť tela nebude odobraná (Kozierová, Erbová, 1995).

Pri ošetrovaní platí pravidlo vyhýbať sa dotyku druhého pohlavia. V Izraeli ortodoxní klienti majú právo žiadať ošetrovanie alebo vyšetrenie osobou rovnakého pohlavia. V prípade ošetrenia ženy a neprítomnosti lekárky, je pri výkone prítomný manžel alebo iný člen rodiny. Výnimku tvoria život ohrozujúce situácie (Zabojníková, 2012). Modlitby, najčastejšie sú tri –ráno, odpolednia a večer. Modlitbu realizuje polohlasne v hebrejskom jazyku, pričom môže byť oblečený v modliacom plášti, remienku a pokrievke hlavy –jarmulke. Počas modlitby si nepraje byť vyrušovaný a nevyrušoval svojím polohlasným modlením iných pacientov, sestra by mala zabezpečiť pokojné a osamotené miesto. Rabína oslovujeme priezviskom alebo titulom. Špecifiká starostlivosti o rabína sú v stravovaní. Pokiaľ to zdravotný stav dovoľuje, je možné prinášať jedlo pripravené doma. Počas dňa odpočinku (šabat) môže za rabínom chodiť viacero návšteví. Počas šabatu nie je vhodné plánovať žiadne terapeutické ani diagnostické výkony, pokiaľ nejde o ohrozenie života klienta. (Zabojníková, 2012).

Judaizmus kladie dôraz na očistu pred každou činnosťou spojenou s náboženským rituálom. Ide najmä o umývanie rúk predovšetkým pred jedlom a modlitbou. Umývanie prebieha tak, že sa vezme nádoba s vodou a trikrát sa poleje najskôr prava a potom ľavá ruka. Ďalším rituálnym úkonom je micva –špeciálny kúpeľ rituálnej očisty. Ortodoxní veriaci dodržiavajú vstup do kúpeľa pred šabatom, po chorobe, ženy pri očistení nevesty pred svadbou, po menštruácii alebo po pôrode (Šedinová, 2009).

Judaizmus má špecifické požiadavky na stravovanie, pokiaľ je to možné jedlo pre klienta je donášané rodinou z domu, prípadne sa klientovi objedná vegetariánska strava. Podľa Tory a Talmundu musia byť zvieratá očistené a zabité rituálnym spôsobom (čistý rez). Mäso musí byť dôkladne zbavené krvi a preto sa solí a namáča v studenej vode. Židia smú konzumovať mäso z hovädzieho dobytku, oviec a kôz, husi, kačky, morky, kurat'a. Ryby sú dovolené len

tie, ktoré majú aj plutvy aj šupiny. Zakázané jedlá sú z bravčového, konského mäsa, dravcov, úhora, morské plody (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005).

Potrat je povolený len v prípade záchrany života a jej zdravia matky. Potrat nie je považovaný za vraždu. Prvoradá je blaho a záujmy matky, ktoré sú nadradené záujmom plodu a dokonca aj prianiu manžela. Avšak v prípade, že plod vyšiel z maternice je nedotknuteľný, dokonca aj z hľadiska záchrany života židovskej matky (Keene, 2002).

Podľa judaizmu chorý a zomierajúci človek nesmie ostať sám, opustený. Pokiaľ je to možné, má chorý odísť za prítomnosti svojej rodiny. V prípade blížiaceho sa konca si „vysporadúva“ svoje záležitosti, modlí sa vyznanie hriechov Veľkého dňa zmierenia v prvej osobe a požehná svojim deťom. Na smrť by sa mal pripravovať pri plnom vedomí.

Starostlivosť o mŕtve telo sprevádzajú špecifické rituálne úkony. Chevra kadiša (pohrebné bratstvo) je tradičná inštitúcia starajúca sa o duchovné potreby chorého a zomierajúceho (Hartl, Hartlová, 2004). Členovia spoločenstva pomáhajú pozostalým a tým, ktorí sa ocitli v núdzi, poskytujú útechu, podieľajú sa na príprave pohrebu a v prípade potreby pomáhajú rodinám bez živiteľa, sirotám a chudobným. Podľa náboženského zákona (halacha) by člen bratstva mal zostať pri zomierajúcom nielen počas dňa, ale aj počas noci. Sú dva dôvody pre zomierajúci nemá zostať sám. Prvý je, aby sa netrápil myšlienkami na smrť a druhý pochádza zo stredoveku, kedy sa verilo, že dochádza k súboju medzi anjelmi a démonmi. V prípade, že chorý nezomiera sám, démon nemôže chytiť jeho dušu. U pacientov pri vedomí je potrebné sa vyhnúť všetkému, čo by mohlo zhoršiť jeho stav. Dotýkať sa tepny zomierajúceho je zakázané. Všetky úkony a odriekanie ťalmov a modlitieb sa vykonávajú s najväčšou vážnosťou. Po smrti člen bratstva Chevry zatlačí zosnulému oči, a naznačí Božie meno na oboch jeho rukách (Fülloková, et al., 2009). Telo sa položí na chrbát, tvárou k nebu a nohami ku dverám, ruky zosnulého sa narovnajú. Pohlavie sa zakryje. K umývaniu tela sa používa vlažná voda, v oblasti brucha a podbruška sa nepoužíva pri umývaní zvýšený tlak, pretože by to zneuctilo zosnulého. Ak počas rituálneho umývania nastane výtok telesných tekutín alebo krvi zachytávajú sa do špeciálnych nádob a s telom sa pochovávajú. Telo nesmie zostať samotné. Tradičným oblečením je biely odev, košeľa, spodky a kilt.

Tradičný judaizmus odmieta kremáciu a telo je pochované do zeme v rakve zhotovenej z neohobľovaných dosiek, nesmie byť ničím ozdobená, rakva má znázorňovať prostotu. Pohreb sa uskutočňuje čo najskôr, najlepšie v deň smrti. **Judaizmus neuznáva vystavovanie mŕtvych.**



**Obdobie smútku u židov je rozdelené do troch období.**

- Najintenzívnejšie je obdobie zármutku, prebieha v období pohrebu a sedem nasledujúcich dní
- Druhé obdobie trvá tridsať dní, kedy sa pozostalí navracajú späť k povinnostiam života.
- V treťom období sa rok po úmrtí blízkeho pozostalí zdržiavajú zábav (Zabojníková, 2012).

