

Nové trendy v ošetrovatel'stve II.

zborník vedeckých prác z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou



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



Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích,
Zdravotně sociální fakulta



Univerzita Palackého
v Olomouci, Fakulta
zdravotnických věd



Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



Trnavský samosprávny kraj



Mesto Trnava

Nové trendy v ošetrovatel'stve II.

s tematickým zameraním

Gerontologické ošetrovatel'stvo

Výskum v ošetrovatel'stve a v ošetrovatel'skej praxi

22.10. 2015 Trnava

zborník vedeckých prác z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

Recenzenti:

Doc. PhDr. Jana Otrubová, PhD.

PhDr. Melanie Beťková, PhD.

Editori:

Doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.

Doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

ISBN 978-80-8082-864-6

EAN 9788080828646

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

BEZPEČNÁ MANIPULACE A ZACHÁZENÍ SE ZDRAVOTNICKOU TECHNIKOU JAKO SOUČAST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	
Pokojová, R., Bártlová, S.....	4
ZÁKLADNÍ VÝKONY VE ZDRAVOTNICTVÍ - INOVOVANÁ VÝUKA PROPOJUJÍCÍ MEDICÍNU S OŠETŘOVATELSTVÍM	
Pospíšilová, J., Ivanová, K., Aplová, V.....	11
EDUKÁCIA A JEJ VÝZNAM V LIEČBE SENIOROV S OČNÝMI CHOROBAMI	
Zrubáková, K., Brziaková, Z.	17
KVALITA ŽIVOTA V SÚVISLOSTI S DEPRESIOU A ROZVOJOM OSOBNOSTI SENIOROV V INŠTITUCIONÁLNO M ZARIADENÍ	
Jakobejová, J., Ilievová, L.	27
SYNDROM VYHOŘENÍ U OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU PRACUJÍCÍCH V DOMOVECH PRO SENIORY	
Haluzíková, J., Byrtusová, G.....	40
NEFARMAKOLOGICKÝ PRÍSTUP K PREVENCI KARDIOVASKULÁRNÝCH OCHORENÍ U ŽIEN VO VYŠŠOM VEKU	
Labudová, M., Ďurinová, E., Šimonová, M.	46
HODNOTENIE VÝSLEDKOV PREDIKTÍVNEHO SKÓROVACIEHO SYSTÉMU APACHE II U GERIATRICKÝCH PACIENTOV V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI	
Doktorová, G., Boroňová, J.....	51
MOŽNOSTI PREVENČIE INFEKČIE U SENIOROV	
Kršáková, A.	59
VYCHÁDZAJÚCI HORIZONT	
Bratová, A., Letanovský, P., Vago, J., Szalmová, O., Vagová, J.....	65
RIZIKÁ PÁDOV U GERIATRICKÝCH PACIENTOV	
Botíková, A., Dziacka, A., Martinková, J., Ofčarovičová, V.....	68
PREJAVY ELDER SPEAKU V OŠETROVATELSKEJ PRAXI	
Kabátová, O.	76

**BEZPEČNÁ MANIPULACE A ZACHÁZENÍ SE ZDRAVOTNICKOU TECHNIKOU
JAKO SOUČAST OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**
**SAFE HANDLING AND TREATMENT OF MEDICAL TECHNOLOGY AS PART
OF THE NURSING CARE**

Radka Pokojová¹, Sylva Bártlová²

¹Vojenská nemocnice Brno

²Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta, České Budějovice

Úvod

Systémy hlášení nehod a chyb jsou základní součástí jakéhokoli systému řízení kvality a bezpečí. Efektivita je zajištěna především identifikací rizikových oblastí a stanovením konkrétních indikátorů. Na základě jejich soustavného sledování a vyhodnocování je možné včas přijmout a realizovat preventivní opatření. Různé chyby (jako jsou například nepozornost, omyl nebo porušení pravidel) mají různé vyvolávající příčiny a k jejich nápravě je nutné použít rozličných nástrojů řízení rizik. Úspěšnost managementu v řešení rizik závisí zejména na zavedeném systému monitorování a vyhledávání činitelů spojených se vznikem dokonaných nebo nedokonaných pochybení. Systém by měl umožnit důvěrné nebo anonymní hlášení. Svá negativa s sebou přináší mimo řady dalších faktorů také přístrojová technika. Jak nakládat s moderními přístroji vymezuje zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, kde je stanoveno, jak předcházet nežádoucím příhodám při používání přístrojové techniky, spolu s opatřeními zajišťujícími bezpečnost zdravotnických prostředků, a jak postupovat v případě jejich vzniku. Účelem tohoto zákona je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby nedošlo k poškození zdraví lidí. K selhání v oblasti zdravotnických prostředků a podpůrných technologií přispívá jejich nesprávné používání, nedostatečné proškolení personálu, nedostatečná kontrola a údržba či neodborné zásahy, aj.

Soubor a metody

Do výběrového souboru všeobecných sester byly dle potřeb projektu a metodiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR zařazeny všeobecné sestry, pracující ve směnách na lůžkových odděleních nemocnic. Celkem výběrový soubor tvořilo **772** všeobecných sester. Při konstruování výběrového souboru byl za základní ukazatel reprezentativnosti vzat počet

všeobecných sester v jednotlivých krajích ČR. Kraje byly definovány na základě administrativního členění platného od 1. 1. 2001. V rámci výzkumu byly osloveny všeobecné sestry ze všech krajů ČR, přičemž jejich zastoupení odpovídá struktuře základního souboru. Lze konstatovat, že odchylka od základního souboru nepřesahuje v případě členění dle krajů 0,3 %. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska jednotlivých krajů.

Tabulka č. 1 – Složení výběrového souboru všeobecných sester dle krajů

KRAJ	A	%	ODCHYLKA
PRAHA	139	18,0	0,0
STŘEDOČESKÝ	62	8,0	-0,3
JIHOČESKÝ	42	5,4	+0,1
PLZEŇSKÝ	45	5,8	+0,1
KARLOVARSKÝ	24	3,1	+0,1
ÚSTECKÝ	54	7,0	-0,1
LIBERECKÝ	28	3,6	+0,1
KRÁLOVÉHRADECKÝ	43	5,6	+0,2
PARDUBICKÝ	34	4,4	+0,2
VYSOČINA	36	4,7	0,0
JIHOMORAVSKÝ	94	12,2	+0,2
OLOMOUCKÝ	46	6,0	-0,2
ZLÍNSKÝ	38	4,9	-0,1
MORAVSKOSLEZSKÝ	87	11,3	-0,1

Zdroj: Všeobecné sestry v nemocnicích ČR. Stav k 31.12 .2011. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky 2013.

Dalším znakem sociodemografického charakteru, který byl určen jako reprezentativní, byl věk všeobecné sestry.

Tabulka č. 2 – Složení výběrového souboru všeobecných sester dle věku

VĚK	A	%	ODCHYLKA
18 – 29 LET	136	17,6	+0,1
30 – 49 LET	422	54,7	+0,4

50 A VÍCE LET	214	27,7	- 0,5
----------------------	-----	------	-------

Zdroj: Všeobecné sestry v nemocnicích ČR. Stav k 31. 12. 2011. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky 2013.

Ze struktury výběrového souboru dle věku vyplývá, že odchylka od základního souboru nepřevyšuje v jednotlivých věkových kategoriích 0,5 %. Závěry výzkumu jsou reprezentativní pro všeobecné sestry České republiky z hlediska věku.

Ostatní sledované znaky nebyly určeny jako reprezentativní, neboť v rámci informačních systémů v ČR nejsou vedeny jiné údaje o základním souboru všeobecných sester. Přesto jsou charakteristiky výběrového souboru uváděny, neboť umožňují soubor lépe popsat. Statisticky významné souvislosti, které byly v rámci testování těchto znaků zjištěny, je však třeba interpretovat jako tendence.

Mezi základní demografické charakteristiky výběrového souboru, které byly v rámci výzkumu sledovány, patří spolu s věkem též pohlaví respondentů, vzdělání sester, délka výkonu praxe, typ zdravotnického zařízení, ve kterém sestra pracuje a její konkrétní pracoviště.

Realizace zjišťování názorů sester probíhalo kvantitativním šetřením, technikou řízených rozhovorů. Sběr dat byl realizován prostřednictvím tazatelské sítě Agentury INRES. Do výzkumu bylo zapojeno 216 tazatelů z celé České republiky, kteří byli před zahájením výzkumu podrobně instruováni.

Statistické zpracování dat bylo provedeno programem statistické analýzy sociálních dat SASD, verze 1. 4. 10. Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě (χ^2) a dalších testovacích kritérií (dle charakteru znaků).

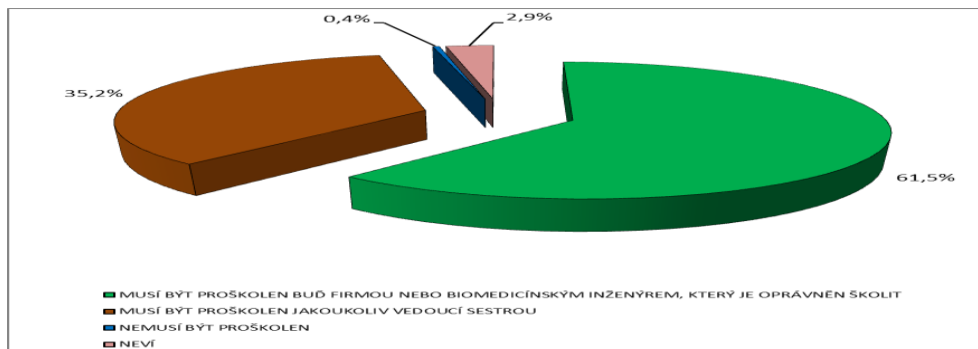
Výsledky

Jedna z oblastí, týkající se bezpečnostních cílů v rámci ošetrovatelské praxe, byla zaměřena na bezpečnou manipulaci se zdravotnickou technikou. Byla testována znalost požadavků na pracovníky, kteří pracují se zdravotnickou technikou a informovanost o hlavních bezpečnostních rizicích při nakládání s kyslíkem.

Většina všeobecných sester (61,5%) je toho názoru, že každý zaměstnanec pracující se zdravotnickou technikou musí být proškolen buď firmou nebo biomedicínským inženýrem, který je oprávněn školit. Menší část (35,2%) se domnívá, že postačí proškolení jakoukoliv vedoucí sestrou. Odpověď na tuto otázku nezná 2,9% všeobecných sester.

Graf č. 115 – Příprava zaměstnanců pro zacházení se zdravotnickou technikou

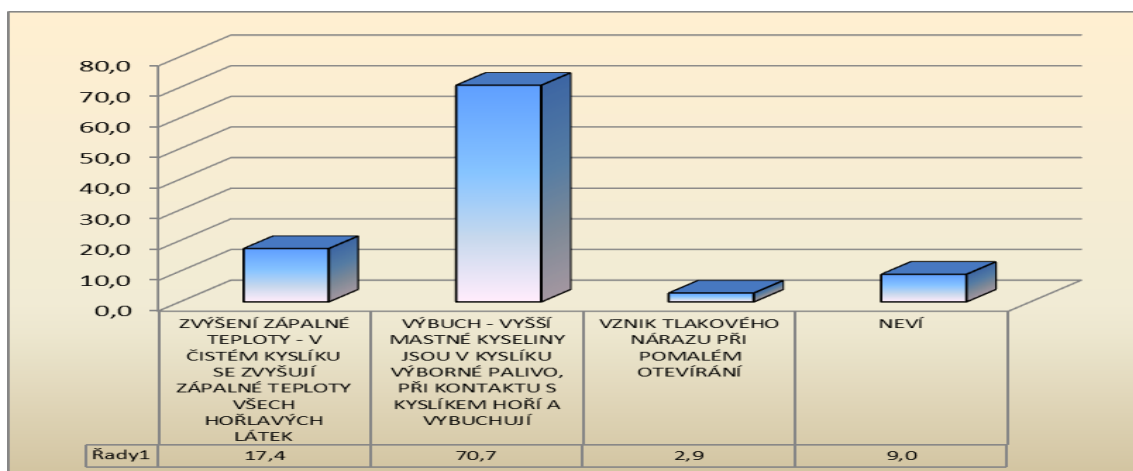
N = 770



Nebyly identifikovány žádné statisticky významné vazby mezi tímto ukazatelem a sledovanými sociodemografickými znaky. Rozdělení, zjištěné pro celý soubor je platné i v jeho jednotlivých částech, členěných dle sledovaných sociodemografických znaků.

Posledním ukazatelem, sledovaným v rámci výzkumu všeobecných sester, byla informovanost o hlavních bezpečnostních rizicích při nakládání s kyslíkem. Největší část (70,7%) sester se domnívá, že hlavní riziko spočívá ve výbuchu v důsledku toho, že vyšší mastné kyseliny při kontaktu s kyslíkem hoří a vybuchují. Menší část (17,4%) všeobecných sester spatřuje hlavní riziko ve zvýšení zápalné teploty proto, že v čistém kyslíku se zvyšují zápalné teploty všech hořlavých látek. Odpověď „nevím“ zvolilo 9,0% všeobecných sester.

Graf č. 116 – Hlavní bezpečnostní rizika při nakládání s kyslíkem **N = 764**



Analýzy realizované na základe druhého stupne triedení neprokázaly statisticky významné odlišnosti v odpovediach všeobecných sester, členených dle sledovaných sociodemografických znakov.

Diskuse

Jednou z najvýznamnejších organizácií, ktorá sa zaoberá problematikou nebezpečí spôsobených zdravotníckou technikou je Emergency Care Research Institute (ECRI). Inštitút na základe hlásení nežádoucích udalostí vydáva každoročne zoznam Top 10 nebezpečí zdravotníckych technológií. (Top 10 Technology Hazards for 2015)

V dubnu roku 2013 Sentinel Alert Event, Joint Commission citoval 98 udalostí súvisiacich s alarmy klinických zariadení nahlásenými během 3,5 letého obdobia. 80 z týchto udalostí malo za následok úmrtie pacienta a 13 z nich vyústilo v trvalou ztrátu funkcie. (JCI, 2013)

Zprávy o požároch spôsobených zdravotníckymi prístrojmi nejsou běžné. Vyskytnou-li se ovšem takové požáry ve zdravotnickém prostředí, mohou mít tragické následky.

Z hlediska nebezpečí požáru se mimo jiné klade důraz na odolnost vůči nešetrnému zacházení s přístrojem, které by mohlo být příčinou. I zde je pak nutné zvláštní pozornost věnovat možné přítomnosti atmosféry obohacené kyslíkem, která zvyšuje pravděpodobnost vznícení mnoha látek. (Vejrosta, 2001)

Láhve, které obsahují těkavé roztoky (např. alkohol, aceton) by měly být uzavřeny nebo co nejdříve po použití odstraněny ze sterilního prostoru. Další faktory, které zvyšují riziko vzniku požáru jsou prostředky pro dezinfekci kůže na bázi alkoholu, tyto jsou velmi hořlavé pokud jsou mokré. (Guidance, 1992)

FDA vydala veřejné zdravotní doporučení, které se zaměřuje na prevenci úmrtí a poranění pacientů v důsledku pochybení při podávání medicínských plynů. Tato doporučení vychází ze skutečnosti, že ve většině případů byly pacientům podávány místo kyslíku jiné, nesprávné plyny. Taktéž popisuje opakující se chyby způsobené nedostatečným proškolením pracovníků, kteří zajišťovali zapojení plynu do rozvodných systémů a pečlivě neprozkoumali etikety na plynových zásobnících (Preventing Surgical Fires FDA Safety Communication, 2011).

Závěr

Bezpečná manipulace se zdravotníckou technikou a bezpečnostní rizika při nakládání s medicínami plyny v rámci ošetrovateľskej praxe spolu úzce súvisí. Preto, že hlásení

nežádoucích událostí v uvedených oblastech není běžné, je třeba, aby personál na všech úrovních byl pravidleně proškolen a aby management zdravotnických zařízení netoleroval porušování pracovních povinností, bezpečnostních protokolů a prováděcích předpisů. Vědeckotechnický rozvoj přináší stále nová rizika plynoucí z používání moderních technologií, se kterými je třeba počítat. Plánované, systematicky měřené a vyhodnocované indikátory rizik přináší pozitivní výsledky v oblasti bezpečnosti pacienta při poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkum byl realizován za podpory Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci projektu reg. č. NT 14133 s názvem „Zvyšování bezpečnosti ošetrovatelské péče“.

Použitá literatura:

1. A complimentary publication of Issue 50, April 8, 2013 The Joint Commission Sentinel Alert Event, Joint Commission Medical device alarm safety in hospitále, Dostupné na http://www.jointcommission.org/assets/1/18/sea_50_alarms_4_5_13_final1.pdf
2. Aleert - Medical Gas Mix-Ups, Information Bulletin 01-13, dostupné na http://www.health.state.mn.us/divs/fpc/profinfo/ib01_13.htm; <http://www.fda.gov/cder/guidance/4341fnl.htm> [expired link]
3. Česká asociace technických plynů: Medicinální plyny ČATP – PS – 5, Česká asociace technických plynů, Praha 2012
4. Medical Gas Errors: Community Hospital Files Report Concerning Medical Gas Tanks That Were Mislabeled, Reprinted with permission from the United States Pharmacopeial Convention, 2001: www.usp.org dostupné na <http://www.nurses.com/doc/medical-gas-errors-community-hospital-files-r-0001>
5. The Patient is on Fire! A Surgical Fires Primer, Guidance 1992, dostupné na http://www.mdsr.ecri.org/summary/detail.aspx?doc_id=8197
6. Tisková zpráva ECRI Top 10 Technology Hazards for 2015 dostupné na http://www.patientsafety-solutions.com/docs/January_2015_ECRI_Institutes_Top_10_Technology_Hazards_for_2015.htm
7. Vejrosta, V.: Konstrukce zdravotnických elektrických přístrojů- aplikace požadavků mezinárodních a evropských norem, ISBN: 80-02-01460-X , Vyd. Česká společnost pro zdravotnickou techniku, Praha, 2001

Kontaktní údaje:

PhDr. Radka Pokojová

Vojenská nemocnice Brno,

Zábrdovická 3, 636 00 Brno

tel. 724696012, e-mail rpokojova@vnbrno.cz

ZÁKLADNÍ VÝKONY VE ZDRAVOTNICTVÍ - INOVOVANÁ VÝUKA PROPOJUJÍCÍ MEDICÍNU S OŠETŘOVATELSTVÍM

KEY PERFORMANCE IN HEALTH - INNOVATIVE TEACHING LINKING MEDICINE WITH NURSING

Jana Pospíšilová^{1, 2}, Kateřina Ivanová¹, Veronika Aplová¹,

¹Centrum základních výkonů ve zdravotnictví, Ústav sociálního lékařství
a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci,

²Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod

Nově vzniklé Centrum základních výkonů ve zdravotnictví (Centrum ZVZ), které je na LF UP v Olomouci funkční od září 2014, je propojeno se dvěma klíčovými pracovišti. Prvním je Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, který Centrum ZVZ zajišťuje. Druhým je pak CENTESIMO - Centrum telemedicíny a simulátorů, v jehož prostorách je Centrum ZVZ umístěno a s nímž úzce spolupracuje při výuce předmětů, v nichž mohou studenti využívat nejmodernější výukové modely a simulátory. Centrum ZVZ zajišťuje výuku předmětů Základní výkony ve zdravotnictví 1, Základní výkony ve zdravotnictví 2 a Základní výkony ve zdravotnictví - klinická praxe.

Obsah

Primárním cílem, který si výuka předmětů vyučovaných Centrem ZVZ klade, je excelentní příprava studentů na prostředí a spolupráci se zdravotnickými pracovníky v reálných zdravotnických zařízeních. V nich také budou absolvovat klinickou praxi. Na tuto praxi je pohlíženo jako na jeden z prvních skutečných kontaktů studentů s klinickou realitou jejich budoucího povolání. Předmět je vyučován ve 2. ročníku studijního programu Všeobecné lékařství a General Medicine.

Koncepce předmětu Základní výkony ve zdravotnictví 1 je nastavena tak, aby studenti získali dostatečné množství teoretických znalostí o jednotlivých základních výkonech a současně měli možnost si tyto výkony poprvé a opakovaně prakticky vyzkoušet v odborné učebně za použití skutečných zdravotnických pomůcek a moderních výukových simulátorů. Díky možnosti procvičovat výkony v menších skupinkách je možné zvýšit zručnost a jistotu studentů při jejich provádění. Stejně jako neustálý kontakt s reálnými zdravotnickými pomůckami pomůže studentům při získávání obratnosti s jejich zacházením. Hodina je

rozvržena do dvoch častí. Prvni se zabýva teoretickými poznatkami, ktoré se pojí k danému tématu hodiny (výkonu). Uvádí studenty do konkrétnej problematiky výkonu, spojuje jejich znalosti z predmetů, s nimiž se setkali v predchozí době svého studia (např. biologie, normální anatomie, fyziologie) a začleňuje k nim poznatky nové - důležité nejen pro navazující predmet Základní výkony ve zdravotnictví - klinická praxe, ale i pro jejich budoucí povolání. V této části jsou využívány výukové materiály obohacené o značné množství obrazových komponent konkrétních pomůcek, fyzických pomůcek i videí s odpovídajícími postupy.

Druhá část hodiny je zaměřena na praktickou činnost, kdy si studenti vyzkouší to, co dosud viděli pouze z pasivní perspektivy. Lektor studentům daný výkon nejprve předvede za použití všech dostupných pomůcek a materiálu, jimiž učebna disponuje. Studenti jsou následně rozděleni na tři až čtyřčlenné skupinky u pěti pracovních stolů. Ty jsou vybaveny konkrétními pomůckami dle tématu, kterému je určený týden věnován. Stoly jsou dostatečně prostorné a je možné s nimi po učebně pohybovat a přemisťovat je dle potřeby daného výkonu. Během této doby je lektor přítomen, střídavě přechází mezi jednotlivými skupinami a pomáhá studentům, opětovně vysvětluje postup, případně jej znovu předvádí. Na začátku semináře následujícího týdne jsou studenti otázkami přezkoušeni ze znalostí a dovedností, které si měli osvojit během minulého semináře a cvičení. Výuka probíhá každý týden v zimním semestru akademického roku s časovou dotací 3 hodin (celkem 15 seminářů a navazujících cvičení) a je ukončena zápočtem. Při navrhování struktury hodiny bylo vycházeno z pedagogických a didaktických postupů.^{2, 10}

Během letního semestru studenti absolvují predmet Základní výkony ve zdravotnictví 2. Ten je nastaven do formy čtyř individuálních praktických cvičení, které má každý student rozděleny do období tohoto semestru. Každé individuální cvičení má svá přesně stanovená témata (zdravotnické výkony). Jedná se o tři až čtyři výkony, které si studenti během časové dotace (1,5 hodiny) každého cvičení mohou zkoušet. Na jedno cvičení se vždy dostaví pěti nebo šestičlenná skupina studentů, kteří následně pracují u svého vlastního stolu, vybaveného všemi pomůckami pro náplň tohoto cvičení. Přítomnost lektora je individuální a odvíjí se od potřeb konkrétního studenta či studentů. Tento predmet je zakončen kolokviem. Obsahem kolokvia jsou všechny zdravotnické výkony, které si studenti procvičovali během letního semestru spolu s otázkami týkajícími se teoretických poznatků k vylosovanému výkonu.