**Záver**

Cieľom vzdelávania v multikultúrnom ošetrovatel'stve je výchova novej generácie sestier, ktoré majú potrebné vedomosti a holistický pohľad na človeka (Líšková, 2006).

Liečba a starostlivosť o klienta by mala byť poskytovaná nezávisle od národnosti, etnickom pôvode, náboženstva a vyznania, politických názoroch, sociálno-ekonomickej situácie, pohlavia, zdravotného postihnutia.

Pri každodennej multikultúrnej starostlivosti existujú konkrétne problémy, ktoré môžu mať veľký etický význam: čas, priestor, komunikácia, náboženstvo, jedlo, rituály, štruktúra danej spoločnosti a i.) (Kutnohorská, 2005; Líšková, Nádaská, 2006).

**Použitá literatúra:**

- FÜLLOPOVÁ, S. et al.. 2009. *MultikultaART – spoznaj kultúru menšín*. Bratislava: Vydavateľstvo Lúč pre OZ Človek v ohrození, 2009. ISBN 978-80-7114-777-0
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-303-x
- IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošřovatel'ství*. Praha: Grada, 248s., ISBN 80-247-1212-1
- KEENE, M. 2002. *Světová náboženství*. 1. vyd. Praha : Knižní klub, 2002. ISBN 978-80-242-2137-3.
- KOŠKOVÁ, J., ELIÁŠOVÁ, A. 2006. *Transkultúrne ošetrovatel'stvo a jeho zakladateľka Madeleine Leiningerová*. In Molisa – ošetrovatel'ské listy Šariša. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2006, s.35 – 37. ISBN 80-8068-480-4.
- KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIERIOVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
- KUTNOHORSKÁ, J. 2008. *Multikulturní ošřovatel'ství pro praxi*. Praha, Grada: 160s., ISBN 978-80-247-4413-1
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. Et al. 2006. *Základy multikultúrneho ošetrovatel'stva*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. ISBN 80-8063-216-2.

ŠEDINOVÁ, J. 2009. *České zdravotnictví a judaismus*. Florence. 2009, roč. V, č. 5, s. 1-6. ISSN 1801-464X.

ŠPIRUDOVÁ, L.; TOMANOVÁ, D. et al. 2006 *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1213-X.

PRŮCHA, J. 2001. *Multikultúrní výchova*. Praha: ISV nakladatelství, 2001. ISBN 80-85866-72-2.

ZÁBOJNÍKOVÁ, J. 2012. *Specifika ošetrovateľskej péče o pacienta židovského vyznání*. Bakalárska práca, Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství, 2012. 77s. Vedúca práce: PhDr. Kateřina Čermáková

## **ONLINE VZDĚLÁVÁNÍ SESTER**

<sup>1</sup>Helena Michálková, <sup>2</sup>Lenka Šedová

<sup>1</sup>Občanské sdružení Seppia,

<sup>2</sup>Zdravotně sociální fakulta Jihočeská univerzita

### **Anotace:**

Všeobecné sestry jsou největší skupinou osob poskytující zdravotnickou péči. Profese všeobecné sestry je fyzicky i psychicky velmi náročná a sladování profesionální role s rolí matky je velmi obtížné, i protože se k těmto povinnostem připojilo celoživotní vzdělávání. Sestrám na celoživotním vzdělání vadí především finanční zatížení a nedostatek volného času. Dalším výrazným problémem je lokální dostupnost vzdělávacích akcí. Těmto problémům lze čelit online vzděláváním určené pro nelékařské pracovníky ve zdravotnictví.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit jaké formy vzdělávání jsou preferovány všeobecnými sestrami a zmapovat motivaci studentů k využívání online vzdělávání. Dále zjistit motivaci lektorů k online výuce a zmapovat metody, které lektoři při této formě výuky využívají.

K naplnění cílů byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. V kvantitativním šetření jsme se zaměřili na nelékařské pracovníky a v kvalitativním šetření na lektory. K získání sběru dat pro kvalitativní šetření byla použita technika rozhovoru. K získání sběru dat pro kvantitativní části jsme využili dotazník.

V tomto výzkumném šetření bylo zjištěno, že nejdůležitějším kritériem při výběru vzdělávací akce je pro respondenty lokální dostupnost akce. Dalším významným kritériem je téma a cena. Studenti jsou spokojeni s online výukou i s virtuálním prostředím, kde jsou online přednášky realizovány. Shledávají online výuku dostupnou časově i finančně a považují tento typ výuky za inovativní a atraktivní styl výuky. Studenti označili online výuku jako finančně dostupnou a uvedli, že jim tento typ výuky snižuje náklady na vzdělávání. Polovina dotázaných označilo jako negativum online přednášek závislost na internetu a na síle připojení a pětina respondentů uvedla závislost na IT. Z analýzy rozhovorů s lektory online výuky je patrná motivace práce z domova a sladování rodinného a pracovního života. Mezi pozitiva lektorů uváděli nízké časové nároky a inovativní prostředí. Jako negativní faktor online vzdělávání lektorů shledávali neosobní kontakt se studenty pouze přes PC.

Mgr. Helena Micháľková, Ph.D. [michalkova.hela@seznam.cz](mailto:michalkova.hela@seznam.cz)

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D. [md.sedova@seznam.cz](mailto:md.sedova@seznam.cz)

Mgr. Helena Micháľková, Ph.D.

Geriatrická klinika 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova

Londýnská 15 Praha 2

tel: 777 337 995

## **EXTERNÉ ŠTÚDIUM ODBORU OŠETROVATEĽSTVA NA TRNAVSKEJ UNIVERZITE V TRNAVE**

Jana Boroňová

Katedra ošetrovatel'stva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

### **Súhrn**

Štúdium ošetrovatel'stva v externej forme sa začalo vyučovať ako jeden z prvých odborov na Fakulte ošetrovatel'stva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave v akademickom roku 1994/95. Táto bola o dva roky neskôr premenovaná na Fakultu zdravotníctva a sociálnej práce.

V tom čase bolo štúdium realizované ako 5-ročné magisterské štúdium. Akreditované bolo pod názvom Ošetrovatel'stvo a rehabilitácia. Išlo len o externú formu štúdia. Štúdium sa realizovalo prostredníctvom blokovej výučby počas dvoch týždňov za semester, pričom denne bolo odučených desať 60-minútových hodín (v druhom a treťom ročníku jedenásť hodín). Dvojtýždňovou blokovou výučbou – pri 45-minútovej vyučovacej hodine – začalo akademickým rokom 2003/04 3-ročné bakalárske štúdium v externej forme. Posledný krát sa v tomto „znení“ otvorilo v akademickom roku 2010/11. Podmienkou prijatia na tieto štúdia bolo absolvovanie Strednej zdravotníckej školy v odbore *zdravotná sestra*, *detská sestra*, resp. *ženská sestra* s minimálnou dĺžkou praxe 3 roky – keďže klinická prax v rámci študijného plánu nebola.

Na prelome rokov 2013 a 2014 dochádza k príprave na novú komplexnú akreditáciu. Pri jej tvorbe bolo nutné vychádzať zo „Zákona č. 131/2002 o vysokých školách a o zmene a doplnení niektorých zákonov“ – uvádzajúcim, okrem iného, konkrétne podmienky pre realizovanie externej formy štúdia. Štúdium je v dĺžke štyroch rokov. Ďalšou legislatívnou normou, ktorú bolo potrebné dodržať, bolo „Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností“. Toto nariadenie určuje skladbu predmetov výučby a definuje celkový počet hodín, ako aj podiel hodín klinickej praxe. Počet hodín praxe na našej fakulte – aj v externej forme štúdia – je 2724 hodín.

Dodržaním týchto podmienok sme podľa Akreditačnej komisie Slovenskej republiky mohli externú formu štúdia začať opäť realizovať, a to výučbou od 1.9.2016.

**Kontaktná adresa:**

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

e-mail. jana.boronova@truni.sk

tel.: 033/5939413

## **SYSTÉM STAROSTLIVOSTI O SENIOROV V CHELTENHAME, VEĽKÁ BRITÁNIA**

Alena Uričková, Andrea Lajdová

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra  
ošetrovatel'stva

### **Súhrn:**

Autori príspevku prinášajú prehľad na systém starostlivosti o seniorov v domácom prostredí a v inštitucionálnych zariadeniach rôzneho zamerania a foriem poskytovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti vo Veľká Británii v Cheltenhame. Postrehy a odborné skúsenosti sme získali počas týždňovej stáže v júni 2014, v rámci projektu Podpora zlepšenia kvality Trnavskej univerzity v Trnave: Geriatrické ošetrovatel'stvo, pod kódom 2611023009. Projekt trval dva roky a financujúcou organizáciou bola Agentúra Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR pre štrukturálne fondy EÚ. Cieľom projektu bolo okrem špecifického cieľa podporiť aj spoluprácu medzi vysokými školami, organizáciami výskumu a vývoja na národnej a medzinárodnej úrovni, rozvoj ľudských zdrojov a zatraktívnenie štúdiá medzinárodnou spoluprácou s cieľom adaptácie na potreby vedomostnej spoločnosti.

**Kľúčové slová:** Systém starostlivosti. Geriatrické ošetrovatel'stvo. Projekt.

### **Summary**

The authors of this article are bringing the overview of geriatric patients care system in their home environment, and in various care and nursing homes with different levels and forms of the nursing and social care in Cheltenham, Great Britain. We gained the insights and expertise during our one week visit in June 2014, as a part of the project: Support of the quality at University of Trnava in Trnava: The geriatric nursing care, under the code 2611023009. The project lasted for two years and the organisation which provided financial support was The Agency of Ministry of Education and Science, Research and Sport in Slovakia for structural funds EU. The aim of this project was not just the specific goal but also a support of the cooperation between universities, research and development organisations on the national and international level, the development of human resources and making the studies more

attractive by international cooperation with the aim of adaptation to the needs of the relevant educated society.

**Key words:** Care system. Geriatric nursing. Project.

**Adresa autorov:**

PhDr. Alena Uričková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Katedra ošetrovateľstva

Trnavská univerzita v Trnave

alena.urickova@truni.sk

**Adresa autorov:**

PhDr. Andrea Lajdová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Katedra ošetrovateľstva

Trnavská univerzita v Trnave

andea.lajdova@truni.sk



## MOŽNOST OBJEKTIVIZACE OPERAČNÍHO A POOPERAČNÍHO RIZIKA U GERIATRICKÉHO ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

Miroslav Ryska

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra ošetrovatel'stva

Podpořeno MO 1012.

Zvyšující se průměrný věk v ČR (u mužů 74,5 a u žen 80,5 roků, nyní 20 % obyvatelstva je starší 65 let) znamená zvyšující se počet geriatrických onkologických nemocných, u kterých je indikován chirurgický výkon jako nejefektivnější část léčby. Přitom 40 % velkých výkonů pro solidní maligní nádor je realizováno u pacientů > 70 let (1). Zlepšující se diagnostika, operační technika a zejména perioperační péče vede často k povědomí o medicíně schopné „zachránit každého“.

Jak je definován geriatrický pacient a co představuje ?

Podle „WHO classification for older people“ se jedná o nemocného staršího 65 let. U nemocných této skupiny je třeba očekávat ve srovnání s mladšími pacienty více komorbidit, tzv. „stařeckou křehkost“ definovanou jako – „loss of resources in several domains of functioning“ resulting in increased vulnerability to stressors (2) – a sníženou kapacitu imunitního systému čelit cizím mikroorganizmům – imunosenescenci (3).

K metodice hodnocení rizika perioperačního období u geriatrického onkologického nemocného lze zvolit resekční výkon pro karcinom pankreatu (CP) z následujících důvodů:

- 1 – jedná se o homogenní skupinu nemocných s předoperačně stanoveným stagingem onemocnění, resekce pankreatu je standardizována a jedná se o velký břišní výkon,
- 2 – postihuje většinou pacienty starší 65 let, průměrného věku 71,9 let (4), v ČR 64 let (44 – 89) (5), a je možné jednoduše srovnat věkové skupiny: < 65 vs. > 65,
- 3 – krátká doba přežívání umožňuje hodnotit cost/benefit, QoL a vliv frekvence výkonů, tj. HVC vs. LVC (high volume centers vs. low volume centers).