Úspěšné splnění kolokvia je podmínkou pro predmet Základní výkony ve zdravotnictví - klinická praxe, který studenti absolvují přímo v jednom ze zdravotnických zařízení v rozsahu

150 vyučovacích hodín. Zde študenti pracujú pod vedením zdravotníckych pracovníkov a poprvé sa tak bližšie seznamujú nejen s výkonmi, ktoré procvičovali v simulovaných podmienkach odbornej učebny, ale učí sa rovněž pracovať v tíme zdravotníckych pracovníkov.

V evaluačných dotazníkoch získaných od študentov za zimný semester sa najčastejšie objavovali názory študentov komentujúci vysoké nároky na úspešné splnenie predmetu, ocenenie možnosti vyzkoušet si zdravotnícke výkony na výukových simulátorech a nedostatok jednotných študijných materiálov. Tieto pripomínky boli spracované v inovácii predmetu na nasledujúci akademický rok.

V letnom semestri pri evaluácii predmetu študenti, až na malý počet záporných názorov, vyjadřovali spokojenosť s ďalším procvičovaním zdravotníckych výkonov. Rovněž boli spokojení s možnosťou požiadať o prítomnosť lektora dle svojich potrieb.

Kolokvium, ktorým je uzavřená výuka predmetu Základní výkony ve zdravotnictví 2, je rovněž pojato převážně prakticky. Študenti si vylosujú výkon, pro který si musí pripraviť odpovídající pomůcky, následně jej musí předvést, popsat a zodpovědět otázky, týkající se teoretických znalostí vztahujících se k danému výkonu. Splnění kolokvia študentovi umožní nastoupit do zdravotníckeho zařízení pro splnění predmetu Základní výkony ve zdravotnictví - klinická praxe.

Názory študentov po absolvovaní predmetu Základní výkony ve zdravotnictví - klinická praxe byly v nadpoloviční většině kladné. Študenti veľmi pozitívne hodnotili možnosť byť již ve 2. ročníku součástí zdravotníckej reality v nemocničných zariadeniach. Mnozí z nich dokonca zpětně kladně ohodnotili také vysokou náročnosť predmetu, neboť právě díky ní byli na praxi dobře pripraveni a mohli sa snadněji a pružněji začlenit do tímu zdravotníkov. Několik študentov vyjádřilo nespokojenosť s nadměrnou časovou dotací predmetu.

Pripomínky študentov získané prostredníctvom evaluačných dotazníkov byly reflektovány ve vytvoření sjednocujících prezentací, které budou študentům sloužit jako základní študijní materiál. Ke každému jednotlivému tématu vycházejícímu ze sylabu predmetu, byla vytvořena prezentace shrnující teoretické základy i pracovní postupy, vztahující se ke specifickým zdravotníckym výkonom. Při tvorbě prezentací bylo vycházeno z odbornej literatury a internetových zdrojů.^{3, 4, 5, 6, 7, 8, 9}

Pro lepší názornosť, zpestření a lepší návaznosť na výuku byly prezentace doplněny velkým množstvom obrazového materiálu. Tieto prezentace byly přeloženy i do anglického jazyka a budú k dispozícii také pro študenty oboru General Medicine.

Pro usnadnění výuky předmětu i transparentnější přenos aktuálních informací pro studenty byly vytvořeny webové stránky Centra ZVZ. Kromě aktualit se zde studenti mohou seznámit se všemi informacemi týkajícími se výuky a ukončení všech tří předmětů, akcemi, které Centrum ZVZ koná nebo se jich účastní. V neposlední řadě pak mají studenti možnost stáhnout si výše zmíněné studijní materiály. Webové stránky jsou dostupné i v anglickém jazyce pro zahraniční studenty.¹

Zefektivnění přehledu o splněných a vyzkoušených zdravotnických výkonech během odborných praxí a stáží studentů na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci je v plánu provést zavedením Logbooku. Bude se jednat o „sešit“ v němž budou vypsány všechny výkony současně s pracovišti, která budou zajišťovat studentům jejich splnění. K jejich výkonu by se měli studenti dostat během svého studia. Výkony budou rovněž rozděleny nejen dle studijních oborů, ale také podle toho, zda student danému výkonu pouze pasivně přihlížel, či při něm asistoval anebo jej sám aktivně prováděl. Tento krok si vede za cíl lepší a efektivnější propojení jednotlivých předmětů, zvýšení přehlednosti jejich výstupů a zjednodušení administrativy související s praxí a stážemi studentů ve zdravotnických zařízeních.

Závěr

Evaluačím předmětů, které Centrum ZVZ zajišťuje, byla během jeho 1. roku působení věnována obzvláštní pozornost. Rozumné a akceptovatelné připomínky a podněty studentů byly propojeny s názory a zkušenostmi odborných pracovníků z řad zdravotnických i pedagogických profesionálů. Hlavním výsledkem bylo vytvoření jednotných výukových materiálů v podobě podrobných powerpointových prezentací, které jsou od září 2015 přístupny volně ke stažení na webových stránkách Centra ZVZ a to ve formě české i anglické. Dalším inovativním krokem bude úprava formy ověřování znalostí a dovedností studentů během celého zimního semestru.

Bibliografické citace a internetové zdroje:

1. CENTRUM ZÁKLADNÍCH VÝKONŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ. [online]. 2015 [cit. 2015-09-07]. Dostupné z: <http://czvz.upol.cz/>
2. KALHOUS, Z.; OBST, O. *Školní didaktika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-571-4.
3. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatel'ství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

4. MULTIMEDIÁLNÍ TRENAŽER PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. *Ošetrovateľské postupy* [online]. 2015 [cit. 2015-09-08]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovateľske-postupy.aspx>
5. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0932-5.
6. TVORBA A OVĚŘENÍ E-LEARNINGOVÉHO PROSTŘEDÍ PRO INTEGRACI VÝUKY PREKLINICKÝCH A KLINICKÝCH PŘEDMĚTŮ NA LF A FVZ UP OLOMOUC [online]. 2015 [cit. 2015-09-08]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki2/>
7. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-378-7.
8. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.
9. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-3420-0.
10. ZORMANOVÁ, L. *Výukové metody v pedagogice: tradiční a inovativní metody, transmisivní a konstruktivistické pojetí výuky, klasifikace výukových metody*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4100-0.

Autor:

Mgr. Jana Pospíšilová
lektorka Centra základních výkonů ve zdravotnictví
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
telefon: 585 632 711
e-mail: jana.pospisilova08@upol.cz

Spoluautor:

Mgr. Veronika Aplová
lektorka Centra základních výkonů ve zdravotnictví
Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

telefon: 585 632 711

e-mail: veronika.aplova@upol.cz

Další autor:

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví

vedoucí Centra základních výkonů ve zdravotnictví

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Hněvotínská 3

775 15 Olomouc

telefon: 585 632 702

e-mail: katerina.ivanova@upol.cz

EDUKÁCIA A JEJ VÝZNAM V LIEČBE SENIOROV S OČNÝMI CHOROBAMI **EDUCATIONAL AND ITS IMPORTANCE IN THE TREATMENT OF EYE** **DISEASES WITH SENIORS**

Katarína Zrubáková¹, Zdenka Brziaková²

¹Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok,

²Očná klinika UVN SNP FN Ružomberok

Úvod

Najvýraznejším znakom demografických zmien v súčasnosti je predlžovanie priemerného veku a starnutie populácie. Starnutie ako nezvratný proces postihuje všetky štruktúry ľudského organizmu, oko nevynímajúc. Vekom podmienené zmeny sledujeme na všetkých štruktúrach oka: viečkach, slznej žľaze, spojivke, rohovke, dúhovke, šošovke, sklovci, zužuje sa iridokorneálny uhol, zvyšuje sa vnútroočný tlak, sklerotizujú cievy, optický nerv prirodzene degeneruje, znižuje zraková ostrosť, klesá adaptácia na svetlo, znižuje sa kvalita farbocitu a citlivosť sietnice, zužuje sa zorné pole (Černák a kol., 2013). Odlíšenie stavov, ktoré sú podmienené vekom a patologických stavov je v oftalmológii vo veľa prípadoch ťažké a najčastejšie sú v klinickom obraze vo vzájomnej kombinácii zastúpené obidva faktory (Kalvach a kol., 2004, Hegyi, Krajčík, 2015). Medzi najčastejšie očné choroby, ktoré postihujú predovšetkým staršiu populáciu patrí sivý zákal (katarakta), vekom podmienená degenerácia makuly (VPDM), diabetická retinopatia (DR), zelený zákal (glaukóm), cievne choroby sietnice, syndróm „suchého oka“, presbyopia a bazocelulárny karcinóm viečok. Najzávažnejším vyvrcholením spomenutých chorôb je slepota. Poruchy zraku sú u starších ľudí závažné, pretože zhoršujú aktívny život a schopnosť postarať sa o seba. Pri poruche zraku senior stráca schopnosť orientácie, poznávania okolitého sveta. Strata zraku obmedzuje jeho seberealizáciu, spôsobuje sociálnu izoláciu, zhoršuje orientáciu, zvyšuje nároky pri hospitalizácii a rehabilitácii, je veľmi závažnou osobnou tragédiou (Bartošovič, 2014, Kinski, Milewski, 2002). Pri eliminácii problémov spojených s očnými chorobami alebo stratou zraku pomáhajú predovšetkým rodinní príslušníci, ale aj zdravotnícki a sociálni pracovníci. Rodinní príslušníci sú nezastupiteľní pri realizácii sebaobslužných činností v domácom prostredí a spolupracujú pri liečbe seniora. Zdravotnícki pracovníci- lekári, lekári špecialisti a sestry na jednotlivých úsekoch starostlivosti o seniora majú dôležitú úlohu v prevencii a liečbe porúch zraku. Zdravotná starostlivosť v oftalmológii sa poskytuje v ambulantných a ústavných

zdravotníckych zariadeniach. V rámci tejto starostlivosti sa poskytuje základná, špecializovaná a následná zdravotná starostlivosť. **Základnú oftalmologickú starostlivosť** – poskytujú všeobecní lekári pre dospelých. **Špecializovaná oftalmologická starostlivosť** sa realizuje v špecializovaných oftalmologických ambulanciách, ktoré sú súčasťou polikliník alebo kliník, v oftalmologických pracoviskách jednodňovej chirurgie – tu sa vykonávajú operačné výkony, kedy starostlivosť o pacienta nepresahuje 24 hodín. V ústavných oftalmologických pracoviskách – ich súčasťou sú lôžkové oftalmologické oddelenia alebo kliniky, kedy je potrebná nepretržitá starostlivosť o pacienta počas hospitalizácie a v očných tkanivových bankách, ktoré zabezpečujú materiál pre transplantácie účely v oftalmológii. Na Slovensku sú zriadené Ministerstvom zdravotníctva SR v Bratislave, Banskej Bystrici a v Košiciach. **Následná zdravotnícka starostlivosť** nadväzuje na ambulantnú a lôžkovú (Schmidtová a kol., 2008). Ošetrovateľská starostlivosť ako súčasť zdravotnej starostlivosti sa poskytuje ako ambulantná, ústavná a domáca. Ošetrovateľské intervencie sú zamerané základnú, špecializovanú starostlivosť (vyplýva z ochorenia a lekárskeho ordinácii), edukáciu a poradenstvo.

Edukácia seniora s ochorením očí

Edukačné pôsobenie sestry v oftalmológii je veľmi špecifické najmä tým, že výber edukačných metód je obmedzený. Často krát je nevyhnutné edukovať spolu s pacientom aj rodinných príslušníkov alebo iné blízke osoby. Rodinu treba do plánu starostlivosti zapojiť tak, aby pochopila dôležitosť nezávislosti pre seniora (Magerčíaková, 2010). Edukáciu s pacientom so zrakovým postihnutím je dôležité viesť prirodzene, všetky činnosti mu podrobne opisovať. Počas komunikácie neodvracať zrak a nevyhýbať sa slovám ako, vidieť či pozeráť. Ak je edukovaný pacient za prítomnosti inej, jemu blízkej osoby, obracať sa priamo na neho, nie na sprievodcu (Magurová, Majeríková, 2009).

Edukáciu a obsah edukácie prispôbiť podľa prostredia realizácie.

Edukácia v oftalmologickej ambulancii

Edukáciu pacienta realizuje sestra v spolupráci s lekárom a operačnou sestrou.

Hlavné oblasti zamerania edukácie v očnej ambulancii sú:

- princíp a postup vyšetrenia na štrbinovej lampe, refraktore, pneumotonometri a vyšetrení vízu, poučenie pacienta pred laserovými zákrokmi na oku,
- demonštrácia a nácvik správnej aplikácie kvapiek, roztokov a masť do spojivkového vaku, správne užívanie liekov a nežiaduce účinky liekov,

- dlhodobá a krátkodobá predoperačná príprava- v prípade plánovanej hospitalizácie, priebeh perioperačného obdobia u pacientov objednaných na výkony v rámci jednoduchovej chirurgie,
- intravitreálna aplikácia: predovšetkým aplikácia antibiotických kvapiek, perimetrické vyšetrenie,
- dodržiavanie liečebného režimu a kontrola ochorenia u pacientov s hypertenziou, diabetes mellitus, ochoreniami štítnej žľazy...
- príprava na malé operačné zákroky, ktoré nie sú súčasťou jednoduchovej chirurgie.

Edukácia pacienta v rámci jednoduchovej chirurgie

Edukácia v jednoduchovej chirurgii je špecifická najmä tým, že poskytovanie informácií a osvojenie zručností o celom perioperačnom období musí byť zaradené do predoperačného obdobia (Morovicsová, 2008).

Obsah edukácie v rámci krátkodobej predoperačnej prípravy:

- starostlivosť o pacienta počas jednotlivých fáz výkonu ich priebeh, príprava operačného poľa,
- hygienický režim prezlečenie do operačnej bielizne, odloženie šperkov a protéz...,
- informácie a demonštrovanie redukcie nežiaducich pocitov, bezprostredný pooperačný režim.

Obsah edukácie v pooperačnom období:

- pooperačný režim a odchod do domáceho liečenia, šetriaci režim po operácii,
- farmakoterapia: aplikácia kvapiek a masť, užívanie liekov per os,
- dodržiavanie prísnej hygieny rúk pred aplikáciou očných liekov, dodržiavanie celkovej hygieny a hygieny operovaného oka, následná kontrola u oftalmológa,
- pooperačné komplikácie: zmeny vo videní, opuch, zápal na oku, prítomnosť sekrétu (Valková, Pochybová, 2012).

Edukácia seniora na očnom oddelení

Na očnom oddelení sú hospitalizovaní pacienti s akútnymi, ale i chronickými problémami očí. Najčastejšie ide o pacientov, ktorí majú podstúpiť plánovaný alebo neplánovaný operačný výkon, pacientov s dekompenzovaným glaukómovým ochorením, pacientov prijatých na podstúpenie infúznej vazodilatačnej liečby a pacientov po rôznych úrazoch oka.

Obsah edukácie u hospitalizovaného pacienta s chronickým ochorením očí (DR, VPDM, glaukóm):

- informácie o liečebnom režime, nácvik aplikácie liečiv do spojivkového vaku,

- užívanie liekov a vhodných výživových doplnkov a rozpoznanie nežiaducich účinkov liekov,
- používanie kompenzačných pomôcok: okuliare, lupy...
- absolvovanie pravidelných kontrol.

Edukácia ako súčasť liečby seniorov s očnými chorobami- klinické kazuistiky

V predchádzajúcom texte sme popísali spôsob liečby ochorení očí u seniorov a oblasti edukácie, v empirickej časti príspevku prostredníctvom kvalitatívnej metodológie demonštrujeme využitie a význam edukácie v oftalmológii.

Problém výskumu:

1. Aký je vplyv edukácie na úspešnosť liečby u seniorov s ochorením očí?
2. Môže sestra svojou edukačnou činnosťou ovplyvniť úspešnosť liečby u pacienta s ochorením očí?
3. Aký vplyv majú podporné osoby na úspešnosť edukačného procesu u seniora?

Cieľ:

1. Zistiť aký je vplyv edukácie na úspešnosť liečby u seniorov s ochorením očí.
2. Poukázať na význam edukácie realizovanej sestrou v liečbe seniorov s ochorením očí.
3. Zistiť aký majú podporné osoby vplyv na edukáciu u seniorov.
4. Prezentovať prácu sestry, realizujúcej edukáciu v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniora v oftalmológii.

Hlavnou metódou bola kazuistika. Na podporu validity a zvýšenie objektívnosti získaných a spracovaných informácií sme využili doplnujúce metódy – metodologická triangulácia. Doplnujúcimi metódami boli: neštruktúrovaný rozhovor, pozorovanie, analýza dokumentov.

Výber prípadu

Výber osôb pre spracovanie individuálnych prípadových štúdií bol zámerný. Išlo o seniorov s ochorením očí, ktorí boli pacientmi očnej kliniky UVN SNP FN Ružomberok– ambulantnej aj lôžkovej časti.

Individuálna prípadová štúdia 1

Anamnéza

79-ročný polymorbídny pacient, ktorý sa v súčasnosti lieči na: **senilná katarakta**, arteriálna hypertenzia WHO II, hypercholesterolemia, hypotyreóza – stav po strumektómii.

Pacient je starobný dôchodca, v minulosti pracoval ako učiteľ v základnej škole. Žije sám v panelákovom byte. S domácnosťou mu pomáhajú deti, najmä dcéra, ktorá žije v tom istom paneláku. So všetkými svojimi deťmi aj ich rodinami má veľmi dobrý vzťah.

Analýza a interpretácia

79 – ročný pacient, ktorý sa lieči na hypertenziu a v očnej ambulancii je sledovaný s dg cataracta senilis, prišiel na vyšetrenie do očnej ambulancie pre bolesť oka a hlavy a náhle zhoršené videnie. Pacient absolvoval sériu vstupných vyšetrení, ktoré potvrdili dg glaukómu pri iných chorobách na ĽO. Pacient bol psychicky rozrušený, mal obavy zo straty zraku. Pri vyšetrení mu bola odporučená hospitalizácia, ktorú odmietol. Liečba prebiehala ambulantne a jej súčasťou bola aj edukácia. Pacient prišiel na edukačné stretnutie v sprievode dcéry. Je rád, že získa nové informácie o glaukóme a jeho liečbe. Edukant nemá žiadne fyzické obmedzenia, ktoré by boli prekážkou vo výučbe. Edukácia je zameraná na stručné vysvetlenie podstaty glaukómového ochorenia, aplikáciu očných kvapiek do spojivkového vaku a dodržiavanie správnej životosprávy pri glaukóme.

Pacient bol poučený o ďalšom postupe, následnej kontrole v glaukómovej ambulancii o 3 mesiace, v prípade zhoršenia stavu skôr. Vzhľadom k diagnóze cataracta senilis, bola pacientovi ponúknutá aj možnosť operačnej liečby katarakty na pravom oku.

Vyhodnotenie edukácie

Pacient získal požadované vedomosti o ochorení, rizikových faktoroch. Ovláda techniku aplikácie očných kvapiek.

Individuálna prípadová štúdia 2

Anamnéza

77-ročný polymorbídny pacient. Lieči na ochorenia: **primárny glaukóm s otvoreným uhlom na ĽO, senilná katarakta na PO aj ĽO**, postherpetická keratopatia nas PO, stav po náhlejš mozgovej cievnej príhode (NMCP) (2004), arteriálna hypertenzia WHO III., prolaps mitrálnej chlopne s regurgitáciou II. stupňa, predsieňová komorová fibrilácia s vyrovnanou komorovou odpoveďou (skóre 7 bodov).

Pacient je starobný dôchodca a v minulosti pracoval ako zámočník. Žije sám v panelákovom 1-izbovom byte. O domácnosť sa stará väčšinou sám, s veľkým upratovaním a občas aj s veľkým nákupom mu pomáha suseda. Dcéra žije v zahraničí, syn v Bratislave, navštevujú ho len veľmi sporadicky, ale sú v telefonickom kontakte. Deti mu už dlhšiu dobu navrhujú, že mu vybaví opatrovateľku, ale on s tým nesúhlasí. Finančne je zabezpečený, v prípade potreby mu finančne vypomáhajú aj deti.

Analýza a interpretácia

77-ročnému polymorbídnemu pacientovi, dispenzarizovanému v očnej ambulancii pre primárny glaukóm s otvoreným uhlom, bola počas plánovanej kontroly v očnej ambulancii

diagnostikovaná dekompenzácia VOT. Počas vyšetrenia bolo zistené, že najpravdepodobnejšou príčinou vzostupu VOT bola predovšetkým zámena očných kvapiek na liečbu glaukómu s očnými kvapkami používanými pri „syndróme suchého oka“, ktorá bola spôsobená veľmi zhoršenou úrovňou videnia. Ďalšou možnou príčinou mohlo byť pacientove bagatelizovanie účinku lokálnej liečby. Bola u neho realizovaná edukácia zameraná na základné informácie o glaukóme, príznaky pri zvýšení VOT, význam aplikácie lokálnej liečby, odlíšenie kvapiek na liečbu glaukómu od „umelých slz“, použitie špeciálnych optických pomôcok – ručnej lupy s rukoväťou. Edukácia prebehla počas hospitalizácie seniora v troch edukačných stretnutiach. Pacient bol zároveň poučený o následnej kontrole v glaukómovej ambulancii o 1 týždeň, v prípade zhoršenia stavu skôr. Pri najbližšej kontrole (podľa rozhodnutia pacienta), mu môže lekár vystaviť aj predpis na špeciálnu zdravotnícku pomôcku – lupu.

Vyhodnotenie edukácie

Edukant má vedomosti o ochorení a príznakoch zvýšeného VOT. Vie rozlíšiť kvapky na liečbu glaukómu od kvapiek používaných pri syndróme suchého oka. Vie si kvapky aplikovať.

Individuálna prípadová štúdia 3

Anamnéza

85-ročná polymorbídna pacientka, ktorá sa v súčasnosti lieči na Alzheimerovu demenciu, DM na inzulínoterapii, gonartrózu a koxartrózu na oboch dolných končatinách, hypertenziu WHO II.

Pacientka je starobná dôchodkyňa, v minulosti pracovala ako predavačka. Je slobodná, žije v spoločnej domácnosti so svojou 70-ročnou sestrou a jej dcérou v panelákovom byte. Vzhľadom k diagnóze AD sa o domácnosť stará jej sestra so svojou dcérou. Sestra pracovala pred dôchodkom ako opatrovatel'ka v domove sociálnych služieb.

Analýza a interpretácia

85 – ročná pacientka s **diagnózou DR, momentálne komplikovanou vznikom diabetického edému makuly**. Pacientka bola pre zhoršujúce sa videnie zaradená do aplikačného programu anti- VEGF liečby. Edukáciu sme realizovali u jej sestry, pretože pacientka má ťažkú kognitívnu poruchu (AD) a nie je schopná edukácie.

Edukácia bola zameraná na základné informácie o diabetickom edéme makuly, ktorý je veľmi osobitým prípadom DR a v populácii diabetikov a je častou príčinou praktickej slepoty. Edukantke sme vysvetlili plán ako bude prebiehať príprava pacienta pred, počas a po

intravitreálnej aplikácii a možných komplikáciách, ktoré môžu nastať po aplikácií. Keďže 3 dni pred a 3 dni po aplikácii bude veľmi dôležitou súčasťou liečebného procesu aplikácia antibiotických kvapiek do spojivkového vaku, zamerali sme edukáciu aj na nácvik aplikácie očných kvapiek a hygienu oka a pokožky v okolí oka pred a po aplikácii kvapiek. Z didaktických pomôcok sme edukantke poskytli brožúru „*Viete čo je diabetická retinopatia a diabetický edém makuly*“ a „*Príručka k liečbe Lucentisom pri poškodení zraku v dôsledku diabetického makulárneho edému*“. Počas edukácie sa nevyskytli žiadne problémy. U pacientky boli v rámci predaplikačnej prípravy v domácom prostredí dodržané všetky liečebné postupy a dodržaný bol aj termín aplikácie.. Na záver kontrolného vyšetrenia bola poučená o nasledujúcom liečebnom pláne v súvislosti s intravitreálnymi aplikáciami, kontrolách v očnej ambulancii ako aj nutnosti naďalej udržiavať DM v kompenzovanom stave.