Získaná data prokazují signifikantně horší výsledky zdravotní péče pro skupinu nemocných starších 65 let a to z důvodů vyšších hodnot ASA, závažného kardiovaskulárního nálezu a anemie. Pro starší věkovou skupinu je signifikantně lepší BMI a operační čas (6).

**Závěry studií o riziku pacientů starších 65 let u operovaných pro CP je možné rozdělit na následující skupiny:**

- 1 – mortalita a morbidita je srovnatelná s mladšími pacienty (7),

2 – mortalita obdobná, morbidita je vyšší na vrub komorbidit (8, 9),

3 – mortalita i morbidita je vyšší, komplikace je nutné řešit co nejdříve, je nutné používat jednoduché testy hodnocení rizika (10, 11).

Stáří není nezávislým faktorem, který negativně ovlivňuje úmrtnost v souvislosti s velkým operačním výkonem.

**Hodnocení operačního rizika u nemocných starších 65 let indikovaných k velkým operačním výkonům – objektivní laboratorní a vyšetřující kritéria (12)**

1 – laboratorní údaje - hladina laktátu > 1,4 mol/l

- nutriční status – albumin < 3,3 g/dl

- Glasgow prognostic score

2 – odhad stavu periferní perfuze

- kapilární plnění (CRT)

- periferní perfúzní index (PPI)

- rozdíl teplot (forearm-to-fingertip body

temperature gradient –  $T_{\text{skin-diff}}$ )

**Vysvětlení:** 1 – Glasgow prognostic score – CRP, albumin, 2 – neutrofily/lymfocyty (NLR), 3 – trombocyty/lymfocyty (PLR)

**Současná praxe při hodnocení operačního rizika u nemocných starších 65 let indikovaných k velkým operačním výkonům:**

1 – provádí většinou anesteziolog pomocí ASA klasifikace,

2 – „biologické stáří“ se hodnotí většinou „pocitově“ (chirurg),

3 – objektivní hodnocení - nutriční stav

- zánětlivé markery (GPS)

- TNM klasifikace (nulový význam !!)

- komorbidita

4 – není jednotně definováno stáří (cut off - ?), není časově definována časná mortalita a morbidita,

5 – řada studií hodnotí výběrovou skupinu – bias !!

**Metoda Timed up and GO (TUG)**

Důvod k vytvoření této metody hodnocení pooperačního rizika geriatrického pacienta je následující:

- 1 - ASA klasifikace predikuje anesteziologické riziko veľkého operačného výkonu (13),
- 2 - ASA v predikci k riziku výkonu u geriatrického pacienta môže podať opačné hodnotení (14),
- 3 – doporučovaná metóda CGA – Comprehensive geriatric assessment – je pro chirurga časově velmi náročné (15).

#### **Použití metody TUG v klinické praxi**

- 1 – provedení - velmi jednoduché (16),
- 2 – hodnotení vyžaduje minimum času na ambulanci a je velmi jednoduché:

$$\leq 20 \text{ s.}$$

$$\geq 20 \text{ s.}$$

- 3 – TUG je vhodné spojit s klasifikací ASA a pooperačně s klasifikací komplikací dle Clavien - Dindo,
- 4 – metóda TUG je široce vyzkoušena - viz multivarianní analýza u 280 pacientů starších 70 let s provedeným velkým onkochirurgickým výkonem a hodnotením perioperačního rizika pomocí kombinace TUG + ASA (1).

#### **Závěr**

- 1 – Věk nad 65 let není kontraindikací k velkému operačnímu výkonu u nemocného se solidním maligním nádorem,
- 2 – Věk nad 65 let je spojen s vyšší mortalitou i morbiditou a to především ve spojení s vyšším výskytem pooperační sepse,
- 3 – V odhadu rizika před operací je vhodné využít kombinaci testu TUG (Timed up and go), ASA a nutričního statusu,
- 4 – v časném pooperačním období je vhodné sledovat hladinu laktátu (cutoff 1,4 mol/l) a údaje periferní perfuze,
- 5 – při pooperační komplikaci co nejdříve indikovat intervenci,
- 6 – vždy před operací zvážit reálný benefit operačního výkonu u konkrétního pacienta (predikce komplikace včetně délky hospitalizace, QoL, možnost alternativního paliativního postupu).

**Rozhodování v rámci multioborového týmu je pro léčebný úspěch zcela nezbytné.**

## **Literatura**

- Hiusman MG et al, Plos One 2014; 9:1
- Schuermans H et al, J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2004; 59: 962 – 965
- Pawelec G et al, J Leukoc Biol 1998; 64: 703 – 712
- Din NU et al, Plos One 2015; May 15
- Ryska M et al, Rozhl Chir, 2012; 90: 198-208
- Faraj W et al, WJSO 2013; 11: 131
- Sohn TA et al, J Gastrointest Surg 1998; 2: 207 – 218
- Schlottmann F et al, Cir Esp 2015; May 2
- Oliverius M et al, Pancreatology 2010
- Tamirisa NP et al, Ann Surg, 2015; Jan 5
- Ghaferi AA et al, Med Care 2011; 49: 1076 – 1081
- Martin HL, et al, Intern Med J 2014; 44: 676 – 682
- Owens WD et al, Anesthesiology 1978; 49: 230 – 243
- Dekker JW et al, Eur J Surg Oncol 2012
- Extermn M et al, J Clin Oncol 2007; 25: 1824 – 1831
- Podsiadlo D et al, J Am Geriatr Soc 1991; 39: 142 – 148.

## **NOVŠÍ TYP ENCEFALITÍDY – KAZUISTIKA**

Adriana Kršáková, Kristína Kutná

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavskej univerzity, Trnava

Infekčná klinika FN Trnava, FZaSP Trnavská univerzita

V praxi infektológa sa často riešia otázky porúch vedomia, nakoľko sa prvotne predpokladá meningitída alebo encefalitída. Diferenciálna diagnostika menovite encefalitídy je však široká a zahŕňa aj neinfekčné príčiny. V kazuistike sme chceli poukázať na to, že infektológ musí myslieť aj na iné a relatívne nové ochorenia, ktoré môžu imitovať infekciu, aby liečba bola úspešná. V našej kazuistike opisujeme prípad 25 ročnej pacientky prijatej na infektologické pracovisko pre akútne vzniknutú kvalitatívnu poruchu vedomia s nálezom seróznej formulky v likvore a supozíciou herpetickej encefalitídy. Ihneď bola zahájená komplexná liečba s podávaním acykloviru. Po konzultácii neurológa a psychiatra nevylučujeme ani diagnózu anti NMDAR /N-methyl –D- aspartat/ - typ glutamátových receptorov/ encefalitídy, autoimunitného ochorenia, známeho len od roku 2007, ktoré sa vyskytuje najmä u mladých žien, často spojeného s prítomnosťou ovariálneho teratómu. Ochorenie úvodne imituje psychózu, preto prvým diagnostikom býva obvykle psychiater. Do obdržania výsledku negativity z likvoru na HSV PCR metódou sme liečili acyklovirom, následne dľa odporúčania neurológa metylprednisonom. V likvore potvrdená pozitivita anti NMDAR protilátok, preto pacientka bola následne v starostlivosti neurológa a tam podávaná imunosupresívna liečba s dobrým efektom, úpravou stavu vedomia, správania aj poruchy reči. Pri kontrolnom vyšetrení s polročným časovým odstupom pacientka nemá žiadnu neurologickú symptomatológiu.

**Kľúčové slová:** encefalitída, NMDAR encefalitída, autoimunita

Ide o 25-ročnú doteraz zdravú pacientku prijatej s krátkou anamnézou kvalitatívnej poruchy vedomia v zmysle akútnej psychózy. Pacientka úvodne prijatá na Cerebrálnu JIS Neurologického oddelenia, kde pre bludnú produkciu realizované CT mozgu bez nálezu somatických zmien. Vzhľadom na negatívny lab. a CT nález a neprítomnosť meningeálnych príznakov bola preložená na Psychiatrické oddelenie ako akútne psychotická porucha. Pre agitovanosť pacientka tlmená haloperidolom, realizovaná dg. LP s nálezom mononukleárovej

pleiocytózy s normálnou proteinorachiou. Pre supozíciu encefalitídy, v.s. herpetickej, pacientka preložená na Infekčnú kliniku. Pri prijatí somnolentná, kvalitatívna porucha vedomia, na otázky neodpovedá, len prikyvuje hlavou, afebrilná. Po zhodnotení klinického obrazu a likvorového nálezu sme pri supozícii herpetickej encefalitídy indikovali antivírusovú liečbu acyclovikom, antiedematóznou a symptomatickú liečbu, pacientka monitorovaná. Pre výrazný nekľud napriek tlmeniu pacientky tiapridalom sme intermitentne podávali diazepam, oxygenácia v norme. Realizovali sme MRI mozgu s normálnym nálezom, EEG ťažšie hodnotiteľný, zdá sa bez špecifických grafoelementov. Po obdržaní negatívneho výsledku PCR na HSV 1 v likvore sme liečbu acyklovikom na 7.deň ukončili. V rámci diferenciálnej diagnostiky po konzultácii psychiatra a neurológa sme uvažovali aj o **antiNMDAR encefalitíde**. V rámci pátrania po paraneoplastickej etiológii stavu sme doplnili CT vyšetrenie hrudníka, brucha a MP, kde je nález až na heterogénnu štruktúru cervixu a stredný objem tekutiny v MP negatívny. Gynekologické vyšetrenie patológiu na krčku nepotvrdilo. Stav vedomia sa postupne prejasňoval, správanie však kolísavé. Kontrolná LP s nálezom Mono o polovicu nižších. Do liečby sme pridali nootropiká, myorelaxans pre bolesti sánky s dobrým efektom, traumatológom verifikovaná luxácia sánky. Kontrolné NMR mozgu s negatívnym nálezom. Sérologicky vylúčená kliešťová encefalitída, borelióza, enterovírusová infekcia. Konzultovaný neurológ s nálezom spastickej ataktickej monoparézy PHK, kvalitatívnej poruchy vedomia, v.s. encefalitída na autoimunitnom podklade, dľa odporúčenia sme podávali pulznú liečbu metylprednisolonom, efekt liečby po 3 dňoch nejdenoznačný. Následne pacientka kľudná, miestami mutistická. Po obdržaní výsledku antiNMDAR protilátok ++ z likvoru pacientka preložená na Neurolog. Oddelenie, kde podávaná imunosupresívna liečba metylprednisolonom, prednisonom, azatioprinom, podávaný intravenózný imunoglobulín. Plazmaferéza pre nespoluprácu pacientky a zlý venózný prístup nerealizovaná. Kontrolné zobrazovacie vyšetrenia - MRI, USG stacionárne, EEG bez jednoznačného patologického nálezu. Stav vedomia a správanie postupne upravené, pretrvávala poruchy reči, ktorá sa po logopedickej intervencii zlepšovala. Pacientka naďalej v dispenzári neurológa na imunosupresívnej liečbe, opätovne zaradená do bežného života.

**Kontakt:**

adriana.krskova@truni.sk

## **VÍZIA FORENZNÉHO OŠETROVATEĽSTVA V PRAXI**

Beáta Grešš Halász, Ľubomíra Tkáčová,

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

### **Abstrakt**

Úvod: Nová, moderná špecializácia v odbore ošetrovatel'stvo- forenzné ošetrovatel'stvo- predstavuje prepojenie ošetrovatel'skej vedy s právnym systémom, kde sestra s takouto špecializáciou poskytuje komplexnú starostlivosť obetiam zneužívania a násilia. Následne poskytuje dôkazy a svedectvá využívané v súdnych sporoch pri dokazovaní viny páchatel'a. Historicky sa forenzné ošetrovatel'stvo objavilo v sedemdesiatych rokoch minulého storočia ako „unikátna“ špecializácia (Karkošková, 2016).