Diskusia

Edukácia seniorov v oftalmológii je špecifická najmä tým, že senior nezriedka trpí viacerými zdravotnými problémami a často krát je očný problém novovzniknutou komplikáciou iného závažného ochorenia (Hegyí, Krajčík, 2015, Valková, Pochybová, 2012). Preto sa edukačný proces musí v mnohých prípadoch prispôbiť aj tejto skutočnosti a informácie nie sú zamerané len na samotný očný problém. Vypracovaním individuálnych prípadových štúdií, sme chceli preukázať vplyv edukačnej činnosti sestry na úspešnosť liečby u seniorov s chorobami očí a na vplyv podporných osôb na edukáciu u starších pacientov.

Individuálna prípadová štúdia č. 1 popisuje priebeh edukácie u 79 – ročného seniora s novo diagnostikovaným zeleným zákalom. Prvým príznakom ochorenia bola 3 dni trvajúca bolesť hlavy, ktorá neustupovala ani po podaní analgetika. Na vyšetrenie do očnej ambulancie ho priviedla bolesť a začervenanie oka. Tu absolvoval aj sériu špeciálnych vyšetrení, ktoré potvrdili diagnózu glaukómu. Bola mu podaná lokálna aj celková medikamentózna liečba, ktorej cieľom bolo zníženie VOT a tým eliminácia vzniku nebezpečnej komplikácie – glaukómového záchvatu. Nakoľko sa stav po ambulantne podanej liečbe zlepšil, pacient odmietol lekárom navrhovanú hospitalizáciu na očnom oddelení. Lokálnu liečbu mu do najbližšej kontroly aplikovala dcéra, pretože sám si kvapky do očí aplikovať nevedel. Pacient prišiel na kontrolné vyšetrenie na druhý deň po diagnostikovaní ochorenia, kde sme si dohodli aj prvé edukačné stretnutie v ten istý deň v popoludňajších hodinách. Obsahom edukácie na edukačnom stretnutí bolo stručné vysvetlenie podstaty glaukómového ochorenia, vplyv zvýšeného VOT na vznik a priebeh ochorenia a možné komplikácie pri jeho neliečení. Ďalšou

oblasťou edukácie bola aplikácia očných kvapiek do spojivkového vaku. Zamerali sme sa nielen na samotnú aplikáciu a vhodnú polohu pacienta počas nej, ale i na prípravu oka pred aplikáciou – zásady hygieny pred aplikáciou, identifikáciu a rozpoznanie nepríjemných vedľajších účinkov antiglaukomatík. Poslednou oblasťou edukácie bolo dodržiavanie zásad správnej životosprávy pri glaukóme, pretože je neoddeliteľnou a významnou súčasťou úspešnej liečby a výsledky výskumov preukázali, že len 58 % glaukomatikov bolo sestrou edukovaných o špecifikách dodržiavania životosprávy a u 28 % bola edukácia zameraná len na niektoré odlišnosti v životospráve (Hudáková a kol., 2011).

Nakoľko sa jednalo o seniora, ktorý sa veľmi aktívne zapájal do celého edukačného procesu a medzi jeho záľuby okrem iného patrila aj internet, poskytli sme mu nielen leták o glaukóme, kde boli uvedené fakty o ochorení, ale i zoznam internetových stránok zaoberajúcimi sa touto problematikou. **Veľmi výrazný a pozitívny bol aj vplyv rodiny v liečebnom procese** – najmä dcéry, ktorá pomáhala pacientovi s aplikáciou a počas celej doby mu bola aj psychickou oporou. Dôkazom efektivity edukácie je fakt, že edukant pri kontrole po dvoch týždňoch mal svoje ochorenie objektívne pod kontrolou a verbalizoval spokojnosť s tým, že nie je závislý od druhej osoby pri aplikácii očných kvapiek.

Individuálna prípadová štúdia č. 2 popisuje okolnosti a priebeh edukácie u 77 – ročného polymorbídneho seniora, ktorý žije sám a je bez priameho kontaktu s rodinou. Pacient sa 4 roky liečil na glaukóm a doteraz sa u neho nevyskytli žiadne vážnejšie komplikácie. Pacient udával bolesť hlavy, ktorú však pripisoval zvýšenému krvnému tlaku. Z tohto dôvodu nešiel k lekárovi hneď, ale počkal až do termínu plánovanej kontroly v glaukómovej ambulancii o týždeň. Za tento čas sa mu zrak natoľko zhoršil, že nebol schopný rozpoznať očné kvapky určené na liečbu glaukómu od liekov na zmiernenie príznakov „suchého oka“. Na pomoc rodiny sa spoľahnúť nemohol, pretože deti žijú vo vzdialených mestách a susedu, ktorá mu občas vypomáha obťažovať nechcel. Pri kontrole mu boli zistené alarmujúco vysoké hodnoty VOT, ktoré boli s najväčšou pravdepodobnosťou príčinou bolesti hlavy aj zhoršeného videnia, pacient bol hospitalizovaný na lôžkovom oddelení očnej kliniky. Počas hospitalizácie sme u neho realizovali edukáciu rozdelenú na tri edukačné stretnutia. Pozitívne môžeme hodnotiť aj vplyv rodinných príslušníkov, s ktorými mal edukant dobré vzťahy, ale žili vo vzdialených mestách. Edukant aj napriek svojmu počiatočnému nesúhlasu s opatrovatelkou, svoje rozhodnutie prehodnotil a s opatrovateľskou službou po návrate z hospitalizácie súhlasil. Edukáciou sme zvýšili efektivitu liečby, ale aj motiváciu seniora k spolupráci na liečbe.

Individuálna prípadová štúdia č. 3 popisuje priebeh edukácie u 85-ročnej polymorbídnej seniorky, u ktorej došlo k rozvoju diabetického edému makuly ako komplikácie DR. Pacientke bola navrhnutá anti VEGF liečba a bola zaradená do aplikačného programu. Obsah edukácie bol zameraný na základné informácie o diabetickom edéme makuly a informácie týkajúce sa predaplikačnej prípravy, samotného priebehu intravitreálnej aplikácie a následnej starostlivosti po aplikácii v domácom prostredí. Informácie o samotnej anti VEGF liečbe a možných komplikáciách, ktoré sa môžu po jej podaní vyskytnúť podal lekár. Edukovaná bola príbuzná pacientky, ktorá v minulosti pracovala v domove sociálnych služieb, nemala problém s aplikáciou očných kvapiek. Všetky dôležité informácie sme jej poskytli v písomnej forme a informácie o liečbe preparátom Lucentis aj na CD nosiči.

Prípadovou štúdiou sme poukázali na význam podporných osôb pri edukácii a liečbe ochorenia. Výsledky našej práce preukázali, že edukácia realizovaná sestrou má významný a nepopierateľný vplyv na úspešnosť liečby a je jej neoddeliteľnou súčasťou. Efektivita je významnejšia pri tímovej spolupráci, čo uvádzajú i (Nemcová, Hlinková, 2010)... edukácia v ošetrovatel'stve má tímový charakter a vyžaduje si spoločné úsilie nielen medzi členmi zdravotníckeho tímu, ale aj samotného pacienta a jeho rodiny.

Záver

Spracovanými prípadovými štúdiami sme preukázali, že edukácia seniorov má významný vplyv na úspešnosť liečby v oftalmológii a má preventívny vplyv aj na vznik možných komplikácií týchto ochorení. Taktiež sme poukázali na dôležitosť spolupráce s podpornými osobami- príbuznými, ktorí sú nápomocní pri liečbe samotnej- v prípade mentálneho a psychického postihnutia seniora, prípadne seniora počas liečby kontrolujú a psychicky podporujú.

Použitá literatúra

ČERNÁK, A. a kol. 2013. Choroby oka a staroba. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2013, roč. 10, č. 3-4, s. 127-130.

BARTOŠOVIČ, I. *Vybraná problematika gerontológie a geriatricie*. 2. Diel. Bratislava: VŠ Z a SP sv. Alžbety. 2014. 90 s. ISBN 978-80-8132-102-3.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatricia*. Bratislava: Herba, 2010. 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. *Geriatricia pre praktického lekára*. 3. vyd. Bratislava : Herba, 2015. 408 s. ISBN 978-80-89631-31-5.

HUDÁKOVÁ a kol. 2011. Analýza kvality života u vybranej vzorky glaukomatikov. In *Molisa 8: medicínsko – ošetrovatel'ské listy Šariša*. [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych štúdií, 2011. s. 29 – 34. [cit.2014.12.11] Dostupné na internete: <http://www.unipo.sk> ISBN 978-80-555-0507-7.

KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KANSKI, J., MILEWSKI, S. 2002. *Disease of the Macula*. Tottenham: Mosby, 2002. 215 s. ISBN 0723432414.

MAGERČIAKOVÁ, M., 2010. Senior ako edukant v ošetrovatel'stve. In *Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci – Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíne, 2010. ISBN 978-80-7318-978-5, s.341-349.

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

MOROVICZOVÁ, E. 2008. Význam edukácie v jednodňovej chirurgii. In *Revue ošetrovatel'stva, sociálnej práce a laboratórných metodík*. ISSN 1335-5090, 2008, roč. 14, č. 2, s. 87-90.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2010. 259 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

SCHMIDTOVÁ, Z. a kol. 2008. *Vybrané odbory ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta, 2008. 149 s. ISBN 978-80-8063-295-3.

VALKOVÁ, I., POCHYBOVÁ, M. 2012. Dimenzie edukácie pacienta v jednodňovej očnej chirurgii. In *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1336-183X., 2012, roč. 10, č. 3, s. III-V Supplementum.

Kontaktná adresa:

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

katarina.zrubakova@ku.sk

0918 722 187

**KVALITA ŽIVOTA V SÚVISLOSTI S DEPRESIOU A ROZVOJOM OSOBNOSTI
SENIOROV V INŠTITUCIONÁLNO M ZARIADENÍ
SATISFYING SOCIAL NEEDS IN RELATION TO DEPRESSION AND QUALITY
OF LIFE OF ELDERLY PERSONS LIVING IN RETIREMENT HOME**

PhDr. Jana Jakobejová, PhD., doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

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

Súhrn:

Autori tohto článku prezentujú výskum majúci za cieľ mapovanie kvality života a depresie u seniorov v súvislosti s rozvojom ich osobnosti v inštitucionalizovanom zariadení pre seniorov. Výskum bol vykonaný na slovenskej vzorke 38 seniorov (10 mužov a 28 žien). Priemerný vek súboru činil 79,2 rokov ($SD = 7,3$) a ich vekové rozmedzie bolo od 62 do 92 rokov. Pre meranie depresie bola použitá Geriatrická škála depresie, a kvalita života bola zisťovaná Krátkou verziou dotazníka kvality životnej radosti a spokojnosti. Okrem deskriptívnej štatistiky boli údaje analyzované aplikáciou neparametrického Friedmanovho testu a korelačnej analýzy. Výsledky ukázali, že uspokojovanie sociálnych potrieb súvisí so znižovaním prežíanej depresie a naopak zvyšovaním kvality života seniorov v inštitucionálnom zariadení.

Kľúčové slová:

Kvalita života; Depresia; Sociálne potreby, Seniori, Inštitucionálne zariadenie

Summary:

The authors of this article present research concerning the goal to explore satisfying social needs in relation to depression and quality of life of elderly persons living in Retirement home. The research was conducted on the Slovak sample of 38 elderly people, 10 of them were male and 28 female. The average age of the sample did 78,6 years ($SD = 7,3$) and their age range from 62 to 92 years. To measure depression The Geriatric Depression Scale was used, and quality of life was measured by the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form. In addition to descriptive statistics, the data was analyzed using the non-parametric Friedman test and correlation analysis. The results showed that increasing

satisfaction of social needs of the elderly in the Retirement home is related to the reduction of depression and contrary, increasing their quality of life.

Key words:

Quality of life; Depression; Social need; Elderly persons, Retirement home

Úvod

Kvalita života nadobudla v ošetrovatel'stve svoju nezastupiteľnú, významnú pozíciu, porovnateľnú s tou, akú si predtým vytvoril koncept zdravia (pozri: Farquhar, 1995). Taktiež v kontexte praxe založenej na dôkazoch nachádza široké uplatnenie. V klinickej praxi sa výsledky výskumov v tejto oblasti využívajú najčastejšie pri výbere efektívnej intervencie (napríklad pri zvažovaní viacerých alternatív), ďalej s cieľom zlepšenia komunikácie s pacientom, pri zisťovaní pacientových preferencií v liečbe, pri rozhodovaní o ďalšom postupe liečby alebo riešení problémov v psychosociálnej adaptácii pacienta na ochorenie a pod. (Fayers, Machin, 2000, s. 7). V literatúre sa stretávame s dominanciou medicínskych a psychologických prístupov ku kvalite života (Taillefer et al., 2003). Zároveň zaznamenávame rozmach empirických štúdií hodnotiacich kvalitu života v rôznych populáciách pacientov (Haas, 1999; Haase, Braden, 2003). V obmedzenej miere sa však výskum v ošetrovatel'stve zaoberá kvalitou života v špecifickej populácii seniorov (pozri napr.: Guráň, 1997; Halvorsrud, Kalfoss, 2007). Seniori prijímajú obvykle odchod do inštitucionálneho zariadenia (bez ohľadu na jeho motiváciu) ako stratu doterajšieho statusu, ktorý nie je možné z nejakého dôvodu udržať. Schimmerlingová (1972) uvádza, že reakcia seniorov na pobyt v domove dôchodcov je často spájaná s pocitmi dožívania a márnosti vyplývajúcimi z dojmu, že boli svojim deťom na obtiaž. Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia tak pre seniora znamená zásadnú zmenu jeho životného štýlu, ktorá je spojená so stratou zázemia, známeho teritória a s ním spojenej identity. Úroveň kvality života seniora v inštitucionálnom zariadení tak následne súvisí s viacerými faktormi objektívneho i subjektívneho charakteru, avšak máme za to, že sa táto odvíja predovšetkým od miery uspokojovania sociálnych potrieb seniora v danom zariadení. Pobyt v inštitucionálnom zariadení môže senior chápať ako signál blížiaceho sa konca svojho života, čo pôsobí stresujúco a prejavuje sa to okrem iného v úrovni prežíanej depresie (Jiráček, 2007) a kvality života (Farquhar, 1995).

Cieľ práce

Predmetom výskumu je mapovanie kvality života a depresie u seniorov v súvislosti s rozvojom ich osobnosti v inštitucionalizovanom zariadení pre seniorov, keďže explorácia

týchto súvislostí má priame implikácie pre teóriu aj prax v ošetrovatel'stve. Na podklade našich teoretických východísk bol tak formulovaný výskumný cieľ skúmať *kvalitu života a depresie počas pobytu seniorov v inštitucionálnom zariadení pre seniorov a to aj v súvislosti s mierou akou sa bude z časového hľadiska pracovať na individuálnom rozvoji osobnosti seniora*. Vzhľadom na náš výskumný cieľ a zvolené metódy získavania údajov, ktoré popisujeme ďalej, sme formulovali výskumnú otázku či súvisí depresia a kvalita života seniorov s uspokojovaním ich sociálnych potrieb v rámci individuálneho plánu rozvoja osobnosti seniora v inštitucionálnom zariadení?

Metodika

Metódou zberu údajov bol dotazníkový spôsob získavania informácií. Výskumná batéria pozostávala z dvoch častí: v rámci prvej časti bol najskôr seniorovi administrovaný *Štandardizovaný test psychických funkcií* (SMMSE; Standardized Mini-Mental State Examination; Vertesi et al., 2001); následne po splnení výberového kritéria (získaných viac ako 20 bodov) sme administrovali druhú časť výskumnej batérie, ktorú tvorila titulná strana vo forme informovaného súhlasu, za ktorým nasledovali dve štandardizované metodiky, a to *Geriatrická škála depresie – krátka verzia* (GDS - Short Form; Geriatric Depression Scale; Sheikh, Yesavage, 1986) a *Krátka verzia dotazníka kvality životnej radosti a spokojnosti* (Q-LES-Q-SF; Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form; Endicott et al., 1993). Okrem uvedených metodík bol za účelom merania úrovne uspokojovania sociálnych potrieb seniorov vyplňovaný záznamový hárok hodinovej dotácie pre každého seniora v rámci jeho individuálneho plánu rozvoja osobnosti (IPRO). Tento záznamový hárok bol na dennej báze vyplňovaný ošetrovateľským personálom. Postup výskumu spočíval v opakovanom meraní v dvojmesačných intervaloch. Miesto realizácie výskumu bolo v Zariadení pre seniorov Juraja Schoppera v Rožňave. Časový rozvrh výskumných prác bol nasledovný: prvý zber údajov bol realizovaný v období máj 2014, ďalší zber údajov sa uskutočnil s odstupom dvoch mesiacov, pričom posledný šiesty bol realizovaný v marci 2015. Pred samotnou administráciou boli seniori ako aj pracovníci zariadenia informovaní o prebiehajúcom výskume. Výskumná batéria bola každému zo seniorov administrovaná za osobnej asistencie výskumníka, ktorý bol počas vyplňovania seniorovi k dispozícii pre prípad nejasností ohľadne spôsobu vyplňovania dotazníkov. Výskumník tiež namieste vyhodnotil skóre SMMSE a po dosiahnutí minimálneho počtu bodov administroval druhú časť výskumnej batérie. Praktický postup výskumu sa týkal zabezpečenia štandardizovanej situácie pri zbere údajov, ktorá by bola porovnateľná vzhľadom na základné okolnosti pre všetkých

seniorov, a to konkrétne rovnaký časový interval administrácie metodík od 10:00 hod do 12:00 hod; zároveň bolo každému seniorovi zabezpečené súkromie a kľud pre vyplňovanie výskumnej batérie s tým, že seniori obdržali rovnakú inštrukciú ohľadne skutočnosti, že nie je možné dosiahnuť dobré alebo zlé výsledky a že pre vyplnenie výskumných metodík nie je stanovený žiadny časový limit. Výskumná batéria administrovaná v tlačenej podobe (papier-ceruzka).

Súbor

Výberovým kritériom pre zaradenie seniora ako účastníka do výskumného súboru bola maximálna dĺžka dva týždne pobytu seniora v inštitucionálnom zariadení k termínu prvého merania ako aj lucidný stav vedomia, ktorý bol stanovený prostredníctvom výsledného skóre viac ako 20 bodov v metodike SMMSE. Z účasti vo výskume boli tiež vylúčení seniori s diagnostikovaným organickým psychosyndrómom a demenciou. Výber skúmaných osôb bol podmienený kritériami ako vek 64 rokov a viac, ochota a schopnosť spolupracovať, zachovaná reč, jemná motorika, zrak a sluch. Vzhľadom na typ výberu seniorov do výskumného súboru sa jedná o príležitostný výber (Ferjenčík, 2000). Keďže sme seniorov do nášho súboru zaraďovali príležitostne, ide o nenáhodný výber. Konečný výskumný súbor po zohľadnení spomínaných výberových kritérií pozostával z 38 seniorov. Ich vekový priemer bol 79,2 (SD = 6,9) s variačným rozpätím 30 rokov; minimálny vek seniorov 62 (N = 1) a maximálny vek 92 rokov (N = 1). Vzhľadom na pohlavie tvorilo výskumný súbor 10 mužov (23 % z N = 30) a 28 žien. V skupine mužov bol vekový priemer 79,4 (SD = 9,9) a v skupine žien 79,5 (SD = 5,8).

Výsledky

Zo zozbieraných údajov boli vypočítané deskriptívne charakteristiky kvality života seniorov pri každom zo šiestich meraní, a to konkrétne: priemer, štandardná odchýlka, medián, minimálna a maximálna hodnota, ako aj hodnoty prvého a tretieho kvartilu.

Štatistické testovanie rozdielov

Výskumná otázka **V-1** bola formulovaná nasledovne: *ako sa bude meniť úroveň kvality života seniorov počas ich 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení?* Friedmanova analýza rozptylu pre k závislých výberov bola aplikovaná za účelom štatistického testovania zmien v úrovni kvality života seniorov počas ich 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení. Z výsledkov sa ukázalo, že medzi jednotlivými meraniami kvality života seniorov v rámci ich pobytu v inštitucionálnom zariadení sú štatisticky signifikantné rozdiely $\chi^2(5) = 46,463$; $p = 0,000$ (N = 38). Za účelom štatistického testovania rozdielov medzi jednotlivými meraniami

kvality života seniorov bol aplikovaný neparametrický Wilcoxonov znamienkový test poradi pre závislé výbery. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi prvým (**Medián** = 41,5) a druhým meraním (**Medián** = 43,5) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -1,286$; $p = 0,203$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi druhým (**Medián** = 43,5) a tretím meraním (**Medián** = 46,0) štatisticky signifikantne odlišuje; $Z = -3,685$; $p = 0,000$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi tretím (**Medián** = 46,0) a štvrtým meraním (**Medián** = 46,0) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -0,182$; $p = 0,863$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi štvrtým (**Medián** = 46,0) a piatym meraním (**Medián** = 47,0) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -1,702$; $p = 0,091$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi piatym (**Medián** = 47,0) a šiestym meraním (**Medián** = 46,0) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -0,868$; $p = 0,396$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov sa medzi prvým (**Medián** = 41,5) a posledným šiestym meraním (**Medián** = 46,0) štatisticky signifikantne odlišuje; $Z = -4,065$; $p = 0,000$. Výskumná otázka V-2 bola formulovaná nasledovne: *ako sa bude meniť úroveň depresie seniorov počas ich 11- mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení?* Friedmanova analýza rozptylu pre k závislých výberov bola aplikovaná za účelom štatistického testovania zmien v úrovni depresie seniorov počas ich 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení. Z výsledkov sa ukázalo, že medzi jednotlivými meraniami depresie u seniorov v rámci ich pobytu v inštitucionálnom zariadení sú štatisticky signifikantné rozdiely $\chi^2(5) = 15,917$; $p = 0,007$ ($N = 38$). Za účelom štatistického testovania rozdielov medzi jednotlivými meraniami depresie u seniorov bol aplikovaný neparametrický Wilcoxonov znamienkový test poradi pre závislé výbery. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi prvým (**Medián** = 8,5) a druhým meraním (**Medián** = 9,0) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -0,220$; $p = 0,837$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre

závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi druhým (**Medián** = 9,0) a tretím meraním (**Medián** = 6,0) štatisticky signifikantne odlišuje; $Z = -3,028$; $p = 0,002$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi tretím (**Medián** = 6,0) a štvrtým meraním (**Medián** = 6,5) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -0,230$; $p = 0,824$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi štvrtým (**Medián** = 6,5) a piatym meraním (**Medián** = 6,5) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -1,588$; $p = 0,115$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi piatym (**Medián** = 6,5) a šiestym meraním (**Medián** = 6,0) štatisticky signifikantne neodlišuje; $Z = -0,851$; $p = 0,403$. Na podklade výsledkov neparametrického Wilcoxonovho znamienkového testu poradi pre závislé výbery je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov sa medzi prvým (**Medián** = 8,5) a šiestym meraním (**Medián** = 6,0) štatisticky signifikantne odlišuje; $Z = -1,493$; $p = 0,038$.