Jadro: Rola forezného ošetrovatel'stva spočíva v pomoci obetiam násilia a zneužívania prepojením ošetrovatel'skej starostlivosti s právom pri výkone spravodlivosti. Jej mimoriadne uplatnenie je najmä v komunite. Vzdelanie zahŕňa orientáciu v právnom systéme zameraného na identifikáciu ujmy na zdraví v rámci posudzovania a následnom poskytnutí pomoci a asistencii takouto sestrou. Oblasti, v ktorých sa forenzné ošetrovatel'stvo uplatňuje, sú situácie súvisiace s domácim násilím, sexuálnym násilím, napadnutím, zneužitím, zanedbaním, vyšetrovaním smrti, hromadných nešťastí a podobne. Forenzné ošetrovatel'stvo má nezastupiteľnú úlohu v prevencii (Lynch a Duval, 2010). Konceptuálny model Royovej- adaptačný model- bol odborníkmi zvolený ako najvhodnejší pri posudzovaní klientov vzhľadom k jeho vnímaniu osoby ako bio- psycho- sociálnej bytosti v neustálej interakcii s meniacim sa prostredím. Samotný ošetrovatel'ský proces tvorí tiež rámec pokynov pre vzdelávanie forezných sestier (IAFN, 2015).

Kategórie zamerania vo foreznom ošetrovatel'stve (Lynch a Duval, 2010): a) SANE- Sexual Assault Nurse Examiner (sestra forezného ošetrovatel'stva- vyšetrovatel'ka sexuálneho napadnutia), b) FNDI- Forensic Nurse Death Investigator (sestra forezného ošetrovatel'stva- vyšetrovatel' okolností smrti), c) IPVNE- Intimate Partner Violence Nurse Examiner (sestra forezného ošetrovatel'stva- vyšetrovatel'ka intímneho partnerského násilia)

Záver: Vo všeobecnosti, úlohou ošetrovatel'stva je pomoc jednotlivcom, rodinám, komunitám pri uspokojovaní ich bio- psycho- sociálnych a spirituálnych potrebách. Forenzné ošetrovatel'stvo umožňuje špecifické zameranie sa na posúdenie a pomoc obetiam násilia

a zanedbávania. Má v mnohých situáciách tiež nezastupiteľnú úlohu pri riešení a dokazovaní skutkov.

### **Abstract**

Introduction: New, modern specialization in the nursing field - forensic nursing- is linking nursing with a legal system where such nurse with specialization is providing comprehensive care to victims of abuse and violence. Subsequently, he/she provides evidence and testimony in courts to prove guilt of the perpetrator. Historically, forensic nursing appeared in the seventies of the last century as a "unique" specialty (Karkošková, 2016).

Core: The role of forensic nursing is to help victims of violence and abuse by linking nursing care with the law in the administration of justice. Primarily, its use is in the community. Education includes orientation in the legal system focusing on injury identification within assessment, and the subsequent care and assistance by a nurse. Forensic nursing applies to situations related to domestic, sexual violence, assault, abuse, neglect, death investigation, and mass disasters. Forensic nursing has an irreplaceable role in prevention (Lynch and Duval, 2010). The Roy's conceptual model - adaptation model- was selected as the most suitable one in the assessment of clients due to its perception of the person as a bio-psycho-social being in a constant interaction with the changing environment. The actual nursing process also forms the framework guidelines for training forensic nurses (IAFN, 2015).

Categories in forensic nursing (Lynch and Duval, 2010): a) SANE- Sexual Assault Nurse Examiner, b) FNDI- Forensic Nurse Investigator Death, c ) IPVNE- Intimate Partner violence nurse Examiner.

Conclusion: In general, the role of nursing is to help individuals, families and communities in meeting their bio-psycho-social and spiritual needs. Forensic nursing enables specific focus on assessment and assistance to victims of violence and neglect. Has in many situations also It also has an irreplaceable role in solving and proving actions.

### **Zoznam literatúry:**

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



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

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

**Kontaktná adresa:**

PhDr. Beáta Grešš Halász

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Bratislava

Email: beahalasz@yahoo.com

Tel: +421(904)111162

## **VÍZIE A NAPREDOVANIE V ANESTÉZIOLOGII A INTENZÍVNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI**

<sup>1,4</sup>Andrea Bratová, <sup>2,4</sup>Helena Gondárová – Vyhničková, <sup>3,4</sup>Milan Laurinc

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

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

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

<sup>4</sup>Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

### **Abstrakt**

Efektívna medicínska a ošetrovateľská starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre sestry a zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť k zlepšeniu bezpečnosti, starostlivosti, spolupráce. Zároveň však môžu významne zlepšiť stav u pacientov, hlavne v intenzívnej starostlivosti a vedú k inovácii. Nespolupráca vedie i k rôznym nákazám, ktoré predstavujú medicínsko, ekonomicko, spoločenský problém. Inovátorstvo, zmeny v napredovaní ošetrovateľskej praxi ovplyvňujú taktiež spôsobilosť špecializovaných sestier v odbore anestéziológie a intenzívnej starostlivosti v krajinách celého sveta. V SR je veľmi veľkou podporou pre profesiu sestra sústreďenie v organizácii Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek. Benefitom je, že môžeme napredovať vo vzdelávaní na všetkých úrovniach; profesionálne sa stretávať a sústavne sa vzdelávať, bojovať za zlepšenie našich požiadaviek, v rámci členstva máme i bezplatné právne poradenstvo. V rámci prezentácie profesie sa angažujeme v rozmanitých oblastiach spoločenského a kultúrneho života. V profesii sestra je možné získať za aktivitu a činnosti ocenenie Biele srdce. Globalizácia má v ošetrovatel'stve a medicíne množstvo fungujúcich i novovytvorených možností na spoluprácu, možností na zveľad'ovanie starostlivosti o pacientov.