Korelačná analýza

Výskumná otázka **V-3** bola formulovaná nasledovne: *súvisí úroveň kvality života seniorov počas 9-tich mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení?* Korelačná analýza kvality života seniorov bola aplikovaná vzhľadom na získané údaje v rámci individuálneho rozvoja osobnosti seniorov až od druhého merania. Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov počas ich 9 mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí pozitívne slabo až stredne silne s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení ($r = 0,23$; $0,28$; $0,22$; $0,21$). Pri šiestom meraní kvality života seniorov, teda po 11-tich mesiacoch pobytu v inštitucionálnom zariadení, sa s ich individuálnym rozvojom osobnosti súvislosť neukázala ($r = 0,01$). Celková priemerná úroveň kvality života seniorov počas 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení má slabý pozitívny vzťah s ich celkovou priemernou úrovňou individuálneho rozvoja osobnosti ($r = 0,15$). Výskumná otázka **V-4** bola formulovaná nasledovne: *súvisí úroveň depresie u seniorov počas 9-tich mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení?* Korelačná analýza depresie seniorov bola podobne ako u kvality života aplikovaná vzhľadom na získané údaje v rámci individuálneho rozvoja osobnosti seniorov až od druhého merania. Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov

počas ich celého pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí slabo negatívne s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení ($r = -0,15; -0,13; -0,13; -0,18; -0,22$). Celková priemerná úroveň depresie u seniorov počas 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení nesúvisí s ich celkovou priemernou úrovňou individuálneho rozvoja osobnosti ($r = -0,06$). Výskumná otázka **V-5** bola formulovaná nasledovne: *súvisí úroveň kvality života seniorov počas 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení s úrovňou ich depresie?* Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov počas ich celého pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí veľmi silne negatívne a zároveň tiež signifikantne s ich úrovňou depresie v takomto zariadení ($r = -0,74; -0,67; -0,79; -0,78; -0,70; -0,40$). Celková priemerná úroveň depresie seniorov počas celého 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení má veľmi silný negatívny a signifikantný vzťah s ich celkovou priemernou úrovňou kvality života ($r = -0,82$).

Diskusia výskumných zistení

Naša prvá výskumná otázka V-1 bola formulovaná nasledovne: ako sa bude meniť úroveň kvality života seniorov počas ich 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení? Na podklade našich výsledkov sa ukázalo, že medzi prvým a druhým meraním sa úroveň kvality života seniorov štatisticky signifikantne neodlišuje, avšak medzi druhým a tretím meraním, teda po 4 mesiacoch pobytu seniorov v inštitucionálnom zariadení, sa kvalita života seniorov štatisticky signifikantne zvýšila a to tým spôsobom, že 6 seniorov malo pri treťom meraní v septembri nižšiu úroveň kvality života na rozdiel od druhého merania v júli, avšak až 26 seniorov vykazovalo pri treťom meraní vyššiu úroveň kvality života, pričom zvyšných 6 seniorov nemalo medzi týmito dvomi meraniami odlišnú úroveň kvality života. Čo sa týka ďalších meraní, tak kvalita života seniorov počas pobytu v danom zariadení sa medzi tretím a štvrtým, štvrtým a piatym a ani piatym a šiestym meraním štatisticky signifikantne neodlišuje, avšak z hľadiska deskriptívnych indexov dochádzalo stále k jej nárastu. Z celkového pohľadu sa však medzi prvým a posledným šiestym meraním úroveň kvality života seniorov počas ich 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení štatisticky signifikantne zvýšila a to tým spôsobom, že len 8 seniorov malo pri poslednom šiestom meraní v marci 2015 nižšiu úroveň kvality života na rozdiel od prvého merania v máji 2014, a až 29 seniorov malo pri poslednom šiestom meraní vyššiu úroveň kvality života, pričom len 1 senior nemal medzi prvým a posledným meraním v rozsahu 11-tich mesiacov odlišnú úroveň kvality života. Naša druhá výskumná otázka V-2 bola formulovaná nasledovne: ako sa bude meniť úroveň depresie seniorov počas ich 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení? Na podklade našich

výsledkov sa ukázalo, že podobne ako pri kvalite života seniorov sa aj medzi prvým a druhým meraním depresie u seniorov nepreukázal štatisticky signifikantný rozdiel, avšak medzi druhým a tretím meraním, teda po 4 mesiacoch pobytu seniorov v inštitucionálnom zariadení, sa aj pri úrovni depresie ukázala štatisticky signifikantne nižšia úroveň depresie a to tým spôsobom, že 27 seniorov malo pri treťom meraní v septembri nižšiu úroveň depresie na rozdiel od druhého merania v júli, 9 seniorov malo pri treťom meraní vyššiu úroveň depresie a 2 seniori nemali medzi týmito dvomi meraniami odlišnú úroveň depresie. Čo sa týka ďalších meraní, tak úroveň depresie u seniorov počas pobytu v danom zariadení sa medzi tretím a štvrtým, štvrtým a piatym a ani piatym a šiestym meraním štatisticky signifikantne neodlišuje, avšak z hľadiska deskriptívnych indexov prišlo medzi tretím a štvrtým meraním k miernemu nárastu, hoci sa nejednalo o vzostup signifikantný. Z celkového pohľadu sa však medzi prvým a posledným šiestym meraním úrovne depresie u seniorov počas ich 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení štatisticky signifikantne zvýšila a to tak, že až 22 seniorov malo pri šiestom meraní v marci 2015 nižšiu úroveň depresie na rozdiel od prvého merania v máji 2014, 15 seniorov malo pri šiestom meraní vyššiu úroveň depresie a len 1 senior nemal medzi týmito dvomi meraniami odlišnú úroveň depresie. Vo výskumnej otázke V-3 nás zaujímalo, či súvisí úroveň kvality života seniorov počas 9-tich mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení? Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov počas ich 9 mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí pozitívne hoci len slabo až stredne silne s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení. Pri šiestom meraní kvality života seniorov, teda po 11-tich mesiacoch pobytu v inštitucionálnom zariadení, sa však už s ich individuálnym rozvojom osobnosti súvislosť žiadna neukázala. Celková úroveň kvality života seniorov počas 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení má tak len slabý pozitívny vzťah s ich celkovou úrovňou individuálneho rozvoja osobnosti. V nadväzujúcej výskumnej otázke V-4 sme sa zaujímali o to, či súvisí úroveň depresie u seniorov počas 9-tich mesiacov pobytu v inštitucionálnom zariadení s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení? Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň depresie u seniorov počas ich celého pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí tiež len slabo negatívne s ich individuálnym rozvojom osobnosti v takomto zariadení. Celková úroveň depresie u seniorov počas 11 mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení tak isto ako pri kvalite života nesúvisí s ich celkovou úrovňou individuálneho rozvoja osobnosti. Poslednú výskumnú otázku V-5 sme formulovali nasledovne: súvisí úroveň kvality života seniorov

počas 11-mesačného pobytu v inštitucionálnom zariadení s úrovňou ich depresie? Na podklade uvedených výsledkov je možné konštatovať, že úroveň kvality života seniorov počas ich celého pobytu v inštitucionálnom zariadení súvisí veľmi silne negatívne a zároveň tiež signifikantne s ich úrovňou depresie v takomto zariadení. Celková úroveň depresie negatívny a signifikantný vzťah s ich celkovou úrovňou kvality života. Na podklade uvedených zistení sa teda môžeme domnievať, že prvé dva mesiace pobytu seniora v inštitucionálnom zariadení súvisia s náročným procesom adaptácie na nové prostredie, ktoré prináša zmenu doterajších návykov a spôsobu života, v dôsledku čoho zrejme rastie u seniora vnútorné napätie, neistota, strach, úzkosť a vôbec celá depresívna symptomatológia sa buď nemení alebo ešte zvyrazňuje, keďže každodenný život v inštitucionálnom zariadení je charakteristický svojou organizovanosťou a tlakom na dodržiavanie určitých všeobecne prijatých pravidiel. Orientácia v novej situácii a jej zvládnutie môžu byť pre seniora obtiažne v dôsledku oslabenia adaptačných mechanizmov, ku ktorému s vekom dochádza, ale aj v dôsledku návyku na isté stereotypy, ktoré sa spájajú s jeho predchádzajúcim spôsobom života a s prostredím, na ktoré bol navyknutý (pozri napr.: Hegyi, 1993). Umiestnenie do inštitucionálnej starostlivosti je spájané tiež s nutnosťou vzdať sa prinajmenšom časti svojej autonómie. V zariadení panujúca organizovanosť a relatívny komfort zabezpečený inými môžu oberať seniora o motiváciu k rôznym prirodzeným aktivitám, ktoré boli v minulosti súčasťou seniorovho bežného života. Z našich zistení sa však ukazuje, že po prekonaní prirodzeného adaptačného obdobia na nové prostredie dochádza niekde medzi tretím a štvrtým mesiacom od nástupu seniorov do inštitucionálneho zariadenia k významnému nárastu kvality života a zároveň tiež k signifikantnému poklesu depresívnej symptomatológie. Následne pri kvalite života už síce nedochádza k signifikantnému nárastu počas ďalších mesiacov, avšak k určitému dodatočnému zvyšovaniu kvality života seniora v priebehu jeho pobytu v zariadení predsa len dochádza. Môžeme sa domnievať, že tento postupný nárast súvisí do určitej miery s postupnou saturáciou potrieb seniora a to aj ako súčasť individuálnej práce s ním v rámci jeho rozvoja osobnosti. Čo sa týka depresie, tak tá vykazuje zhodnú dynamiku zmeny a niekde medzi tretím a štvrtým mesiacom od nástupu seniorov do zariadenia dochádza k podstatnému poklesu depresívnej symptomatológie u seniorov. Treba však zdôrazniť to najdôležitejšie, čo naše zistenia ponúkajú a to fakt, že celkovo dochádza u účastníkov výskumu ku klinicky významnému zníženiu depresívnej symptomatológie z pásma miernej depresie (8–12 bodov) do pásma klinickej normy (7 a menej bodov). Ďalej sa tento pokles nielenže už nekoná, ale dochádza k určitému hoci len miernemu nárastu depresie

počas nasledujúceho pobytu seniora v inštitucionálnom zariadení. Tento istý mierny nárast depresívnej symptomatológie by bolo možné interpretovať v zmysle určitých prirodzených biologických aspektov spočívajúcich v náročnosti procesu starnutia, ktorý so sebou prináša celý rad somatických a psychických obtiaží. Tieto však už nie je možné nijako viac eliminovať v rámci možností akú ponúka saturácia potrieb seniora zo strany daného zariadenia. Stále sa však jedná len o nárast v rámci normy a keďže na rozdiel od depresie, kvalita života seniorov mierne stúpa počas celého pobytu v zariadení pre seniorov, môžeme konštatovať, že určitý veľmi mierny nárast depresie súvisí len s prirodzenou variáciou, na ktorú už kvalita poskytovanej starostlivosti nemá dosah aj keď je táto poskytovaná kvalitne a odborne o čom najskôr svedčí aj samotná mierne sa zvyšujúca kvalita života seniorov počas celého ich pobytu v inštitucionálnom zariadení. Čo sa týka individuálneho rozvoja osobnosti seniorov v inštitucionálnom zariadení v súvislosti s kvalitou života ani s depresiou sa nám neukázali žiadne významné vzťahy. Celkovo by sme skôr mohli konštatovať, že rozvoj osobnosti nesúvisí s kvalitou života a depresiou u seniorov. Tu však máme za to, že uvedené zistenie len korešponduje s metodikou akú sme zvolili pre sledovanie rozvoja osobnosti seniora v inštitucionálnom zariadení. Keďže sa jednalo len o záznam množstva času, ktorý bol vynaložený zo strany ošetrojúceho personálu na rozvoj osobnosti seniora, je možné, že len takýto v zásade jednorozmerný časo-zberný údaj nie je schopný poskytnúť komplexný uhol pohľadu na realizovaný rozvoj osobnosti seniora a môžeme sa teda domnievať, že absencia určitých zistení nemusí zodpovedať realitám, ale skôr psychometrickým nedostatkom zvolenej metodiky opisu rozvoja osobnosti seniora v takomto zariadení. Bolo by preto žiadúce v rámci nadväzujúcej výskumnej aktivity vyvinúť vlastnú komplexnú metodiku na zaznamenanie procesu rozvoja osobnosti a analyzovať opätovne súvislosti s kvalitou života a depresie u seniorov na potvrdenie, vyvrátenie alebo obohatenie našich zistení o ďalšie kontextuálne premenné. Zaujímavým a podstatným zistením je však aj veľmi silný negatívny vzťah medzi kvalitou života a depresiou. Ukázalo sa, že čím vyššiu úroveň kvality života seniori počas pobytu v inštitucionálnom zariadení dosiahli, tým sa im tiež podarilo dosiahnuť nižšiu úroveň depresie. Zistené rozdiely a korelačné vzťahy síce nemôžu zodpovedať otázky týkajúcej sa kauzality a skrytých mechanizmov týchto súvislostí, avšak reprezentujú dôležitý prvý krok v danej výskumnej oblasti. Uvedomujeme si však, že usudzovať na konkrétne implikácie do praxe môže byť v tejto etape výskumu predčasné, keďže určité nežiaduce faktory (napr. nenáhodný výber, dotazníková metodika) mohli narušiť konvergenciu získaných údajov, a teda naše závery sú len pravdepodobnostného charakteru a vyžadujú si ďalší výskum. Je

žiaduce, aby bola pozornosť v ďalšom výskume upriamená nielen na overenie uvedených zistení, ale hlavne, aby boli vzaté do úvahy aj iné spolupôsobiacie faktory (napr. osobnosť seniora, anamnéza – rodinná, osobná, pracovná a i.), ktorých vzájomné interakcie si vyžadujú komplexnejšie preskúmanie.

Záver a implikácie do ošetrovatel'skej praxe

Hoci sú výsledky našej štúdie v značnej miere konzistentné s predošlými zisteniami, rovnako ako u všetkých empirických výskumov existujú obmedzenia aj v aktuálnej práci. Skutočnosť, že údaje boli zhromaždené z nenáhodného výberu, na základe dotazníkových metodík, ktorých dáta sú do istej miery ovplyvnené tým, ako sú respondenti schopní a ochotní relevantne o sebe vypovedať, a tiež zber údajov len v jednom zariadení pre seniorov, nám neumožňuje usudzovať na kauzálne vzťahy a do istej miery môže limitovať zovšeobecniteľnosť zistení z nášho výskumného súboru na cieľovú populáciu seniorov. Kým súčasná štúdia je prvotnou sondou do uvedenej problematiky, ktorá je potrebná pre základné zorientovanie sa, poznatky z nášho výskumu by sa dali ďalej využiť ako vstupné informácie pre rozsiahlejší budúci výskum. Ten by mal vziať do úvahy ďalšie faktory, ktoré by mohli poskytnúť komplexnejšiu explanáciu a napomôcť k pochopeniu veľmi dôležitej odbornej ako aj spoločenskej oblasti akou starostlivosť o seniorov v inštitucionálnom zariadení bezpochyby je. Veríme, že výsledky našej práce nájdu svoje uplatnenie ako v oblasti ošetrovatel'ského výskumu, tak aj hlavne v samotnej ošetrovatel'skej praxi pri zlepšovaní psychosociálnej adaptácii a skvalitňovaní života seniora v inštitucionálnom zariadení, ktoré by malo znamenať kultúrne, priateľské a dôstojné prostredie pre kvalitný a plnohodnotný život seniora, kreatívne a plnohodnotné využívanie voľného času, spoločenské kontakty, a hlavne každodenné činnosti, ktoré prinášajú seniorovi radosť a naplnenie jeho potrieb. Naše zistenia priniesli predbežný pilotný dôkaz o tom, že v rámci pobytu seniorov v inštitucionálnom zariadení dochádza u nich k zmenám úrovne kvality života ako aj ku zmenám depresívnej symptomatológie. Tieto zistenia boli realizované nami zostavenou výskumnou batériou, ktorá, ako sa ukázalo, priniesla relevantné údaje. Vzhľadom na to plánujeme pokračovať v ďalšom zbere údajov a to ako v súkromnom zariadení, kde bol realizovaný zber údajov do našej práce, tak aj v ďalších súkromných zariadeniach pre seniorov, ale hlavne tiež rozšíriť zber údajov prostredníctvom týchto výskumných metodík aj do štátnych zariadení pre seniorov a priniesť komparačné zistenia o kvalite života a depresii u seniorov v štátnych zariadeniach zariadenia ako aj hlavne od samotných seniorov môžeme konštatovať, že získavanie informácií o kvalite života a depresii seniorov je zmysluplné zaviesť ako štandardnú súčasť ošetrovatel'skej

aktivity za účelom zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti o klientov v zariadeniach pre seniorov. Zároveň plánujeme zabezpečiť dovzdelávanie ošetrojúceho personálu v inštitucionálnom zariadení, kde sme realizovali zber údajov, a to ako ohľadne našich zistení, tak rovnako tiež oboznámiť personál s postupom administrácie a vyhodnotenia týchto metodík za účelom ich praktického využitia v danom zariadení pre seniorov.

Použitá literatúra

ENDICOTT J., NEE J., HARRISON W., BLUMENTHAL R. (1993) Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacology Bulletin*; 29:321-326. ISSN. 0048-5764

FAYERS, P. M., MACHIN, D. (2000) *Quality of Life: Assessment, Analysis, Interpretation*. First edition. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. ISBN: 978-0-470-02450-8

FERJENČÍK, J. (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 255 s. ISBN 8071783676.

GURÁŇ, P. (1997) *Adaptačné problémy očami obyvateľov domova dôchodcov*. In Hegyi, L. (ed.) *Vývoj starostlivosti o seniorov v Strednej európe : Štvrté stredoeurópske sympóziu o sociálnej gerontológii konané v dňoch 7. a 8. 12. 1995 v Bratislave*. Bratislava : Charis, s. 81-85.

HAAS, B. A. (1999) Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research*, vol. 21, no 6, p. 728–742. ISSN: 1682-3141

FARQUHAR, M. (1995) Definitions of Quality of Life: a Taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 22, no 3, p. 502–509. ISSN: 1365-2648

HAASE, J. E., BRADEN, J. B. (2003) Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In King, C. R., Hinds. P. S. *Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research*. Second edition. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, p. 65–92. ISBN 10: 0763722359

HALVORSRUD, L., KALFOSS, M. (2007) The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994–2006. *European Journal of Ageing*, Vol. 4, no 4, p. 229–246. ISSN: 1613-9372

HEGYI, L. (1993). *Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku*. Praha : Asklepios, 103 s. ISBN 80-7167-004-9

JIRÁK, R. (2007) Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatria pre prax*, roč. 8, č. 5, s. 200–204. ISSN 1335-9584

TAILLEFER, M.CH., DUPUIS, G., ROBERGE, M., LEMAY, S. (2003) Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Social Indicators Research*, vol. 64, no 2, p. 293–323. ISSN: 0303-8300

SCHIMMERLINGOVÁ, V. (1972) *Metody sociální práce se starými lidmi*. Praha : MPSV ČR.

VERTESI, A., LEVER, J.A., MOLLOY, D.W., SANDERSON, B., TUTTLE, I., POKORADI, L., PRINCIPI, E. (2001) Standardized Mini-Mental State Examination. Use and interpretation. *Canadian Family Physician*. Vol. 47, no 10, pp. 2018–2023. ISSN: 0008-350X

SHEIK, J. I., YESAVAGE, J. A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In BRINK, T. L. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. 1st ed., New York: The Haworth Press. pp. 165–173. ISBN 0 86656 536 1

Kontaktná adresa

doc. PhDr. Ľubica Ilievová, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita v Trnave

Univerzitné námestie 1

917 01 Trnava

Slovenská republika

e.mail: lubica.ilievova@truni.sk

Tel.: + 421 917 717 336

SYNDROM VYHOŘENÍ U OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU PRACUJÍCÍCH V DOMOVECH PRO SENIORY

FOR BURNOUT NURSING STAFF WORKING IN HOMES FOR THE ELDERLY

HALUZÍKOVÁ Jana,¹ BYRTUSOVÁ, Gabriela²

1 Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě, Ústav ošetrovatelství

2 Gastrocentrum Ostrava

Souhrn: Šetřením se nám podařilo prokázat, že ošetřující personál pracující v domovech pro seniory trpí syndromem vyhoření. Nejčastěji nemají pocit osobního uspokojení z práce, v menší míře jsou emocionálně vyčerpaní. Jen velmi malý počet prochází procesem depersonalizace. Nepodařilo se nám prokázat vztah mezi syndromem vyhoření a věkem respondentů a vztah mezi délkou praxe a burn-out syndromem.

Klíčová slova: burn-out, pomáhající profese, domov pro seniory

Summary: The investigation proved that the nursing staff working in homes for the elderly suffering from burnout. Most often they do not feel personal satisfaction from work, to a lesser extent are emotionally exhausted. Only a very small number in a process of depersonalization. We could not demonstrate a relationship between burnout and age of the respondents and the relationship between the length of practice and burn-out syndrome.

Key words: burn-out, helping professions, nursing homes

Úvod

Syndromem vyhoření jsou ohroženy zejména pomáhající profese. Tedy zdravotníci, učitelé, policisté. Ale i tady záleží zejména na osobnosti každého člověka. Některé povahové vlastnosti, které jsou dány dědičností, mohou daného jedince předurčovat k tomu, že syndromu vyhoření podléhá snáz, než jiný. K těmto vnitřním predispozicím se pak přidává vliv okolí – pracovní vytížení, stres, kolektiv, hodnocení práce našim nadřízeným, finanční ohodnocení, délka a četnost směn apod. K zamyšlení je i vliv délky praxe. Ohrožení zdravotníků spočívá i v jejich nepřetržitém provozu, kdy často nelze zachovat běžný režim dne. Noční služby nebo noční pohotovosti vedou k narušení spánkového cyklu. Provoz oddělení nezaručí vždy přesně přestávku na jídlo a dostatečný klid během stravování.

Syndrom vyhoření (burn-out) byl poprvé popsán v roce 1974 americkým psychoanalytikem Herberkem J. Freudenbergerem.

Metodika

Za účelem získání dat jsme použily dotazník MBI – Maslach Burn-out Inventory.

Dotazník MBI má tři faktory. Dva jsou laděné negativně – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly). Vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory.

Celkem MBI dotazník obsahuje 22 položek, z toho je devět zaměřených na emocionální vyčerpání, pět otázek na oblast depersonalizace a osm hodnotí osobní výkon. Respondenti odpovídají na sedmi bodové Likertově škále (0 = nikdy až 6 = každý den), kde označují sílu svých pocitů.

Jednotlivé dimenze dotazníku MBI

EE – emocionální vyčerpání (emotional exhaustion)

DP – depersonalizace

PA – osobní uspokojení (personal accomplishment)

Vyhodnocení dotazníku MBI

MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech skupinách – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření. Naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty. Vyhodnocení spočívá v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Výzkumný soubor

Zkoumaný soubor tvořil ošetřující personál ze čtyř domovů pro seniory z Moravskoslezského kraje. Kritériem pro výběr respondentů byly sestry, sociální pracovníci, kteří se podílejí na ošetrovatelské a sociální péči.

Celkem bylo osloveno 171 respondentů z domovů pro seniory. Navráceno bylo 133 dotazníků 77,7%.

Výsledky průzkumu

Hodnocení domova pro seniory A

Porovnávaly jsme počty respondentů bez a se známkami syndromu vyhoření. Se známkami syndromu vyhoření 63,16% (24).

Nejvíce respondentů mělo projevy burn-out v jedné subškále. Z dotazovaných to je až 64,28 %. Respondenti nemají pocit uspokojení z vlastní práce.

Hodnocení domova pro seniory B

Ze všech vyplněných dotazníků známky syndromu vyhoření bylo zaznamenány u 63,64 % dotazovaných. I v tomto domově pro seniory byl počet respondentů se známkami syndromu vyhoření větší, než počet respondentů bez známek burn-out.

Nejvíce respondentů vykazovalo známky syndromu vyhoření v jedné sledované oblasti. Respondenti nemají pocit uspokojení z vlastní práce.

Hodnocení domova pro seniory C

V domově pro seniory C jsme, jako v jediném, zaznamenaly, že procento respondentů bez syndromu vyhoření je větší, než procento se znaky syndromu vyhoření.

Bez jakýchkoliv znaků syndromu vyhoření zde bylo 52,94 % respondentů. Se znaky burn-out bylo 47,06 % dotazovaných. Nejvíce respondentů vykazovalo známky syndromu vyhoření v jedné subškále 16, tj. 66,66 %. Nejvíce znaků syndromu vyhoření jsme objevily opět v oblasti pracovního uspokojení.

Hodnocení domova pro seniory D

Podíl respondentů se syndromem vyhoření a bez něj je tady přesně 50 % na 50 %.

Rozdělení respondentů, z domova D, do skupin podle toho, zda vykazovali známky syndromu vyhoření v jedné, ve dvou nebo ve všech třech subškálách najednou, nám ukázalo, že opět bylo nejvíce respondentů se znaky syndromu vyhoření v jedné subškále. Nejfrekventovanější subškálou je opět subškála pracovního uspokojení.

Celkové hodnocení všech výše uvedených domovů

Tab. č. 1 Poměr sester bez burn-out a s burn-out ve všech domovech.

Počet sester	Četnost	Relativní četnost
Bez známek syndromu vyhoření	60	45,11 %
Se známkami syndromu vyhoření	73	54,89 %
Celkem	133	100 %

Ze všech 133 respondentů ze čtyř domovů pro seniory v Ostravě bylo 60 respondentů, tj. 45,11 % bez znaků syndromu vyhoření. 70 respondentů, tedy 54,89 % vykazovalo známky syndromu vyhoření.

Tab. č. 2 Výskyt burn-out v jednotlivých subškálách.

Počet sester se známkami burn-out v jedné oblasti	Četnost	Relativní četnost
EE	9	16,36 %
DP	6	10,91 %
PA	40	72,73 %
Celkem	55	100 %

Celkové hodnocení ukázalo, že nejvíce respondentů trpí syndromem v hoření v jedné ze sledovaných subškál. Jedná se o subškálu PA. 73 % všech dotazovaných se znaky syndromu vyhoření v jedné subškále nemá pocit uspokojení z práce odváděné v domovech pro seniory. Je to celkem 40 respondentů. 72, 73%.

Diskuse

Naše šetření bylo zaměřeno na personál zapojený do ošetrovatelského procesu v péči o seniory v domovech pro ně určených. Dotazníky byly rozdány všem, kteří jsou do péče zapojeni. Výběr respondentů jsme tudíž neomezily jen na sestry. Do vzorku byli zahrnuti i ošetrovatelé, zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti a sociální pracovníci.

Do stresu nás může přivádět nadměrné očekávání nebo nepřesné sebeocenění. Pro rozvoj syndromu vyhoření existuje určitá vrozená dispozice. Mezi rizikové osoby patří lidé, kteří se neumí uvolnit a odpočívat. Při prevenci je důležitý vlastní postoj člověka k práci. Práce nesmí být naším jediným smyslem a cílem života. Důležitá je podpora okolí – rodina, přátelé, ale také poměry na pracovišti. Na odděleních je možné provádět supervize. Byla by možná i spolupráce s psychologem. Úlohou odborníka je naučit se správné míře sebeocenění. Sestry pracující s chronickými klienty podléhají syndromu vyhoření více, než sestry pracující v akutní péči. Postupy, které můžeme volit jako prevenci syndromu vyhoření, mohou být účelné nebo neúčelné. Za neúčelné je považováno uzavření do izolace nebo tzv. „samoléčitelství“ – kofein, nikotin, alkohol, lehké drogy. Pro zdravotníky znalých základů farmakologie není příliš složité opatřit si a používat psychofarmaka anebo hypnotika, která mohou vést ke vzniku závislosti. Za všeobecná doporučení můžeme všichni považovat

základní požadavky duševní hygieny, vyváženost mezi zátěží a odpočinkem. Do životního stylu začlenit co nejvíc tělesného pohybu. Nesmíme zapomínat na svou vlastní osobu, těšit se ze zážitků a společnosti přátel a rodiny (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Je třeba naučit se syndrom vyhoření odlišovat od jiných syndromů, které mohou vypadat podobně:

syndrom chronické únavy, deprese, syndrom fyzické vyčerpanosti – častý právě v akutní medicíně, reaktivní psychosyndrom (např. při šikaně v kolektivu). Syndromu vyhoření je třeba předcházet, protože vyhasnutí je konečným stavem, který je považován za neléčitelný nebo těžce upravitelný za mnoho měsíců nebo let.

Orzechovska (2008) realizovala studii u sester a lékařů z oddělení psychiatrie pro dospělé. Sestry vykazovaly větší emocionální vyčerpání, než skupina lékařů. Procesem depersonalizace procházely obě skupiny téměř shodně. Pocit osobního uspokojení z práce byl vyšší u lékařů. Sestry měly pocit uspokojení z práce nižší. Jedním z možných důvodů je horší finanční oceňování sester. Syndromem vyhoření jsou ohroženi všichni zdravotníci. Pokud si budou všichni tuto hrozbu uvědomovat, zamýšlet se nad ní a budou mít chuť na sobě pracovat, pak se naučí syndromu vyhoření předcházet.

Závěr

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocitu bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.

Bibliografické odkazy

- AALTONEN, M. *Stress související s prací*. Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Lucemburk, 2000, 167 s. ISBN 92-828-9255-7.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2006, 86s. ISBN 80-7013-439-9.
- GULÁŠOVÁ, I. Prieskum príčin syndrómu vyhorenia u sestier. *Diagnóza v ošetrovatel'stvi*. 2006, roč. 2, č. 10, s. 25-28. ISSN 1801-1349.
- GULÁŠOVÁ, I., ŠURÁNIOVÁ, H. Stressové faktory posobiace na prácu sestry. *Kontakt*, 2004, roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISSN 1212-4117.
- HONZÁK, R. Burn-out syndrom – nebezpečí pro nás všechny. *Diagnóza v ošetrovatel'stvi*. 2005, roč. 1, č. 1, s. ISSN 1801-1349.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. *Care 5 příloha Florence* 2006, roč. 1, č. 11, s. 44 ISSN 80-7262-455-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

ORZECCHOWSKA A, TALAROWSKA M, DROZDA R, MIROWSKA D, FLORKOWSKI A, ZBORALSKI K, GALECKI P. Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. *Merkuriusz Lekarski*, 2008; 25, 150: 507-509. Citováno [2013-09-09]. Dostupné z <http://pml.medpress.com.pl/ePUBLI/150/16.pdf>

Kontaktní adresa:

PhDr. Jana Haluzíková, PhD.

Ústav ošetrovatelství

FVP, SU

Hauerova 4, 746 01 Opava, Česká republika

Email: Jana.Haluzikova@fvp.slu.cz

NEFARMAKOLOGICKÝ PRÍSTUP K PREVENCII KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ U ŽIEN VO VYŠŠOM VEKU

NON-PHARMACOLOGICAL APPROACH TO PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE AMONG WOMEN IN OLDER AGE

Labudová, M., Ďurinová, E., Šimonová, M.

Inštitút fyzioterapie, balneoterapie a liečebnej rehabilitácie, Piešťany, UCM Trnava

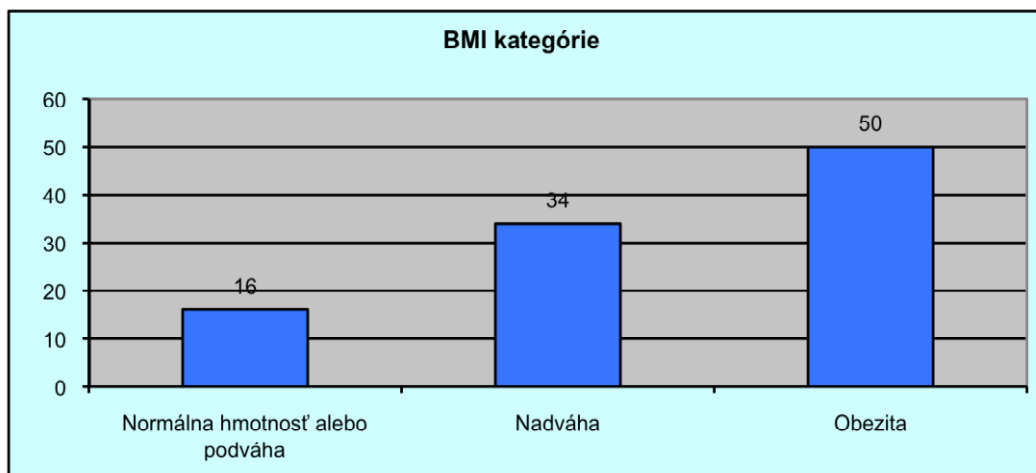
Úvod

Kardiovaskulárne ochorenia (KVO) sú najčastejšou príčinou úmrtí nielen u mužov, ale aj u žien. Riziko kardiovaskulárnych príhod u žien v rozvinutých krajinách stúpa hlavne od piatej dekády ich veku. Úmrtia spôsobené týmito ochoreniami predstavujú jednu štvrtinu úmrtí žien v Európskej únii (Vaňo, 2008). Cieľom príspevku je analyzovať problematiku ovplyvniteľných rizikových faktorov v rámci prevencie kardiovaskulárnych ochorení u žien vo vyššom (seniorskom) veku. V praktickej časti sú analyzované vzájomné súvislosti medzi prítomnosťou ovplyvniteľných rizikových faktorov a aktívnym ovplyvňovaním životného štýlu.

Materiál a metodika

Výskumný súbor určený k hodnoteniu tvorili ženy vo veku 60 rokov a viac, dispenzarizované na kardiologickej ambulancii pre chronické kardiovaskulárne ochorenie. Do výberového súboru bolo zaradených bez selekcie 100 žien postupne tak, ako prichádzali k plánovanej kontrole. Každá anonymne a samostatne vyplnila dotazník podľa inštrukcií. Priemerný vek žien bol 74 rokov.

Graf č. 1 ilustruje rozdelenie súboru podľa hodnôt body mass indexu (BMI) . Až 50 % respondentiek je v kategórii „obezita“, normálnu hmotnosť, resp. miernu podváhu má 16% respondentiek, ostatných 34% má miernu nadváhu. Priemerná hmotnosť žien bola 81,31 kg pri priemernej výške 163,41 cm. Medzi vekom respondentky a jej vedomosťami o ovplyvniteľných faktoroch kardiovaskulárnych ochorení existuje súvislosť - čím je vek respondentky nižší, tým sú jej vedomosti o faktoroch KVO lepšie a naopak, so vzrastajúcim vekom ženy klesajú jej vedomosti o rizikových faktoroch KVO (tab. č. 1).

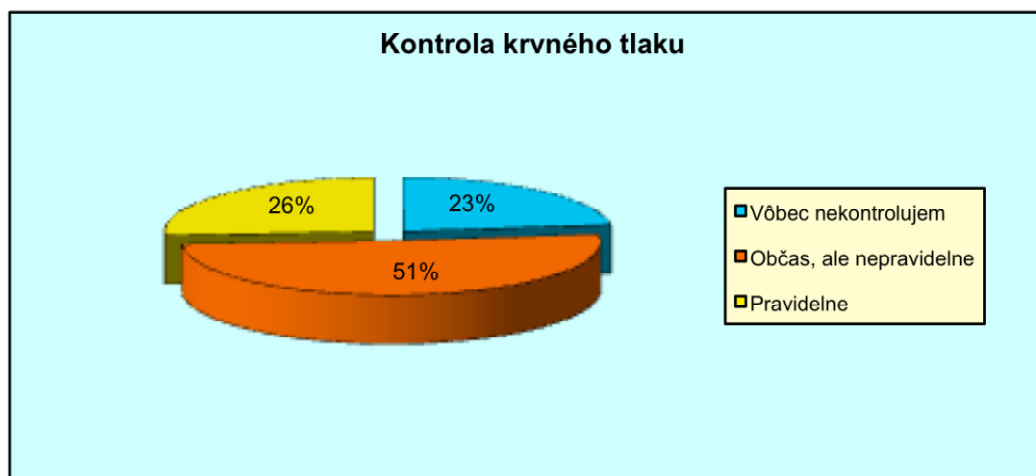


Graf č. 1: Kategórie podľa BMI

Vedomosti o rizik. faktoroch	Veková kategória	N	Priemerné poradie	Mann-Whitneyho test
	do 70 rokov	40	57,35	U 926
	71 a viac rokov	60	45,93	Z -1,967
	Spolu	100		Sig. 0,049

Tab č. 1: Vek respondentky do 70 a nad 70 rokov a vedomosti o rizikových faktoroch

Najjednoduchším sledovaním stavu kardiovaskulárneho systému, resp. symptómu KVO ochorení, je sledovanie krvného tlaku. V našom súbore uviedlo 51 % žien, že si TK kontroluje občas, resp. nepravidelne, pravidelne si ho kontroluje 26 % žien a vôbec 23 % žien.



Graf č. 2 Kontrola krvného tlaku

Diskusia

Štatistické spracovanie nami získaných dát, hlavne parametrov charakterizujúcich hmotnosť a distribúciu tuku, ukázalo hrozivú skutočnosť: polovica sledovaných žien je obéznych, dve tretiny sú podľa pomerov WHR v rizikovej skupine a 75% žien má obvod pásu, ktorého hodnota ich zaraďuje do najrizikovejšej skupiny. Bolo preukázané, že u mužov aj žien so sedavým spôsobom života súvisí obezita s vyšším výskytom kardiovaskulárnej aj celkovej mortality. Niektoré nedávne štúdie naznačujú 25-30% zníženie rizika úmrtia u žien, ktoré vykonávajú pravidelnú fyzickú záťaž (Sclavo, 2001).

Ženy prichádzajú do vyššieho veku už ako nositeľky viacerých rizikových faktorov pravdepodobne pre neefektívnu primárnu prevenciu. Potvrdzujú to aj naše výsledky, ktoré nepreukázali rozdiely v počte rizikových faktorov v závislosti od veku respondentky. Môžeme povedať, že v závislosti od efektivity primárnej prevencie prichádza žena do vyššieho veku už „vybavená“ jedným, alebo viacerými rizikovými faktormi. Tieto naše výsledky potvrdzujú aj závery z iných sledovaní a štúdií, ktoré tvrdia, že prevenciu kardiovaskulárnych ochorení je najlepšie začať v čo najskoršom veku ženy, a to pomocou vyhodnocovania a obmedzovania rizikových faktorov kardiovaskulárneho ochorenia. Na túto prevenciu by mal byť kladený dôraz už v pred- a perimenopauzálnom období (Collins, 2008). Prítomnosť rizikových faktorov u ženy priamo podmieňuje výšku rizika pre vznik kardiovaskulárneho ochorenia. Je samozrejmé, že dostatočné vedomosti o rizikových faktorech, a teda aj ich aktívne ovplyvňovanie, resp. úplná eliminácia (napr. fajčenia), je faktorom, ktorý v konečnom dôsledku môže mať vplyv na vznik kardiovaskulárnych ochorení a ich komplikácií.

Pri štatistickom spracovaní získaných dát sme zistili, že medzi rizikovými faktormi a zmenou životného štýlu je stredne silný vzťah. Inými slovami: čím sú rizikové faktory početnejšie, tým je zmena životného štýlu menšia a naopak. Do tohto poznania spadá aj ďalší štatistický údaj: až 60 % žien nezmenilo po nástupe menopauzy svoje stravovacie návyky. Uvedené skutočnosti sú v súlade s literárnymi zdrojmi, upozorňujúcimi na priamy súvis medzi zmenou životného štýlu a elimináciou počtu rizikových faktorov. Inak aj: pasívny prístup k vlastnému zdraviu a zotrvávanie v nezdravom zdravotnom štýle ponecháva priestor k tomu, aby sa početné rizikové faktory u jeho nositeľa rozvinuli do všetkých foriem kardiovaskulárnych ochorení aj so všetkými následkami. Štatistické dáta z Európy to potvrdzujú: v Európe zomiera na kardiovaskulárne ochorenia 55% žien na rozdiel od 43% mužov (Collins, 2007).

Aby sa žena udržala na úrovni nízkeho rizika čo najdlhšie, je dôležité upraviť životný štýl,

kontrolovať telesnú hmotnosť, lipidy, glukózu a sledovať krvný tlak. Ženám s nízkym rizikom treba odporučiť opatrenia na udržanie tohto stavu. Ženám s rizikom $\geq 5\%$ alebo ženám, ktoré túto úroveň dosiahli v strednom veku, treba venovať maximálnu pozornosť. V prípade žien, ktoré vyžadujú medikamentóznú terapiu, je potrebné zvážiť spoluprácu medzi lekárom, ktorý sa o ženy stará a kardiológom (Conroy, 2003).

Odporúčania pre prax

Sestra by mala zaistiť aktívnu účasť žien vo vyššom veku v procese udržiavania a podpory zdravia. U edukovanej a pravdivo informovanej ženy je ďaleko väčšia pravdepodobnosť spolupráce a žena je viac prístupná k zmene životného štýlu. Ženám by sme mali odporúčať:

- Normalizovať tlak krvi
- Nefajčiť
- Hýbať sa
- Upraviť si stravovacie zvyklosti
- Zvládať stres

Záver

Na základe dlhoročných osobných skúseností z praxe možno konštatovať, že zdravotné uvedomenie žien sa zlepšuje, i keď len pomalým tempom. Ženy si pod vplyvom informácií z médií uvedomujú dôležitosť starostlivosti o svoje zdravie, miera uvedomenia však v žiadnom prípade nemôže byť považovaná za dostatočnú. Práve sestry by v tomto smere mohli prispieť k zabezpečeniu trvalo pozitívneho vývoja, a to hlavne správnou edukáciou o adekvátnych preventívnych opatreniach, vedúcich k znižovaniu morbidity a mortality žien na kardiovaskulárne ochorenia. Dôležitá úloha sestry v prevencii a zdravotnej výchove je v ovplyvňovaní postoja pacientky k jej vlastnému zdraviu, pretože nie vždy je zhoršovanie zdravotného stavu neznalosť – často pri dostatočnej znalosti chýba motivácia k uplatňovaniu získaných poznatkov v životospráve.

„Motivácia je súhrn vnútorných a vonkajších faktorov, ktoré vzbudzujú, aktivujú, dodávajú energiu ľudskému konaniu a prežívaniu, riadia jeho priebeh, zameriavajú jeho konanie na prežívanie určitým smerom, ovplyvňujú spôsob reagovania jedinca na svoje konanie a prežívanie, jeho vzťahy k ostatným ľuďom a svetu.“ (Prúcha, 2002).

Bibliografické odkazy:

1. VAŇO, B., JURČOVÁ, D., MÉSZÁROS, J., POTANČOKOVÁ, M., ŠPROCHA, B.: Populačný vývoj v Slovenskej republike 2008. Inštitút informatiky a štatistiky Bratislava, 2009, A4-3558/2009.
2. COLLINS, P., ROSANO, G., CASEY, C. et al.: Management of cardiovascular risk in the menopausal woman: a consensus statement of European cardiologists and gynaecologists. In: European Heart Journal, 2007, 28, 16, 2028–2040.
3. SCLAVO, M.: Cardiovascular risk factors and prevention in women: similarities and differences. In: Ital Heart J, Suppl. 2001, Feb, 2(2), 125-41.
4. COLLINS, P.: Rating and eliminating the risk of cardiovascular disease in women. Cambridge Medical Publications, Wicker House, High Street, Worthing, West Sussex BN11 1DJ. Spojené kráľovstvo. © 2008 Cambridge Medical Publications. ISBN 978-1-905467-04-4 dostupné na stránke: http://www.imsociety.org/downloads/assessment_and_management_of_cardiovascular_risks_in_women/pdf.
5. CONROY, R. M. et al.: Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J, 2003, 24, 987–1003.
6. PRÚCHA, J.: Moderní pedagogika. 3. vyd., Portál, 2002, 480, ISBN 80-7367-047-X.

Kontaktná adresa:

PhDr. Monika Labudová, PhD.

Kardiologická ambulancia

Javorová 25

92101 Piešťany

tel.: 0905 911 857

email: labudovamonika@azet.sk

HODNOTENIE VÝSLEDKOV PREDIKTÍVNEHO SKÓROVACIEHO SYSTÉMU APACHE II U GERIATRICKÝCH PACIENTOV V INTENZÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

SCORING PREDICTIVE SCORING SYSTEM APACHE II IN GERIATRIC INTENSIVE CARE PATIENTS

Gabriela Doktorová, Jana Boroňová

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

Úvod

Intenzívna starostlivosť je dynamicky rozvíjajúci sa odbor, ktorého predmetom záujmu je starostlivosť o pacientov s poruchami životne dôležitých funkcií organizmu. Komplexná a individuálna starostlivosť je poskytovaná danému pacientovi v danej chvíli a v čo najväčšej možnej miere. Na pracoviskách intenzívnej starostlivosti pribúda pacientov v seniorskom veku. Geriatrický pacient si prináša so sebou určité charakteristiky, typické pre seniorský vek, a preto si starostlivosť o geriatrického pacienta vyžaduje určité špecifiká, ktorým je treba venovať zvýšenú pozornosť. U geriatrických pacientov je významným faktorom vek, stav kognitívnych funkcií, stav výživy funkčné obmedzenia, stupeň sebestačnosti, komorbidita a pod. Matějovská - Kubešová (2008) upozorňuje na skutočnosť, že aj emergentné situácie a stavy vyžadujúce si intenzívnu starostlivosť, majú u pacientov vo veku nad 80 rokov šancu na uspokojivý výsledok. V našom výskume hodnotíme výsledky intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov s využitím skórovacích systémov. Na predikciu výsledku vzhľadom na prežitie pacienta sme použili skórovací systém APACHE II, ktorý sme aplikovali na skupinu geriatrických pacientov hospitalizovaných na KAIM FN v Trnave.

Skórovacie systémy v intenzívnej starostlivosti, ich význam a využitie

Závažnosť zdravotného stavu kriticky chorého pacienta charakterizujú skórovacie systémy, ktoré slúžia na predikciu pravdepodobnosti výsledkov pacientov. Výsledkom môže byť handicap, funkčný zdravotný stav, morbidita, mortalita alebo kvalita života (Wing WA, 2009). Skórovacie systémy pomáhajú definovať porovnateľnosť kohort pacientov na vedecké štúdie, posúdiť kvalitu starostlivosti a náklady na liečbu (Zadák - Havel, 2007). Vývoj predilekčných modelov mortality pre jednotky intenzívnej starostlivosti bol dôležitý na

meranie výsledku poskytovanej starostlivosti na základe hodnoty skóre, ktoré definuje závažnosť zdravotného stavu pacienta (Glance, 2002). Jednotná klasifikácia skórovacích systémov, ktorá by sa dala aplikovať na hodnotenie kriticky chorých pacientov neexistuje (Bouch - Thompson, 2008).