**Kľúčové slová:** Sestra. Lekár. Anestéziologická a intenzívna ošetrovateľská starostlivosť. Vízie.

**Kontaktná adresa autora:**

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra  
ošetrovatel'stva

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

## **NOZOKOMIÁLNA NÁKAZA NA KAIM**

<sup>1,4</sup>Andrea Bratová, <sup>2,4</sup>Helena Gondárová – Vyhničková, <sup>3,4</sup>Milan Laurinc

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

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

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

<sup>4</sup>Sekcia sestier pracujúcich v anestéziológii a intenzívnej starostlivosti, SK SaPA

### **Abstrakt**

Nozokomiálne nákazy predstavujú medicínsko, ekonomicko, spoločenský problém. V oblasti zdravotníctva najviac zasahujú nozokomiálne nákazy pacientov, sestry, lekárov a predstavujú viacero otázok i problémov, vyžadujú rôzne spôsoby ich riešenia a liečby. Kvalita podávaných a získaných informácií pri nozokomiálnych nákazách je jednou z kľúčových úloh v zdravotníctve. Pacienti prichádzajú do zdravotníckeho zariadenia s dôverou v zdravotníkov a ich schopnosti, je našou povinnosťou konať tak, aby sme neohrozili ich životy a zdravie. Dôležitou súčasťou pri starostlivosti o pacientov zohráva vzdelávanie a edukácia, ktoré môžu významne pomôcť v napredovaní starostlivosti a pri liečbe. Viaceré zdravotnícke zariadenia sa riadia vlastnými protokolmi preventívnych opatrení v súlade s medicínou založenou na dôkazoch. Vzostup pri nozokomiálnych nákazách je možné zamedziť implementáciou programov prevencie, ktoré sa skladajú z pilierov, ako: dodržiavanie preventívnych antiinfekčných opatrení. Edukácia. Dohľad nad klinickým výsledkom každého zahrnutého pacienta. Procesný dohľad. Spätná väzba incidencie nákaz. Spätná väzba antiinfekčných opatrení. Dôkladná medicínska a ošetrovatel'ská starostlivosť, vzdelávanie, výchova, výučbové programy pre zdravotníckych pracovníkov, môžu významne napomôcť v prevencii nozokomiálnych nákaz a tým zlepšiť stav u pacientov i zlepšiť starostlivosti o pacientov.

**Kľúčové slová:** Nozokomiálna nákaza. Sestra. Pacient. Intenzívna ošetrovatel'ská starostlivosť. KAIM.

**Kontaktná adresa autora:**

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra  
ošetrovatel'stva

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

## **ETICKÉ DILEMY V PRÁCI SESTIER VO FN TRNAVA**

Lajdová Andrea, Botíková Andrea

Trnavská univerzita, fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra ošetrovatel'stva

Kľúčové slová: etické dilemy, sestry, zmennosť, záťaž, konflikt.

### **Úvod**

Príspevok prináša teoreticko-praktickú reflexiu etických dilem v práci sestier. Etická dilema predstavuje riešenie konfliktov medzi etickými prioritami (napr. etickými princípmi). Vzniká situácia nepríjemnej voľby medzi dvoma morálnymi povinnosťami a preto sme nútení jednu z nich porušiť.

Etická dilema musí spĺňať tieto podmienky:

1. existujú rôzne možnosti konania/správania,
2. rozhodnutie, ktoré konanie/správanie je v danej situácii najlepšie,
3. uvedomenie si skutočnosti, že neexistuje ideálne riešenie.

Sestry sa môžu stretávať vo svojej praxi s veľkým množstvom etických dilem, čo súvisí s vysokou každodennou variabilitou vznikajúcich situácií v profesijnom prostredí. Vznikajú nielen počas vzájomnej interakcie sestra - pacient - rodinní príslušníci, alej aj sestra - sestra, sestra - iní zdravotnícki pracovníci, nadriadení, zamestnávateľ. Vznik dilematických situácií môže úzko súvisieť s konfliktami záujmov ([www.prohuman.sk](http://www.prohuman.sk)).

Presný návod, ako riešiť etickú dilemu neexistuje, napriek tomu, že mnohé situácie etickej povahy sú podobné, ale zároveň jedinečné, súvisiace s odlišným prostredím, osobami, charakterom a organizáciou práce, pracovným prostredím a podobne. Práve preto nie je možné ponúknuť sestrám presný návod na ich riešenie. To, ako sa sestra rozhodne v danej situácii, závisí na jej osobnosti (charakterových a povahových vlastnostiach, zrelosti osobnosti), praktických zručnostiach a vedomostiach.

### **Jadro**

Ak by sme chceli definovať, ktoré etické dilemy najčastejšie sestry riešia, uvedieme príklad kvantitatívnej výskumnej štúdie, zameranej na zistenie, akým typom etických dilem sa vo svojej práci sestry najčastejšie stretávajú a akým spôsobom tieto situácie riešia. Keďže išlo o štúdiu s nízkym počtom respondentov (n= 32), výsledky nie sú generalizovateľné. Napriek tomu si dovoľíme uviesť zaujímavé fakty. Posúdiť, či sestry riešia etické dilemy je ťažké, lebo

ony samy často nevedia určiť, čo to etická dilema je. Vychádzali sme z poznatku, ktorý uvádza Nemčeková (2008), že "za samotný morálny problém sestry najčastejšie označovali takú udalosť, v ktorej je nevyhnutné sa rozhodnúť, najčastejšie v súlade so svojim svedomím, menej už v súlade s profesijnou etikou a dodržiavaním pravidiel". Preto sme vo výskumných otázkach definovali faktory, ktoré môžu viesť ku vzniku etických dilem. Zisťovali sme, čo predstavuje pre sestru záťaž a konflikt, ako hodnotia kvalitu vzťahov na pracovisku (S-S, S-L, S-nadriadený, S-iní ZP), ako rešpektujú princíp spravodlivosti vo vzťahu k pacientom, ako hodnotia spôsoby riešenia konfliktov na pracovisku. Z výsledkov štúdie vyplynulo, že, sestry pociťujú ako záťaž nedostatok pracovných pomôcok, zmennosť, počet služieb za mesiac (nadčasy) a nutnosť vykonávať práce za iných zdravotníckych pracovníkov (sanitárov). Väčšina sestier by svoje povolanie vymenila z dôvodu finančného hodnotenia a nedostatočného morálneho ocenenia. Najviac konfliktov riešia s pacientmi, menej medzi sebou, nadriadenými a inými zdravotníckymi pracovníkmi. Etickú dilemu **nedostatku pracovných pomôcok** vidíme najmä v rozpore s etickým princípom non-maleficiencie a dodržiavaním ošetrovateľských štandardov. Riešením tejto etickej dilemy je improvizácia a hľadanie ošetrovateľských postupov tak, aby sestra pacienta nepoškodila. **Zmennosť** môže zohrať úlohu v negatívnom zmysle pri riešení inej pracovnej ponuky, v narušení cirkadiálneho rytmu, metabolizmu, pričom hrozí riziko vzniku kardiovaskulárnych chorôb, cukrovky, obezity, trávaicich ťažkostí, porúch spánku, syndrómu vyhorenia atď. Aj keď v podstate tento faktor nemôžeme považovať za relevantný v súvislosti s etickými dilemami, pretože s ním musí sestra počítať už pri výbere svojho povolania. **Počet služieb za mesiac** predstavuje etickú dilemu vo vzťahoch na pracovisku v zmysle hroziaceho konfliktu navzájom medzi sestrami, sestrami a nadriadenými, pretože ako zo skúseností vieme, nejde tu len o počet služieb (nadčasov), ale aj ich finančné hodnotenie, či udelenie náhradného voľna, ktoré sa na mnohých pracoviskách nerešpektujú. Okrem toho sú sestry ohrozené syndrómom vyhorenia a ako vieme, preventívne opatrenia v tejto oblasti v zdravotníckych zariadeniach prakticky neexistujú. Celá problematika tiež súvisí s poddimenzovanosťou sestier na pracoviskách a ich fluktuáciou najmä vo väčších mestách. Nedostatok zdravotníckeho personálu označila WHO v roku 2006 za jednu z prioritných oblastí riešenia. **Vykonávanie práce za iných zdravotníckych pracovníkov** môže viesť ku konfliktom na pracovisku, nerovnomernému pracovnému zaťaženiu zamestnancov, vykonávaniu činností nad rámec ich povinností a pod. Ako morálnu dilemu môže v tomto prípade sestra riešiť, ako má vyjadriť svoju nespokojnosť s vykonávaním tejto práce tak, aby si nepohnevala svojho nadriadeného.