Hodnotenie pravdepodobnosti mortality pacientov hospitalizovaných na JIS, na základe skóre závažnosti zdravotného stavu kriticky chorých pacientov sa vzťahuje na skupinu pacientov s podobným skóre, nie na jednotlivca. Skórovacie systémy nemôžu byť hlavným kritériom, ktoré určuje ďalší diagnosticko liečebný postup. Vždy rozhoduje klinické vyhodnotenie (Ševčík, 2003).

Skórovací systém APACHE II

Skóre APACHE pôvodne vzniklo v roku 1981 ako pomôcka na rozdeľovanie pacientov podľa závažnosti ich ochorenia. V roku 1985 bolo pôvodné skóre prehodnotené. Jeho prehodnotením vzniklo zjednodušené APACHE II skóre, ktoré je v súčasnosti najviac rozšírené. Na výpočet skóre APACHE II je potrebných 12 premenných znakov: teplota, stredný arteriálny tlak, srdcová frekvencia, dychová frekvencia, hodnota PaO₂, pH, hodnoty Na a K v sére, kreatinínu, hematokritu, leukocytov a GCS. Do systému na výpočet skóre je zahrnutý vek a chronický zdravotný stav pacienta. Každá fyziologická premenná predstavuje najhoršiu hodnotu zaznamenanú za prvých 24 hodín od prijatia na JIS. Výslednú hodnotu ovplyvňuje aj hlavná diagnóza, kvôli ktorej bol pacient prijatý na JIS. Príčina pacientovho prijatia na JIS je pre predikciu mortality rovnako dôležitá ako stupeň akútnej fyziologickej dysfunkcie a chronický zdravotný stav pacienta (Knaus, 1985). Okrem predikcie mortality je APACHE II aj dobrým prediktorom vzniku nozokomiálnych infekcií, predovšetkým s pneumóniou súvisiacou s umelou pľúcnou ventiláciou pacientov na JIS (Lee Lee, 2008).

Hlavným cieľom výskumu bolo vyhodnotiť klinické výsledky intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov a porovnať ich s predpokladaným výsledkom podľa skórovacieho systému APACHE II. a tým zhodnotiť predikčnú schopnosť tohto skórovacieho systému vzhľadom k prežitiu pacienta. Výskum bol realizovaný ako retrospektívna observačná štúdia pacientov hospitalizovaných pacientov v období od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny FN v Trnave. Pre výskum bol vybraný skórovací systém, ktorého skóre bolo možné vyrátať na základe dostupných údajov na KAIM FN v Trnave. Charakteristika výskumného súboru - do výskumu boli zaradení pacienti hospitalizovaní na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny vo Fakultnej nemocnici v Trnave. Hlavnými kritériami začlenenia do výskumu boli vek pacienta, prijatie na KAIM od

1. 1. 2013 do 31.12. 2013, dĺžka hospitalizácie viac ako 24 hodín a dostupnosť laboratórnych vyšetrení. Počet pacientov hospitalizovaných na KAIM FN V Trnave od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 bol 299 pacientov. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientov v geriatrickom veku (nad 65 rokov) bolo 132 pacientov. Z výskumu boli vylúčení pacienti (n=5), ktorí nespĺnili kritériá začlenenia do výskumu (dĺžka hospitalizácie menej ako 24 hodín, nedostupnosť laboratórnych vyšetrení). Pacientov podľa veku sme rozdelili do troch skupín:

- 65 - 74 rokov
- 75 - 84 rokov
- nad 85 rokov

Podľa vekového rozloženia mali najväčšie zastúpenie pacienti vo vekovej skupine 65 - 74 rokov (n=77), počet pacientov vo vekovej skupine 75 - 84 rokov (n=42). Počet pacientov zaradených do výskumu vo vekovej skupine nad 85 rokov bol najnižší (n=8).

Analýza, interpretácia výsledkov výskumu a diskusia

V priebehu posledných desaťročí zaznamenávame výrazný nárast geriatrických pacientov. Môžeme očakávať, že na pracoviskách intenzívnej starostlivosti budú geriatrickí pacienti predstavovať výraznú a dôležitú podskupinu pacientov. Na KAIM FN v Trnave predstavovali geriatrickí pacienti 44,14% všetkých hospitalizovaných pacientov v roku 2013. Výsledok intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov bol predikovaný skórovacím systémom APACHE II. Hodnota skóre bola vyrátaná na základe najhorších zaznamenaných hodnôt jednotlivých pacientov za prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Hodnoty potrebné na výpočet APACHE II skóre sme získavali zo zdravotnej dokumentácie pacientov. Na základe kritéria hodnoty 25 bola každému pacientovi priradená príslušná hodnota - dichotomická nominálna premenná, podľa ktorej bol súbor pacientov rozdelený na 2 skupiny. Rozdiel v početnostiach kategórií premennej výsledok PREŽIL/EXITUS medzi uvedenými skupinami sme testovali Chí-kvadrát testom. Test počíta významnosť rozdielov medzi očakávanou a reálnou početnosťou výskytu kategórií premennej v porovnávaných skupinách. Rozdiely v zastúpení kategórií výsledku „prežil“ a „exitus“ medzi pacientmi s nižším a vyšším skóre v APACHE štatisticky významné (Sig. < 0,001). U pacientov do 25 bodov v APACHE sa úmrtie vyskytlo u 16 % pacientov (84% prežilo). U pacientov s hodnotami 25 a viac bodov v APACHE sa úmrtie vyskytlo v 56,70% prípadoch (43,30% prežilo). Mortalita je teda vyššia u pacientov so skóre APACHE 25 a viac bodov. Tento predpoklad sme overovali ako testovanie rozdielu kvantitatívnej premennej APACHE skóre medzi dvomi nezávislými súbormi – tieto sú definované dichotomickou premennou „výsledok PREŽIL/EXITUS“. Na

základe predchádzajúceho testovania normality, kde premenná APACHE skóre nie je normálne rozdelená v oboch porovnávaných skupinách, sme zvolili neparametrický porovnávací test – Mann-Whiteyho U test. Na základe hodnoty štatistickej významnosti - Sig. < 0,001 hodnotíme rozdiel ako významný, pričom na základe priemerného poradia vyššie skóre v APACHE II sa vyskytovalo v skupine pacientov, ktorí zomreli.

Kolektív autorov (De Rooij, Abu-Hanna, Levi, De Jonge, 2005) sa zaoberali faktormi, ktoré predpovedajú výsledok liečby geriatrických pacientov v intenzívnej starostlivosti. Pokročilý vek sa prirodzene spája so zvýšenou mortalitou. Uvádzajú, že mortalita je u geriatrických pacientov v intenzívnej starostlivosti vyššia ako u pacientov v mladšom veku, čo súvisí so závažnosťou ochorenia a chronickým zdravotným stavom, ktoré sa tiež podieľajú na nepriaznivom klinickom výsledku. Prezentujú názor, že bežne používané prognostické modely neboli kalibrované na použitie u geriatrických pacientov a neriešia funkčný výsledok a dlhodobé prežívanie sledovaných pacientov. Z toho vyplýva potreba vývoja nových skórovacích systémov overených na geriatrických pacientoch v intenzívnej starostlivosti, ktoré predikujú nielen prežitie, ale aj funkčný a kognitívny stav po prepustení. De Jonge spolu so svojimi spolupracovníkmi popisujú vo svojej štúdii pacientov a výsledok liečby pacientov hospitalizovaných na jednotkách intenzívnej starostlivosti v Holandsku v rokoch 1997-2001. V prospektívnej štúdii boli zozbierané údaje potrebné na výpočet predikcie závažnosti ochorenia (napr. skóre APACHE II a SAPS II) u pacientov, ktorí boli prijatí na 18 JIS zúčastnených v štúdii. Výsledky meraní predstavovala mortalita na JIS a nemocničná mortalita, dĺžka hospitalizácie na JIS a štandardizovaný pomer mortality. Zaregistrovaných bolo 55 016 hospitalizácií. Medián hodnoty APACHE II skóre bol 15 a medián hodnoty SAPS II skóre bolo 29. Stredná dĺžka hospitalizácie sa pohybovala medzi 0,86 a 2,76 dňom. Mortalita na JIS a počas hospitalizácie bola 9,0% a 12,9%. U pacientov, ktorí boli hodnotení podľa skórovacieho systému APACHE II bola skutočná mortalita nižšia, ako APACHE II predikoval. Boli zistené významné rozdiely medzi jednotlivými nemocnicami. Aj keď pokročilý vek jednoznačne zvyšuje mortalitu na JIS, neznamená to, že všetci kriticky chorí geriatrickí pacienti majú nepriaznivú prognózu. Štúdie zamerané na špecifické podskupiny geriatrických pacientov dokázali, že mortalita u pacientov nad 85 rokov je 22,1% na chirurgických JIS, 15-25% u pacientov na neurochirurgických JIS a 39-48% u pacientov na ostatných JIS. Somme - Mailet et al. (2003) prezentovali výsledky štúdie, ktorá sa zaoberala krátkodobými a dlhodobými výsledkami geriatrických pacientov na jednotke intenzívnej starostlivosti. Štúdia bola vykonaná na desiatich lôžkami lekárskej jednotke intenzívnej

starostlivosti v univerzitnej nemocnici. Výskumný súbor tvorilo 410 pacientov, zaradených do troch podskupín: 1. podskupinu tvorili pacienti vo veku 75 až 79 rokov ($n = 184$, 44,4%), 2. skupinu predstavovali pacienti vo veku 80 - 84 ($n = 137$, 33,4%) a 3. skupinu najstarší pacienti $>$ alebo $= 85$ ($n = 91$; 22,2%). Medzi sledované faktory patrilo základné ochorenie, orgánová dysfunkcia, závažnosť ochorenia, dĺžka pobytu v nemocnici, použitie UPV, terapeutické činnosti a nozokomiálna infekcia. Multivariačná analýza bola vykonaná na rizikových faktoroch pre JIS a dlhodobej mortality. Podľa výsledkov sa dĺžka pobytu na JIS, V našom výskumnom súbore sme si rozdelili sledovanú vzorku respondentov na dve skupiny, na základe kritéria hodnoty 25 bola ku každému pacientovi priradená príslušná hodnota - dichotomická nominálna premenná. Rozdiel v početnostiach kategórií premennej výsledok PREŽIL/EXITUS sme testovali Chí - kvadrát testom. V skupine skóre do 25 bodov bolo 81 pacientov, s výsledkom prežil bola absolútna početnosť $n=68$, očakávaná početnosť $n=56,1$. 84,00% pacientov do skóre 25 bodov prežilo. S výsledkom exitus bola absolútna početnosť $n=13$ pacientov, očakávaná početnosť $n=24,9$. Exitovalo 16,00% pacientov v skupine pacientov do 25 bodov APACHE II skóre. V skupine pacientov 25 a viac bodov bolo 46 pacientov, absolútna početnosť u pacientov, ktorí prežili $n = 20$, očakávaná početnosť $n=31,9$. 43,30% pacientov so skóre 25 a viac bodov prežilo. U pacientov, ktorí exitovali, bola absolútna početnosť $n=26$, očakávaná početnosť $n=14,1$. Pacienti, ktorí exitovali v skupine skóre APACHE II 25 a viac bodov tvorili 56,70%. Na výpočet štatistickej významnosti sme použili Pearsonov Chí - kvadrát test. Zistili sme štatisticky významné rozdiely v zastúpení kategórií výsledku "prežil" a "exitus" medzi pacientmi s nižším a vyšším skóre APACHE II (Sig. $< 0,001$). Mortalita je teda vyššia u pacientov so skóre APACHE II 25 a viac bodov. Použitím Chí - kvadrát testu sme porovnávali premennú výsledok PREŽIL/EXITUS vzhľadom k vysokému či nízkemu skóre v APACHE II v dvoch vekových skupinách pacientov osobitne. Vzhľadom k nízkemu počtu respondentov v tretej vekovej skupine a aj vzhľadom k výsledkom deskriptívnej analýzy sme sa rozhodli spracovať doplnujúce výsledky len pre 2 skupiny. Štatistické významnosti rozdielov v početnostiach výskytu kategórií PREŽIL/EXITUS medzi skupinami so skóre APACHE II do 25 bodov v jednej skupine a 25 a viac bodov v druhej skupine, sú v oboch vekových skupinách Sig. $< 0,05$. Úroveň u pacientov do 74 rokov je Sig. $< 0,001$, u pacientov vo veku 75 a viac rokov je Sig. $< 0,01$. Vo veku 65 - 74 rokov zomrelo 52% pacientov so skóre 25 a viac bodov, v skupine pacientov 75 a viac rokov zomrelo 61,90% pacientov so skóre 25 a viac bodov.

Saad Ahmed et al. prezentovali výsledky štúdie, ktorá sa uskutočnila od mája 2005 do mája 2006 v Univerzitnej nemocnici v Karáči v Pakistane. Cieľom štúdie bolo korelovať skórovací systém APACHE II s úmrtnosťou a dĺžkou pobytu na jednotke intenzívnej starostlivosti. Hodnota APACHE II skóre bol počítaná na 1. a 7. deň od prijatia na JIS. Prvá hodnota APACHE II skóre predikovala výsledok (prežitie/exitus), hodnota APACHE II v 7. deň bola použitá na predikciu dĺžky pobytu na JIS. Pearsonov korelačný test bol stanovený pri hodnote $p < 0,05$. Pacienti so skóre 3 - 10 ($n=30$) prežili v 90% prípadoch, u pacientov ($n=39$) so skóre 25 a viac bolo pozorovaných 33 úmrtí (84,60%). To potvrdilo, že u pacientov so skóre 25 a viac je vyššia mortalita ako u pacientov s nižším skóre APACHE II. Autori štúdie pozorovali významnú koreláciu ($p < 0,183$) medzi APACHE II skóre a dĺžkou pobytu na JIS. Skórovací systém APACHE II sa obvykle používa na posúdenie závažnosti stavu pacienta na JIS. Štúdie, ktorej sa zúčastnilo 102 pacientov, bola vykonaná na neurologickej JIS, skúmala predikčný systém APACHE II vo vzťahu skutočnej mortality a predpokladanej mortality. Pacienti boli rozdelení do skupín podľa hodnoty skóre APACHE II. Podľa záverov štúdie skutočná mortalita bola nižšia ako predpokladaná vplyvom účinnej liečby. Vyššie APACHE skóre bolo spojené s vyššou skutočnou mortalitou, najmä u pacientov, ktorých APACHE II skóre bolo väčšie ako 10. APACHE II skóre skupiny pacientov, ktorí exitovali bolo vyššie ako skupiny pacientov, ktorí prežili a tento rozdiel bol označený ako štatisticky významný. Autori štúdie interpretujú záver, že skórovací systém APACHE II môže poskytnúť cenné informácie pre predikciu stavu a prognózu pacienta na neurologickej JIS (Bian et al., 2015).

Predikčnú schopnosť APACHE II skóre prezentovali výsledky štúdie na JIS hrudnej chirurgie. Prospektívna štúdia bola vykonaná v Univerzitnej nemocnici v Karáči (Pakistan) od januára 2009 do decembra 2009. Výskumný súbor tvorilo 143 pacientov, z toho bolo 59 mužov (41,3%) a 84 žien (58,7%). Priemerná hodnota APACHE II skóre za prvých 24 hodín hospitalizácie bola 20,09. Z výskumného súboru zomrelo 80 pacientov so skóre 22 a viac, 63 pacientov, ktorí prežili mali skóre APACHE II nižšie ako 20. Výsledky štúdie ukázali dobrú predikčnú schopnosť skórovacieho systému APACHE II (Haidri et al, 2011).

Záver

V problematike intenzívnej starostlivosti o geriatrického pacienta zostáva ešte veľa nezodpovedaných otázok. My sme sa v našej práci zamerali na výsledky intenzívnej starostlivosti o geriatrických pacientov s využitím skórovacieho systému APACHE II. Pozorovaným výsledkom bola hodnota skóre, ktorá definovala závažnosť zdravotného stavu

pacienta počas jeho hospitalizácie. Hodnotili sme predikčnú schopnosť skórovacieho systému APACHE II vzhľadom na prežitie pacienta. Skúmaný súbor sme rozdelili na skupiny PREŽIL/EXITUS. Na základe výskumu sme dospeli k záveru, že mortalita je vyššia u pacientov so skóre APACHE II 25 a viac bodov a môžeme skonštatovať dobrú predikčnú schopnosť skórovacieho systému APACHE II vzhľadom na prežitie geriatrického pacienta v intenzívnej starostlivosti. Hodnotenie pravdepodobnosti mortality pacientov hospitalizovaných na JIS, na základe skóre závažnosti zdravotného stavu kriticky chorých pacientov sa nevzťahuje na jednotlivca, ale len na skupinu pacientov s podobným skóre. Poznať mortalitu predilekčnej skupiny pacientov s podobným skóre môže byť užitočné a má svoj význam, no nemôžeme mať istotu, ktorí z pacientov zomrú a ktorí prežijú (Mootha, 2007). Na základe interpretovaných výsledkov výskumu môžeme odporučiť využívanie predikčnej schopnosti skórovacieho systému APACHE II vzhľadom na prežitie geriatrického pacienta v intenzívnej starostlivosti.

Zoznam použitej literatúry

- BOUCH, D.C. - THOMPSON, J.P. 2008. Severity scoring systems in the critically ill. In *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. ISSN 1743-1824, 2008, roč. 8, č. 5, s. 181-185.
- DE ROOIJ, S. E. et al. 2005. Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. In *Crit Care*. 2005. May 9 (4). R307-R314. Dostupné na: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1269437/>>
- HAIDRI, F.R. - RIZVI, N. MOTIANI, B. 2011. Role of apache score in predicting mortality in chest ICU. In *Journal Pakistan Medical Association*. ISSN 0030-9982, 2011, vol. 61, No. 6, p. 589-592.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzívni péči*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KEEGAN, M. T. - GAJIC, O. - AFESSA, B. 2011. Severity of illness scoring systems in the intensive care unit. In *Critical Care Medicine*. ISSN 1530-0293, 2011, vol. 39, No. 1, p. 163-170
- KNAUS, W.A. et al. 1985. APACHE II: A severity of disease classification system. In *Critical Care Medicine*. ISSN 1530-0293, 1985, vol. 13, p. 818-829.
- LEE LEE, C. 2008. Association of Apache II scores with risk of device associated infection in an Intensive Care Unit. [online]. Hong Kong: The University of Hong Kong, 2008. 47 p.

- [cit.2014-4-12].Dostupné na internete:
<<http://hub.hku.hk/bitstream/10722/55168/1/FullText.pdf?accept=1>>.
- MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. et al. 2009. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vydanie. Praha: Galén, 2009. 233 s. ISBN 978-80-7262-620-5.
- MOOTHA, V.K. 2007. Severity scores in ICU. DM seminars. [online]. Dept of Pulmonary medicine. PGIMER, 2007. [citované 2014-4-12]. Dostupné na internete:
<http://www.indiachest.org/teaching_material/ICU%20severity%20scores.pdf>.
- ROWEN, K.M. 1994. Intensive Care Society's Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II) study in Britain and Ireland: a prospective, multicenter, cohort study comparing two methods for predicting outcome for adult intensive care patients. In *Crit Care Med*. 1994. September 22 (9). 1392-1401. Dostupné na: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8062560>>
- ŠEVČÍK, P. a kol. 2003. *Intenzivní medicína*. 2. rozšírené vydanie. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
- VINCENT, J.L. - MORENO, R. 2010. Clinical review: Scoring systems in the critically ill. In *Critical Care*. ISSN 1364-8535, 2010. roč. 14, č. 2, s. 207-215.
- WING WA, Y. 2009. Scoring Systems in ICU. Speciality Board in Critical Care Medicine. Critical Care Tutorial. [online]. Hong Kong: Department of Intensive Care Pamela Youde Nethersole Eastern Hospital, 2009. [citované 2014-4-14]. Dostupné na internete:
<<http://www.hkscem.org/images/stories/Interhospitalmeeting/2009/scoring%20system%20in%20icu%202009.pdf>>.

MOŽNOSTI PREVENČIE INFEKČII U SENIOROV

OPTIONS PREVENT INFECTIONS IN THE ELDERLY

Adriána Kršáková

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Katedra ošetrovatel'stva

Úvod

Znížená obranyschopnosť organizmu u osôb v treťom veku je spôsobená najmä poklesom bunkovej i humorálnej imunity. Zníženú imunitu seniorov môžu zapríčiniť aj iné faktory. Toto vekové obdobie je často spojené s nepriaznivými sociálnymi zmenami, ktoré v niektorých prípadoch vedú až ku vzniku depresie a poklesu aktivity centrálného nervového systému. Chronický psychický stres a depresie zhoršujú výkonnosť imunitného systému, a to najmä v populácii staršej vekovej kategórie. Možnosti prevencie infekcii môžeme rozdeliť do 2 hlavných oblastí, jednak možnosť prevencie očkovaním a potom iné možnosti ako je udržiavať celistvosť kože – prevencia dekubítov, vhodná pedikúra, či užívanie probiotík. Znížená funkcia imunitného systému vedie k tomu, že u seniorov sú bežné infekčné ochorenia najčastejšími príčinami chorobnosti. Pneumónia či už bakteriálneho alebo vírusového pôvodu, je typickou príčinou chorobnosti a úmrtnosti u osôb v tejto vekovej kategórii. Klinické príznaky zápalu pľúc bývajú u starších pacientov často atypické, a preto sa zložitejšie diagnostikuje. Vek nad 65 rokov je jedným z faktorov, ktoré významne zhoršujú priebeh ochorenia. Podľa štatistických údajov, ktoré vydalo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) v Atlante (USA) r. 1996, 80 - 90 % z celkového množstva úmrtí v dôsledku chrípkového ochorenia pripadá na vekovú kategóriu nad 65 rokov. Z tohto dôvodu odporúčalo vo svojom dokumente *Public Health Service's Healthy People 2000* každoročné preventívne očkovanie osôb nad 65 rokov proti chrípke a bakteriálnemu zápalu pľúc. V Slovenskej republike sa tiež zaviedlo preventívne očkovanie seniorov proti chrípke.

Očkovanie má byť v prvom rade zamerané na ľudí, u ktorých je najvyššia pravdepodobnosť vzniku komplikácií, resp. tých, ktorí sú najväčšmi vystavení riziku nákazy. Vysoká pravdepodobnosť vzniku komplikácií je u osôb s iným, najmä chronickým, ochorením, u osôb so zníženou obranyschopnosťou organizmu ako aj u starších osôb ako 65 rokov. Ďalšou ohrozenou skupinou sú osoby žijúce v kolektívnych zariadeniach, ako sú

domovy dôchodcov, sociálne ústavy, geriatrické centrá a podobne. Podľa Regionálneho úradu SZO pre Európu očkovanie v rizikovej skupine starších osôb znižuje chorobnosť o 60 % a úmrtnosť o 70 – 80 %. U zdravých ľudí je očkovanie rovnako efektívne, kedy sa chorobnosť znižuje o 70 – 90 %. Na dosiahnutie efektívneho účinku očkovania proti chrípke SZO stanovila cieľ – zaočkovanosť aspoň na úrovni 75 % v rámci skupiny starších osôb spadajúcich medzi rizikové skupiny populácie.

Očkovanie v Slovenskej republike sa riadi národným Imunizačným programom, ktorý rešpektuje odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a Európskej komisie. V rámci tohto programu sa vytvorili aj zákonné úpravy, ktoré určujú podmienky a pravidlá očkovania. V súčasnom období povinné a odporúčané očkovanie dospelých upravuje Vyhláška č. 585 MZ SR z 10. decembra 2008 v znení neskorších predpisov. V tejto zákonnej vyhláške sa očkovanie upravuje ako povinné u osôb, ktoré dosiahli určitý vek, alebo sú vystavené zvýšenému riziku vybraných nákaz, napr. zo zdravotných dôvodov alebo profesionálne, alebo odporúčané pre vybrané skupiny obyvateľov. Z týchto zákonných úprav vyplýva, že na Slovensku je pre všetkých dospelých povinné očkovanie proti záškrtu a tetanu, ktoré by mal každý dospelý absolvovať každých 15 rokov (prvýkrát vo veku 30 rokov, potom 45, 60, 75...) (2). Očkuje sa jednou dávkou vakcíny obsahujúcou antigény voči obidvom ochoreniam. Podľa §7 odsek 5 vyhlášky 585/2008 Zz - povinné očkovanie osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz je odporúčané očkovanie proti chrípke u osôb, ktoré sú umiestnené v zariadeniach sociálnych služieb. Taktiež proti pneumokokovým invazívnym infekciám sa očkujú osoby umiestnené v zariadeniach sociálnych služieb.

Ako ukazuje tabuľka č 1 počet vakcinovaných osôb v sociálnych zariadeniach v minuloročnej chrípkovej sezóne bol vo vekovej kategórii viac ako 60 rokov 67,2% proti chrípke a iba 13,6% voči invazívnym pneumokokovým ochoreniam (3).

Tabuľka č.1: OČKOVANIE PROTI CHRÍPKE A PROTI INVAZÍVNYM PNEUMOKOKOVÝM OCHORENIAM U OSÔB, UMIESTNENÝCH V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

V OBDOBÍ OD 1. 9. 2013 DO 31. 8. 2014 V SR

Vek očkovancovv rokoch	Celkový počet osôb v kolektívnych zariadeniach	počet očkovaných vakcínou proti chrípke					počet očkovaných vakcínou proti pneumokok invazívnym ochoreniam	
		Vaxigrip	Influvac	Fluarix	Spolu		abs.	%
					abs.	%		
0 - 5	27	3	9	-	12	44,4	-	-
6 -14	124	42	28	-	70	56,5	-	-
15 - 19	159	69	26	-	95	59,7	-	-
20 - 59	915	443	128	85	656	71,7	156	17,0
<u>60 +</u>	2789	1137	551	187	1875	<u>67,2</u>	379	<u>13,6</u>
Spolu	4014	1694	742	272	2708	67,5	535	13,3

Prevenia herpes zoster.

Vírusové ochorenie – pásový opar je spôsobený reaktiváciou vírusus varicella- zoster, a ochorenia sa častejšie vyskytuje vo vyššom decéniu. /4/. Avšak posledné roky existuje na trhu očkovacia látka, ktorá je indikovaný na prevenciu herpes zoster a postherpetickej neuralgie (PHN) súvisiacej s herpes zoster .Daná očkovacia látka je indikovaný na imunizáciu jedincov vo veku 50 rokov alebo starších (5). V placebom kontrolovanej, dvojito zaslepenej štúdii dostalo 98 dospelých osôb vo veku 60 rokov alebo starších druhú dávku očkovacej látky 42 dní po prvej dávke; očkovacia látka bola vo všeobecnosti dobre tolerovaná. Frekvencia nežiaducich účinkov súvisiacich s očkovacou látkou po druhej dávke očkovacej látky bola vo všeobecnosti podobná frekvencii pozorovanej po prvej dávke. V

otvorenej štúdií sa očkovacia látka podala ako posilňovacia dávka 201 jedincom vo veku 70 rokov alebo starších bez HZ v anamnéze, ktorí dostali prvú dávku približne pred 10 rokmi a ako prvá dávka 199 jedincom vo veku 70 rokov alebo starších bez HZ v anamnéze. Očkovacia látka bola vo všeobecnosti dobre tolerovaná; frekvencia nežiaducich účinkov súvisiacich s očkovacou látkou po posilňovacej dávke -bola vo všeobecnosti podobná frekvencii pozorovanej po prvej dávke.

Prevenia klostrídiových infekcií

Probiotiká majú zásadný význam pri udržiavaní rovnováhy črevnej mikroflóry, pretože znižujú výskyt nežiaducich mikroorganizmov. V dôsledku pôsobenia viacerých faktorov často dochádza k narušeniu tejto rovnováhy, či už ide o rôzne metabolické poruchy, nesprávne stravovanie, pôsobenie stresu alebo vírusové a infekčné ochorenia a, samozrejme, liečbu antibiotikami (7).

Clostrídiové infekcie

Infekcie vyvolané *Clostridium difficile* predstavujú v poslednom desaťročí liečebný a preventívny problém. Významne sa mení epidemiológia ochorenia, incidencia narastá nielen u hospitalizovaných pacientov, ale aj v komunite, pribúdajú hypervirulentné kmene, problematická je tendencia k rekurenciám. Na manažment infekcií je uverejnených mnoho odporúčaní. Okrem liečby je podstatná rýchla diagnostika a účelné preventívne opatrenia s cieľom zabrániť horizontálnemu prenosu infekcie. Keďže jedným z hlavných rizikových faktorov je v súčasnosti mohutne rozšírená antibiotická liečba, je nutná osвета a správna antibiotická politika (6).

Prevenia vzniku klostrídiových infekcií- **primárna prevencia**, zahŕňa elimináciu ovplyvniteľných rizikových faktorov, hygienické opatrenia a užívanie probiotík. Dôležitá je racionálna antibiotická liečba zahŕňajúca reštrikciu nadbytočného, neuváženého podávania antibiotík, najmä najrizikovejších z hľadiska rozvoja CDI a proťahovanej liečby, opatrná indikácia antacid a antimitilík, včasná mobilizácia a demisia pacienta z nemocničného prostredia. Probiotiká majú v rámci primárnej profylaxie podstatne vyšší efekt ako v liečbe. Ako najúčinnnejšie sa ukazujú už spomínané prípravky so *Saccharomyces boulardii* a *Lactobacillus* spp., nie je ale zadaná dĺžka podávania ani dávkovanie.

Tabuľka č.2 ukazuje na vekový priemer pacientov s klostrídiovou infekciou.

Súbor pacientov
Infekčná klinika FN Trnava v období 08/2011 – 08/2014

- Retrospektívna analýza epidemiologických údajov a klinického priebehu.
- 54 pacientov s potvrdenou diagnózou CDI, v rozmedzí 15-89 rokov.

	Počet		Vekový priemer	Priemerná dĺžka hospitalizácie
Celkový počet pacientov	54		70,7	12,27 dňa
Muži	15	27,7%	63,4	
Ženy	39	72,3%	73,6	

✓ Pacienti > 65 rokov tvorili 77,7 %.



Iná prevencia

Nezanedbateľnou súčasťou starostlivosti o geriatrických pacientov je starostlivosť o celistvosť kože a predchádzanie tvorby dekubitov, vhodné použitie obuvi u diabetikov, ako aj vhodná pedikúra a tým zamedzenie vzniku rôznych kožných infekcií ako je erysipelas.

Záver: Aktívny prístup seniorov k zdravému životnému štýlu, dostatok informácií o možnosti prevencie môže prispieť k ich kvalitnému a spokojnému životu v treťom veku.

Použitá literatúra

1. Kaiglová, E. Reichrtová: Ageing - the Natural Process? Život. Prostr., Vol. 34, No. 6, ... 2000.
2. <http://www.infodoktor.sk/wp-content/uploads/2014/03/V%C3%BDznam-a-princ%C3%A4Dpy-o%C4%8Dkovania-pre-dospel%C3%BDch.pdf>
3. Ondicová a kol: Regionálny úrad verejného zdravotníctva, odbor epidemiológie, Trnava, 2015
4. Strehárová, A.
5. http://www.ema.europa.eu/docs/sk_SK/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000674/WC500053462.pdf
6. Koričanská, A.: Infekcie vyvolané Clostridium difficile (špecializačná práca). Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, Lekárska fakulta

Kontaktná adresa autora:

doc. MUDr. Adriana Kršáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Trnavská univerzita

Univer. Námestie 1

91701 Trnava

adriana.krsakova@truni.sk

033/5938749

VYCHÁDZAJÚCI HORIZONT BASED HORIZON

^{1,2} Andrea Bratová, ^{3,4} Peter Letanovský, ^{2,5} Jozef Vago, ² Oľga Szalmová,
^{2,5} Jana Vagová

¹Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovatel'stva

²Slovenský Červený kríž

³Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky

⁴Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra verejného zdravotníctva

⁵Alfa Rescue

Úvod

Príspevok vychádzajúci horizont sa zameriava na problematiku migračnej krízy a migrantov. V Slovenskej republike sa v dňoch 27. – 29.7.2015 konalo takticko-poradové cvičenie „Nový horizont 2015“, v priestore: Koliňanský vrch a kasárne - Nitra Krškany. Počas cvičenia sa špecifikovali na identifikácie ohrození, ktoré by mohli vzniknúť pri reálnom spoločnom nasadení, stanovenie zodpovednosti a právomocí v rámci reťazca velenia, a riadenia, hodnotením spôsobilostí, súčinnosti medzi zložkami, a návrhom opatrení. Pre požiadavky cvičenia bol vytvorený tábor, ktorý bol vytvorený na základe požiadaviek, ktoré boli stanovené v priebehu plánovacích diskusií k pripravovanému cvičeniu (1).

V oblasti spôsobilosti bolo potrebné zabezpečiť primárnu zdravotnú starostlivosť, odbornú prvú pomoc, stabilizáciu a transport ranených s ich ošetrením (2). Bezpečnostné riziká v prípade reálneho zásahu súvisia s tým, že v rámci pracoviska stanu BRIOB (brigádne obväzisko) sú umiestnené ostré predmety (injekčné ihly, nožnice a iné zdravotnícke pomôcky), ktoré môžu byť použité, ako improvizované chladné zbrane. Zároveň však ide o miesto kde je riziko šírenia prenosných ochorení, nakoľko dochádza ku kríženiu trás epidemiologicky závažných činností akými sú príprava a podávanie stravy, poskytovanie zdravotnej starostlivosti a izolácia chorých (viď mapa na obrázku 1). V priestoroch stanu sa okrem toho zhromažďuje aj odpad, ktorý vzniká pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (použitie injekčné ihly a pod.), takže ide opäť o možné bodné zbrane, v tomto prípade ešte

navyše kontaminované biologickým materiálom (1). V BRIOB stane dominantné úlohy riešili príslušníci Slovenského Červeného kríža. Avšak je tu riziko, nakoľko zloženie tímu tvoria dobrovoľníci a nemajú veľké skúsenosti s manažmentom bezpečnostných rizík, ktoré sa môžu pri činnosti takéhoto tábora vyskytnúť. V prípade reálnej situácie bude tábor v správe Migračného úradu Ministerstva vnútra Slovenskej republiky, v ktorom budú plniť asistenčné úlohy aj príslušníci zdravotníckej služby, ktorí pravdepodobne nebudú ozbrojení služobnou zbraňou je takéto ohrozenie potrebné pri plánovaní tábora zvážiť. Veľký otáznik pre nás predstavujú tieto situácie, pričom je vo všeobecnosti známy názor, že sa zástupcovia bezpečnostných komunit plne nestotožňujú s tvrdením, že migranti umiestnení v táboroch nepredstavujú žiadne bezpečnostné rizika. V prípade, že dôjde k nasadeniu OS SR bude už pravdepodobne potrebné aplikovať výraznejšie represívne prostriedky na nastolenie verejného poriadku a ochranu verejného zdravia. Dôležité je v rámci činnosti tábora zvážiť aj kompetencie náčelníkov alebo vedúcich vybraných stanovísk/služieb, nakoľko pri cvičení samotnom sa vo viacerých prípadoch vyskytla nejasnosť, kto rozhodne kedy má byť špecifický úkon alebo úloha splnená. V prípade kooperácie s členmi Slovenského Červeného kríža bola spolupráca pri plnení úloh bezproblémová a po vysvetlení jednotlivých bezpečnostných rizík, a metódach fungovania ozbrojených síl, bolo velenie a riadenie v danej situácii vždy vykonané po dohode zástupcov oboch zložiek. Pri praktickej realizácii vykonávaní činností bude bezpodmienečne nevyhnutné určiť jednu zodpovednú osobu, ktorá bude riadiť činnosť konkrétneho pracoviska alebo vykonávanej činnosti (1). Hlavnou úlohou zdravotnej starostlivosti bolo vykonávať zdravotnícke zabezpečenie v súčinnosti s príslušníkmi Slovenského Červeného kríža za materiálnej podpory MV SR - OS SR. Plnenie úloh prebiehalo koordinovane a takmer všetci zúčastnení boli zdravotníckymi pracovníkmi, preto nebolo potrebné do priebehu ukážky žiadnym spôsobom zasahovať alebo inak ovplyvňovať činnosť pracoviska. U príslušníkov Slovenského Červeného kríža panovalo plné nasadenie a ochota podriaďovať sa podmienkam špecifického prostredia, spôsobom komunikácie a velenia, bez toho aby tieto zásahy do ich fungovania ohrozili postihnuté osoby alebo fungovanie pracoviska.

Záver

Cvičenie predstavovalo výzvu, ktorú sme všetci chceli zvládnuť. V čase riešenia cvičenia sme nepredpokladali, že problematiky migrantov bude naberať na stále väčšej sile a rozmeroch. Cvičenie sa zameriavalo i na zosúladenie a nasmerovanie postupu pre riešenie problematiky v prípade situácie kde je potrebnú koordináciu a kooperáciu v multiodborovom

tíme. Úlohou zdravotníckej služby bolo vykonávať zdravotnícke zabezpečenie v súčinnosti s príslušníkmi Slovenského Červeného kríža za materiálnej podpory MV SR - OS SR. Plnenie všetkých stanovených úloh prebiehalo koordinovane a takmer všetci zúčastnení boli zdravotníckymi pracovníkmi, preto nebolo potrebné do priebehu cvičenia žiadnym spôsobom zasahovať alebo inak ovplyvňovať činnosť pracoviska. Všetky stanovené ciele sme splnili. Vysoko ocenená bola veľká snaha, nasadenie a ochota podriadiť sa podmienkam špecifického prostredia, spôsobom komunikácie a velenia, bez toho aby tieto zásahy do ich fungovania ohrozili postihnuté osoby alebo fungovanie pracoviska.

Zoznam bibliografických odkazov

1. LETANOVSKÝ, P. 2015. *Hodnotiaca správa k cvičeniu „Nový horizont 2015“*. Odbor zdravotníckej podpory. Úrad hlavného lekára OS SR.
2. NATO STANDARD AJP-4.10 *ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL SUPPORT* Edition B Version 1

Kontaktná adresa:

PhDr. Andrea Bratová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Katedra ošetrovatel'stva

andrea.bratova@truni.sk

+421335939413

RIZIKÁ PÁDOV U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

RISK OF FALLS IN GERIATRIC PATIENTS

BOTÍKOVÁ Andrea¹, DZIACKA Alena¹, MARTINKOVÁ Jana, OFČAROVÍČOVÁ Viera²

¹ Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovatel'stva

² Caritas, Erzdiesöse Wien

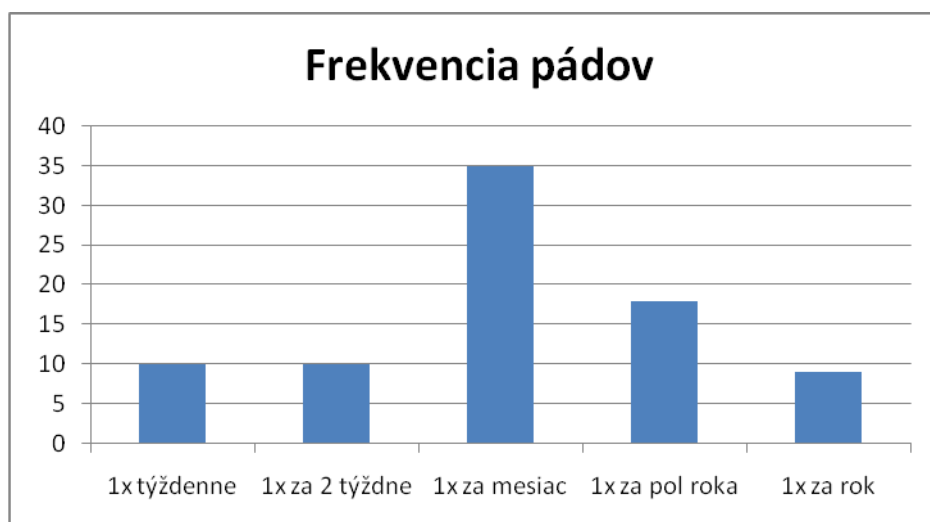
Úvod

Pády predstavujú jednu z najčastejších mimoriadnych udalostí, ktorá komplikuje tak hospitalizáciu, ako aj ambulantnú liečbu a domácu starostlivosť o pacienta. Dôsledky pádov sú oveľa závažnejšie u ľudí vyšších vekových skupín. Výrazne zvyšujú morbiditu a mortalitu a následne vplyvajú aj na psychiku seniorov. Strach z opakovaného pádu môže výrazne znížiť kvalitu ich života a zohráva tiež rolu pri rozhodovaní o umiestnení seniora do zariadenia poskytujúceho dlhodobú ošetrovatel'skú alebo sociálnu starostlivosť (Joint Commission Resources, 2007). Pády u seniorov pôsobia negatívne aj na zdravotnícky personál. Pády končiacie sa zranením nesú so sebou riziko krátkodobých či dlhodobých zdravotných problémov, komplikujú základné ochorenie, predlžujú dobu liečenia a zvyšujú náklady na liečbu (Svobodová, Jurásková, 2011). Pod pojmom pád rozumieme komplex javov vyprovokovaných akútnym či chronickým ochorením, vedľajšími účinkami liekov alebo rizikovým prostredím. Vyšší vek sám o sebe nevedie k pádom a nie každý senior, u ktorého sa vyskytujú opísané problémy, padá. Nie každý pád končí zranením seniora a len niektoré z rizikových faktorov sú ovplyvniteľné (Tošnerová, 2011). Pády sú ovplyvňované faktormi, ktoré delíme na vonkajšie a vnútorné. Pri eliminácii výskytu pádov zohrávajú rolu preventívne opatrenia, zamerané najmä na vonkajšie rizikové faktory, ktoré je možné týmito opatreniami ovplyvniť a následne častosť pádov znížiť. Tieto faktory vychádzajú z vonkajšieho prostredia pacienta a týkajú sa jeho úpravy, vybavenosti bezpečnostnými pomôckami, medikácie pacientov a podobne. Vnútorné rizikové faktory súvisia s vnútorným prostredím pacienta, s jeho organizmom, chorobami a sú oveľa ťažšie ovplyvniteľné preventívnymi intervenciami.

Problematika pádov geriatrických pacientov, ich častý výskyt v zdravotníckych zariadeniach, rizikové faktory napomáhajúce zvýšenej frekvencii pádov a komplikácie pádov sa stali impulzom pre náš výskum, v ktorom sme sa zamerali na niektoré vonkajšie rizikové faktory pádov a na ich výskyt v štyroch zdravotníckych zariadeniach. Skúmali sme, či ich výskyt vplýva na frekvenciu pádov u seniorov. Zaoberali sme sa aj súvislosťou medzi frekvenciou pádov a činnosťou pacienta v čase pádu, zaujala nás tiež otázka vplyvu dennej doby na pády a zisťovali sme mieru informovanosti ošetrovateľského personálu o prevencii pádov, zaznamenávanie pádov a vyhodnocovanie rizikových pacientov. Stanovili sme si ciele výskumu a to zistiť súvislosť medzi frekvenciou pádov u seniorov a vonkajšími rizikovými faktormi, a v druhom rade zistiť mieru informovanosti ošetrovateľského personálu o prevencii pádov seniorov.

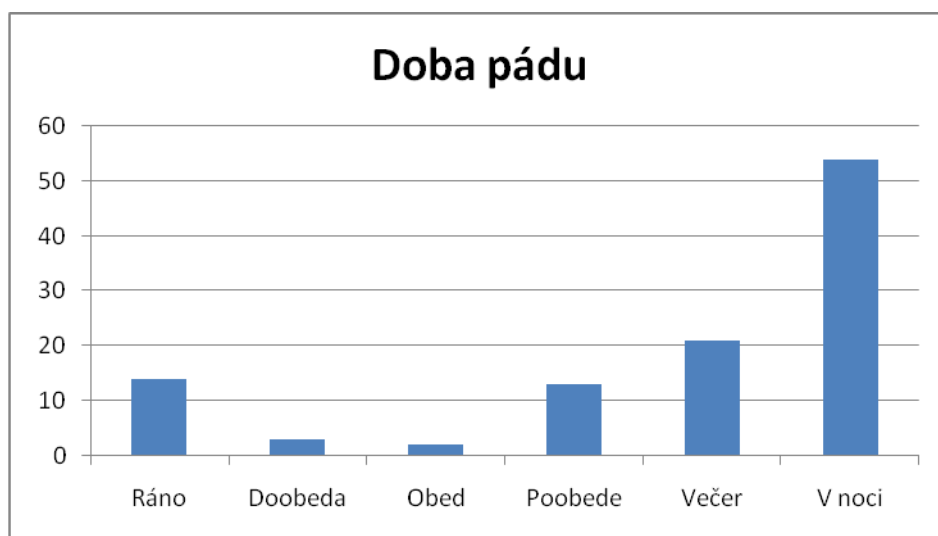
Metodika

Vybrali sme si vzorku respondentov, ktorá bola zložená zo sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť seniorom na jednotlivých oddeleniach zdravotníckych zariadení vo Viedni. Respondentom sme distribuovali sto dotazníkov s návratnosťou 89%. Údaje zistené pomocou dotazníkov sme použili štatistické metódy, ako χ^2 test a percentuálne a grafické vyhodnotenie získaných údajov. V našom výskume sme predpokladali, že existuje súvislosť medzi dennou dobou a výskytom pádov u seniorov (Graf 1 a 2)



Graf 1 Frekvencia pádov

Najväčší počet respondentov, čiže 35 sestier (42,68%) označilo možnosť c), čo znamená, že najčastejšia frekvencia pádov na oddeleniach je 1-krát mesačne. Menej častý výskyt pádov – 1-krát za pol roka – uviedlo 18 sestier (21,95%), po 10 sestier uviedlo výskyt pádov 1-krát za dva týždne a 1-krát týždenne (12,20%) a len deväť sestier (10,98%) uviedlo, že pády na ich oddelení sa vyskytujú 1-krát ročne.