Medzi ďalšie morálne dilemy, s ktorými sa v praxi sestra stretáva môžu byť mobing na pracovisku, prekračovanie kompetencií sestier, ignorácia ošetrovateľskej dokumentácie inými členmi zdravotníckeho tímu, atmosféra medzi členmi tímu ohováraním, nerešpektovanie výhrad svedomia sestry, možnosť zvýšenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti verus neochota sestier k zmene, nedostatočná ochrana osobných údajov pacienta, nedodržanie mlčanlivosti v komunikácii s rodinou bez vedomia pacienta a mnohé ďalšie (Nemčeková, 2008).

### **Záver**

Niektorí autori sa pokúsili uviesť návody na riešenie etických dilem, ktoré by mohli pomôcť sestrám pri rozhodovaní v zložitých situáciách:

#### **1. Identifikácia**

- problému (dilemy),
- účastníkov, ktorých sa bude rozhodnutie týkať,
- možností realizácie konania a z neho vyplývajúcich následkov,

#### **2. Skúmanie:**

- etických kódexov a platnej legislatívy,
- osobných hodnôt,
- kolektívnej konzultácie problému (dilemy)

#### **3. Rozhodnutie, kt riešenie prinesie viac prospechu,**

#### **4. Zdokumentovanie rozhodnutia, pripravenosť na zdôvodnenie dôsledkov rozhodnutia,**

#### **5. Zodpovedanie otázky o spokojnosti s vlastným rozhodnutím - ztotožnenie sa s ním, čo nazývame morálna integrita sestry (Nemčeková, 2008).**

Na záver dodávame, že všetky etické dilemy sú riešiteľné, ak na pracovisku prevládajú dobré medziľudské vzťahy, vzájomná pomoc a princípy solidarity.

### **Literatúra:**

GLASA, J - GLASOVÁ, H. 2014. Farmakoeconomika a etika v onkológii: etické dilemy a možnosti ich riešenia. In: Onkológia [online]. 2014, 9, 1 [cit. 2015-02- 15]. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/d0791bfa9ecec4b7568472914a30a832.pdf>



- Mojtová, M., Mátel, A., Sedlárová, K.: Aktuálne etické dilemy v paliatívnej starostlivosti. In: Prohuman, [online], cit.: 26.8.2016, dostupné na internete: <http://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/aktualne-eticke-dilemy-v-paliativnej-starostlivosti>
- NEMČEKOVÁ a kol. 2008. Etika v ošetrovatel'stve. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. 141 s. ISBN 978-80-8068-812-7.
- ŠOLTÉS, L. 2008. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. 256 s. ISBN: 80-8063-287-8.

## **POSUDZOVANIE SPIRITUALITY V OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI**

Alena Uričková,

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovatel'stva

### **Súhrn:**

Starat' sa o spirituálne potreby pacienta nebolo v minulosti v záujme zdravotníckych pracovníkov. Až v neposlednom čase sa duchovná problematika začína dostávať do popredia, čo súvisí s rastúcou snahou zdravotníckych zariadení zaznamenávať spirituálnu anamnézu a skvalitňovať starostlivosť o pacientov. Kutnohorská (2007) hovorí, že sme si „zvykli umierať na niečo, nie preto, že sme smrteľný“. Zabúdame na to, že pacient je bytosť, ktorá ma dušu, trpí strachom, úzkosťou, osamelosťou, kladie si otázky, na ktoré nevie odpovedať. Faktom zostáva, že spiritualita patrí k životu každého človeka. Príspevok sa zaoberá tézou spirituálnych potrieb pacienta pri poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti. Vysvetľuje spiritualitu a definuje základné spirituálne potreby. Poukazuje na problematické situácie medzi pacientom a sestrou, ktoré vznikajú často krát preto, lebo nie každá sestra pozná rozdiely pri poskytovaní ošetrovatel'skej starostlivosti v jednotlivých kultúrach a komunitách. Autorka prezentuje štandardizované a validované prostriedky, ktoré by zdravotníckemu personálu mali uľahčiť prácu pri získavaní spirituálnej anamnézy a pomôcť sestrám pri napĺňaní spirituálnych potrieb pacientov. Príspevkom autorka pripomína, že potreby človeka sa v priebehu choroby menia. V neposlednom rade by sme mali myslieť aj na to, že spiritualita, či už si to uvedomujeme, ale často aj nie, zohráva významnú úlohu nielen v živote človeka veriaceho, ale aj človeka neveriaceho.

**Kľúčové slová:** Spiritualita. Sestra. Posudzovanie.

### **Adresa autora:**

PhDr. Alena Uričková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,

Katedra ošetrovatel'stva

Trnavská univerzita v Trnave

[alena.urickova@truni.sk](mailto:alena.urickova@truni.sk)