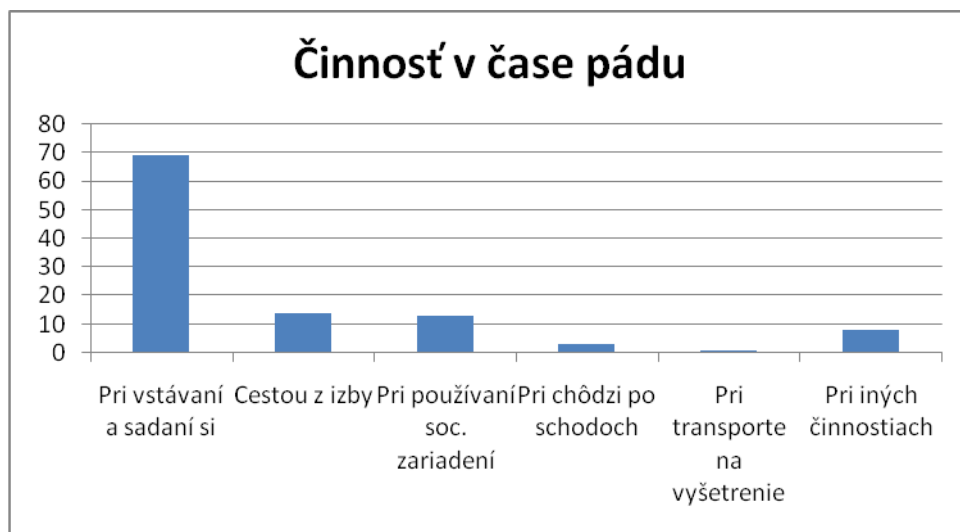
Graf 2 Doba pádu

Až 54 respondentov z 82 uviedlo, že k pádom geriatrických pacientov na ich oddelení prichádza najčastejšie v noci, čo je 50,47% z celkového počtu respondentov. V 19,63% sa pády odohrali večer (21 respondentov), v 13,08% ráno (14 respondentov) a v 12,15% v poobedňajších hodinách (13 respondentov). Najmenej pádov bolo zaznamenaných doobeda (3 respondenti) a počas obeda (2 respondenti). Pre overenie predpokladu sme si zostavili tabuľku pozorovaných početností, k nej sme vytvorili tabuľku predpokladaných početností, zvolili sme si hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Určili sme počet stupňov voľnosti df , pričom platí:

$$df = (\text{počet riadkov} - 1) \times (\text{počet stĺpcov} - 1).$$

V štatistických tabuľkách sme si našli kritickú hodnotu a podľa vzorca $\chi^2 = \sum \frac{(O-E-0,5)^2}{E}$ sme vypočítali χ^2 . Porovnaním vypočítanej hodnoty s kritickou hodnotou sme potvrdili platnosť alternatívnej hypotézy. To znamená, že frekvencia pádov závisí od dennej doby.

V našom výskume sme pokračovali a predpokladali sme, že existuje súvislosť medzi frekvenciou pádov a činnosťou seniorov v čase pádu (Graf 3 a 4)



Graf 3 Činnosť v čase pádu

Podľa respondentov sa pády u geriatrických pacientov v najväčšej miere odohrávajú pri vstávaní z postele, stoličky, kresla alebo pri sadaní si (63,89%), zriedkavejšie cestou z izby do jedálne, vyšetrovne a pod. a pri používaní toalety alebo sprchy. Pri transporte na vyšetrenie alebo ošetrovanie uviedol pád len jeden respondent, osem respondentov uviedlo požitie alkoholu seniorom. Z údajov sme vytvorili znovu kontingenčnú tabuľku pozorovaných početností, tabuľku predpokladaných početností a výpočtom χ^2 sme potvrdili platnosť alternatívnej hypotézy, ktorá hovorí, že pády seniorov súvisia s ich činnosťou v čase pádu.

Naším druhým cieľom bolo zistiť mieru informovanosti ošetrovateľského personálu o prevencii pádov seniorov. Stanovili sme si výskumné otázky, či bol ošetrovateľský personál zaškolený o rizikách pádov geriatrických pacientov? A či má ošetrovateľský personál dostatočné informácie o rizikových faktoroch týchto pádov? Údaje z jednotlivých dotazníkových položiek, ktoré korešpondujú s danou problematikou, sme usporiadali do štatistických tabuliek a vyhodnotili percentuálne (Tabuľka 1 a 2).

Tabuľka 1 Informovanosť o rizikách pádov geriatrických pacientov

Informovanosť o pádoch	Počet sestier	Percentuálne
Áno	74	90,24
Nie	8	9,76
Spolu	82	100,00

Ako uvádza tabuľka 1, takmer 10% respondentov uviedlo, že neboli pri prijatí alebo v začiatkoch svojej praxe informovaní o rizikách pádov seniorov. Podľa nášho názoru je to pomerne veľké percento z celkového počtu respondentov.

Tabuľka 2 Spôsob získania informácií o rizikách pádov pacientov

Pramene informácií	Počet sestier	Percentuálne
Formou školenia	39	47,56
Iným spôsobom	43	52,44
Spolu	82	100,00

47,56% sestier uviedlo, že informácie o rizikách pádov seniorov získali formou školenia, čo je necelá polovica zo všetkých opytovaných respondentov. Ostatné sestry sa priklonili k možnosti b), čiže k týmto vedomostiam sa dostali poučením od vedúcich sestier, informáciami od spolupracovníkov počas služieb, štúdiom literatúry, prípadne iným spôsobom. Následne sme v našom výskume šetrili, či má ošetrovateľský personál dostatočné informácie o rizikových faktoroch týchto pádov (Tabuľka 3 a 4).

Tabuľka 3 Názor – považujete Vaše informácie o tejto problematike za dostatočné?

Dostatočnosť informovanosti	Počet sestier	Percentuálne
Áno	46	56,10
Skôr áno	31	37,80
Skôr nie	2	2,44
Nie	3	3,66
Spolu	82	100,00

56,10% sestier považuje svoje vedomosti za dostatočné, 37,80% za skôr dostatočné, ako nedostatočné zhodnotilo svoje vedomosti 3,66% sestier a skôr nedostatočné vedomosti má 2,44% sestier.

Tabuľka 4 Názor - pocit, že pre kvalitné vykonávanie svojej praxe potrebujete viac vedomostí o danej problematike?

Potreba ďalších informácií	Počet sestier	Percentuálne
Určite áno	29	35,37
Skôr áno	18	21,95
Skôr nie	21	25,61
Nie, stačia mi tie vedomosti, čo mám	14	17,07
Spolu	82	100,00

17,07% sestier má pocit, že si vystačí pri vykonávaní praxe s tými vedomosťami, ktoré o danej problematike má, 25,61% uviedlo, že ďalšie informácie skôr nepotrebujú, 21,95% sestier naopak ďalšie vedomosti skôr potrebuje 35,37% označilo možnosť a), čo znamená, že ďalšie vedomosti pre dobré vykonávanie svojej práce určite potrebujú.

Diskusia

V rámci nášho výskumu sme zistili, že je potrebné zlepšiť vedomosti ošetrovateľského personálu o faktoroch prispievajúcich k zvýšenému počtu pádov, o aktívnom vyhľadávaní rizikových pacientov, o potrebných preventívnych opatreniach a ich implementácii do praxe. Evidencia pádov v jednotlivých zdravotníckych zariadeniach nebola dostatočná, pády sa neevidovali centrálné, v najväčšej miere išlo o zápis do pacientovej dokumentácie. Pre lepšiu orientáciu v danej problematike by bolo vhodné každý pád zdokumentovať formou jednotného protokolu o páde, ktorý by obsahoval dátum a čas pádu, miesto pádu, príčinu pádu, údaje o tom, či sa pacient pri páde zranil, rozsah zranenia a opatrenia prevedené po páde. Tieto protokoly by sa mali pravidelne centrálné vyhodnocovať, analyzovať zistené rizikové faktory a na základe týchto vyhodnotení zavádzať preventívne opatrenia na zníženie rizika pádov. Výsledky nášho výskumu sme porovnali s výskumnými prácami s podobnou problematikou v Českej republike v Rakúsku. Sikorová (2011) v svojej práci uviedla, že sestry vo vybraných českých nemocniciach získavajú vedomosti o pádoch pacientov formou školenia v 59%, v nami sledovaných zariadeniach túto možnosť uviedlo 47,56% sestier. České sestry subjektívne hodnotia svoje vedomosti o pádoch v najväčšej miere (50,1%) na známku „chválitebnú“. V našom výskume túto odpoveď označilo 37,8% sestier. V súvislosti s dennou dobou 50,47% našich respondentov uviedlo, že k pádom pacientov prichádza najčastejšie v noci, túto dobu uviedlo aj 70,5% sestier Sikorovej súboru, Holoušová (2009) uvádza naopak v svojej práci najväčšiu frekvenciu pádov medzi 6. – 14. hodinou (58% pádov). Lechner (2006) v svojej štúdii uvádza najviac pádov okolo 14.hodiny. V našom výskume uvádzame, že najčastejšie k pádom geriatrických pacientov prichádza pri presune z postele, kresla, pri vstávaní a sadaní si (63,89%). Túto informáciu potvrdzuje aj Holoušová (59%). Pády seniorov na WC označila Holoušová v 17%, Sikorová v 93% a naši respondenti v 12,04%. Pády pri presune pacientov z jednej miestnosti do inej (izba – jedáleň a pod.) uvádzame v 12,96%, Lechner v 39% a Sikorová v 88,5%. Pády na schodoch označili naši respondenti v 2,78%, Lechner uvádza 20%.

Záver

Pády geriatrických pacientov a ich dôsledky predstavujú závažný ošetrovatel'ský problém. Jedným z čiastočných riešení tohto problému sú preventívne opatrenia, ktoré síce pády úplne neodstránia, ale pomocou ktorých je možné znížiť frekvenciu pádov a ich komplikácie. Tieto opatrenia je treba zamerať najmä na vonkajšie rizikové faktory, ktoré sú najviac ovplyvniteľné. Jedná sa hlavne o úpravu vonkajšieho prostredia pacienta. Podľa Krajčíka (2006) ide o predchádzanie pokĺznutiu a zakopnutiu geriatrického pacienta, napríklad fixáciou kobercov, suchými a protišmykovými dlážkami, vyvarovanie sa používania malých kobercov a kobercov so stočenými okrajmi, privodových šnúr k elektrospotrebičom ťahaných po dlážke. Úlohu zohráva aj osvetlenie, a to minimálne 100 W žiarovkami a tiež vhodná teplota prostredia, pretože chlad pôsobí na reakcie pacientov tak, že ich spomaľuje a prehriate prostredie nesie so sebou riziko ortostatickej hypotenzie. Fyzické prostredie starého človeka treba vybaviť bezpečnostnými pomôckami, ako sú madlá, protišmykové podložky do kúpeľní, nástavce na toalety. Ďalej sa odporúča umiestniť dvere na sociálnych zariadeniach tak, aby sa otvárali smerom von, inak by mohli tvoriť prekážku pri vyslobodení spadnutého seniora. Nábytok má byť vhodne umiestnený a stabilný. Treba pravidelne kontrolovať technický stav pomôcok, ktoré používajú seniori pri chôdzi.

Literatúra

1. JOINT COMMISSION RESOURCES. 2007. Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 2007. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9
2. HOLOUŠOVÁ, A. 2009 *Příčiny pádů u seniorů*. Diplomová práce. Brno : Lékařská fakulta. 2009. 101 s.
3. KRAJČÍK, Š. 2006. Pády v starobe. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2006, č. 7 – 8, s. 344 – 346.
4. LECHNER, CH. 2006. Stürze im Alter: Kein Missgeschick. In: *Geriatric Praxis*. [online] 2006, č. 6. Wien : Medizin Medien Austria. [cit. 2011.11.15] Dostupné na internete: <http://www.geriatrie-online.at/dynasite.cfm?dsid=77274&dspaid=601423>
5. SIKOROVÁ, N. 2010. Management pádů u seniorů. Diplomová práce. Brno : Lékařská fakulta. 2010. 220 s.
6. SVOBODOBÁ, D., JURÁSKOVÁ, D. 2011. Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice. In: Sborník z mezinárodní konference. Jihlava : Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2011. ISBN 978-80-87035-37-5, str. 642-652

7. TOŠNEROVÁ, T. 2011. Prevence. [online]. 2011. [cit. 2011.11.01] Dostupné na internete: <http://restrikce.cz/html/prevent.html>

Kontaktná adresa prvého autora:

doc. PhDr. Andrea Botíková PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

e-mail : andrea.botikova@truni.sk

PREJAVY ELDERSPEAKU V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

MANIFESTATION OF ELDERSPEAK IN NURSING PRACTICE

KABÁTOVÁ Oľga

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

Abstrakt

Cieľ: cieľom výskumu bolo zistiť najčastejšie prejavy komunikačného ageizmu – elderspeaku pri komunikácii sestier s geriatrickými pacientmi.

Metodika: Kvantitatívny výskum bol realizovaný pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie, v ktorom sestry uvádzali mieru svojho súhlasu/nesúhlasu s tvrdeniami zameranými na výskyt elderspeaku. Pri vyhodnocovaní dotazníka boli použité metódy popisnej štatistiky: relatívna a absolútna početnosť.

Súbor: Výskumný súbor tvorilo 126 sestier, ktoré boli do vzorky zaradené na základe zámerného výberu.

Výsledky: Výsledky výskumu naznačujú, že najčastejším prejavom elderspeaku vo vzťahu ku komunikácii sestier so seniormi je používanie jednoduchých krátkych viet, ktoré pri komunikácii využíva až 84,1 % sestier. Druhým najčastejším sa vyskytujúcim prejavom je spomalené rečové tempo (77,8 %) a nadmerná mimika a gestika (74,6 %). Zvýšený tón hlasu, používanie množného čísla pri komunikácii s jednou osobou a familiárne oslovenie využíva pri komunikácii so seniormi rovnaké percento sestier a to 73 %. Posledným z najčastejších prejavov ageizmu v komunikácii je používanie zdobnením, ktoré uviedlo 52,4 % sestier.

Záver: Elderspeak je častým, no neželaným javom pri komunikácii sestier so seniormi. Jeho eliminácia spočíva v kvalitnom vzdelávaní sestier v oblasti gerontológie a geriatrickej so zameraním na zásady efektívnej a nediskriminačnej komunikácie s geriatrickým pacientom.

Kľúčové slová: komunikácia, ošetrovatel'stvo, ageizmus, elderspeak, prejavy

Úvod

Ageizmus, teda vekovú diskrimináciu možno definovať ako negatívne alebo pozitívne stereotypy, predsudky a/alebo diskrimináciu proti (alebo v prospech) starších osôb na základe

ich chronologického veku, alebo na základe ich vnímania ako „starých“. Elderspeak je jednou z foriem ageizmu, možno hovoriť o tzv. ageizme v komunikácii alebo komunikačnom ageizme. Hultgren (2012) píše, že elderspeak je jednou z najčastejších foriem diskriminácie na základe veku.

Komunikácia je rozhodujúci, no často podceňovaný prvok pri poskytovaní kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti starším ľuďom. Je základom vzťahu medzi sestrou a pacientom. Pre starších pacientov je obzvlášť dôležitá, pretože ich schopnosť porozumieť a dodržiavať liečebný režim a ich spokojnosť s poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti sú do značnej miery ovplyvnené práve komunikáciou.

Sestry pracujúce so seniormi by mali byť citlivé k ich špecifickým potrebám a schopné posilňovať existujúce silné stránky starších pacientov s cieľom podpory, ochrany, upevňovania či prinavrátenia zdravia. Mnohé sestry sa však pri komunikácii so seniormi veľakrát nevedomky dopúšťajú elderspeaku, štýlu prejavu, ktorý má na podporu týchto cieľov potenciálne negatívny dopad.

Elderspeak je anglické označenie pre eticky nevhodné hovorenie o starších ľuďoch a so staršími ľuďmi a k jeho hlavným formám patrí urážlivé hovorenie a dešpekt voči seniorom, verbálne prejavy vekovej diskriminácie a segregácie, fenomén zvecnenia, neprimerane neosobné jednanie, ponížujúca pseudofamiliárnosť a infantilizácia (Kalvach, 2005). Tento komunikačný štýl využívaný pri komunikácií so seniormi je založený na stereotypoch, že starší ľudia sú menej kompetentní a na základe tejto mylnej predstavy mladší ľudia komunikáciu s nimi zjednodušujú. Elderspeak je bežne používaný poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti v domovoch pre seniorov, nemocniciach a iných zariadeniach, kde je možné sa so staršími ľuďmi stretnúť (Simpson, 2002). Pri komunikácií so seniormi je takmer pre každú sestru automatické, že s nimi začne komunikovať ako s malými deťmi a neberie pritom ohľad na ich schopnosť chápať obsahu hovoreného a reagovať naň.

Vzhľadom k vyššie uvedeným faktom bolo cieľom kvantitatívneho výskumu zistiť najčastejšie sa vyskytujúce prejavy elderspeaku v ošetrovateľskej praxi. Čiastkovým cieľom bolo zistiť dôvody používania tohto komunikačného štýlu sestrami.

Materiál a metodika

Základný súbor tvorili sestry, u ktorých sme vykonali tzv. vyčerpávajúce zisťovanie, ktoré spočíva v zisťovaní potrebných údajov u všetkých jednotiek základného súboru, ktorý je predmetom skúmania. Sestry zaradené do výskumu, museli spĺňať nami určené kritériá zaradenia do výberového súboru. Celková výskumná vzorka sestier bola tvorená 126

respondentmi. Kritériá pre výber respondentov boli nasledovné: ukončené vzdelanie potrebné na výkon povolania sestry, aktuálny pracovný pomer na pozícii sestra, vykonávanie ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov.

Pre samotný výskum bola zvolená dotazníková metóda zberu údajov. Dotazník vlastnej konštrukcie obsahoval tvrdenia o používaní rôznych prejavov elderspeaku pri komunikácii so seniormi. Pri každom tvrdení sestry udávali na štvorbodovej Likertovej stupnici miernu svojho súhlasu respektíve nesúhlasu. Pri spracovávaní a analýze dát, získaných dotazníkovým šetrením, boli využité metódy popisnej štatistiky: relatívna a absolútna početnosť. Samotný zber údajov prebiehal v mesiacoch apríl – júl 2015 v troch zdravotníckych zariadeniach v trnavskom regióne.

Výsledky

V tabuľke 1 sú uvedené najčastejšie sa vyskytujúce prejavy elderspeaku v komunikácii sestier. Z tabuľky je zrejmé, že najčastejším prejavom elderspeaku vo vzťahu ku komunikácii sestier so seniormi je používanie jednoduchých krátkych viet, ktoré pri komunikácii využíva až 84,1 % sestier. Druhým najčastejším sa vyskytujúcim prejavom je spomalené rečové tempo (77,8 %) a nadmerná mimika a gestika (74,6 %). Zvýšený tón hlasu, používanie množného čísla pri komunikácii s jednou osobou a familiárne oslovenie využíva pri komunikácii so seniormi rovnaké percento sestier a to 73 %. Posledným z najčastejších prejavov ageizmu v komunikácii je používanie zdrobnením, ktoré priznalo 52,4 % sestier.

Tab. 1 Najčastejšie sa vyskytujúce prejavy elderspeaku v komunikácii sestier

Prejavy ageizmu v komunikácii	Výskyt u sestier (%)
Používanie jednoduchých viet	84,1
Spomalené rečové tempo	77,8
Nadmerná mimika a gestika	74,6
Zvýšený tón hlasu	73,0
Používanie množného čísla	73,0
Familiárne oslovenie	73,0
Používanie zdrobnenín	52,4

% - relatívna početnosť

V tabuľke 2 sú uvedené najčastejšie dôvody využívania elderspeaku pri komunikácii so seniormi. Najčastejšie sestry uvádzali (41,2 %), že touto komunikáciou chcú dosiahnuť efektívnu komunikáciu s pacientom. Druhým najčastejším dôvodom bol samotný vek pacienta, ktorý uviedlo 30,2 % sestier, odlišenie od komunikácie s mladými označilo 11,1 %,

zvyk, rutinu 9,5 % sestier, 4,8 % sestier označilo ako dôvod tejto komunikácie závislosť seniora a 3,2 % sestry fyzikálno-senzorické postihnutie seniora.

Tab. 2 Dôvody používania elderspeaku

Dôvod používania elderspeaku	Počet sestier (%)
snaha dosiahnuť efektívnu komunikáciu so seniorom	41,2
fyzikálno-senzorické postihnutie seniora	3,2
samotný vek	30,2
závislosť seniora	4,8
odlíšenie od komunikácie s mladými	11,1
zvyk, rutina	9,5
iný dôvod	0
celkom	100

% - relatívna početnosť

Diskusia

Populácia na celom svete starne a tento trend bude pokračovať po dobu ďalších desaťročí. Staršia populácia bude zahŕňať čoraz väčší počet ľudí, ktorí budú vyhľadávať zdravotnú starostlivosť. Starší ľudia sú častejšími užívateľmi nemocničných služieb a v priemere majú dlhší pobyt v nemocnici ako mladší. Preto sa očakáva, že starnutie populácie významne ovplyvní ako dopyt po poskytovaní, tak i samotné poskytovanie zdravotnej starostlivosti (Rue, 2003).

Rýchly rast staršej populácie bude nevyhnutne zvyšovať i dopyt po kvalitnej geriatrickej zdravotnej starostlivosti a práve lekári a sestry majú v poskytovaní tejto starostlivosti kľúčovú úlohu. Zvyšujúci sa počet starších pacientov však môže mať negatívne dôsledky na postoje sestier a lekárov voči starším a tie následne môžu negatívne ovplyvniť kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Yen, 2009).

Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo vo všeobecnosti nepatrí medzi obľúbené odbory ošetrovatelstva či už medzi študentmi alebo sestrami. Doherty et al. (2011) píše, že tento fakt je spôsobený tromi základnými faktormi a to: nepriaznivými pracovnými podmienkami, nedostatkom kariérneho pokroku v oblasti starostlivosti o starších ľudí a neuvedomovaním si zo strany zdravotníckych pracovníkov, že starostlivosť o staršie osoby musí byť vysoko špecializovaná. Preto je veľmi dôležité tomuto odboru venovať zvýšenú pozornosť. Práve pozitívne postoje, koncipované ako pocity, vedomosti a pripravenosť, môžu byť jedným z dôležitých faktorov prispievajúcich k rozvoju starostlivosti o seniorov (Soderhamn, 2001).

Ageizmus v komunikácii je definovaný ako elderspeak, teda nevhodné rozprávanie so staršími ľuďmi, ktoré je založené na stereotypoch, že starší ľudia sú kognitívne na nižšej úrovni ako iní. Uvedený štýl reči sa najčastejšie vyskytuje práve v zariadeniach pre seniorov a v nemocniciach (Simpson, 2002; Kemper, 1994). Tento výskyt bol preukázaný i naším výskumom. Z celkového počtu 126 sestier, iba jedna sestra nepoužíva pri komunikácii so seniormi žiadny z prejavov elderspeaku. Ostatných 125 sestier ich používajú a to najčastejšie: jednoduché vety, spomalené rečové tempo, nadmernú mimiku a gestiku, zvýšený tón hlasu, používanie množného čísla pri komunikácii s jednou osobou, familiárne oslovenie (dedko, babka, zlatko ai.) a zdobneniny. Takáto komunikácia môže mať na seniora veľmi negatívny dopad. Mnohé štúdie (Ryan, 1986; Kemper, 1994) totiž dokázali, že elderspeak môže znížiť dôveru starších ľudí v ich vlastné schopnosti a kompetencie a narušiť ich sebavedomie (Thomas, 2010).

Dôvody používania elderspeaku v komunikácii so seniormi môžu byť rôzne. Ryan et al. (1986) navrhla štyri faktory, ktoré by mohli ovplyvňovať účinnú medzigeneračnú komunikáciu. Prvým faktorom je fyzikálne – senzorické postihnutie, kedy komunikátor prispôsobuje svoj jazykový prejav mimo optimálnej úrovne seniora, ktorý je vnímaný ako zvláštne handicapovaný, pričom fyzikálny ani senzorický handicap mať nemusí. Druhým faktorom je závislosť pacienta vyššieho veku, ktorá spôsobí zmenu komunikačného štýlu poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalším faktorom je samotný vek pacienta a negatívne stereotypy voči starším ľuďom, podceňovanie ich spôsobilosti a nezávislosti (ageizmus). Posledným faktorom, o ktorom sa autorka zmieňuje je túžba mladých odlíšiť sa spôsobom komunikácie od starších (napr. rýchlou rečou, slangom).

Pri hľadaní dôvodu, prečo sestry pri kontakte so seniormi využívajú takýto spôsob komunikácie, sestry v našom výskume najčastejšie uvádzali, že ním chcú dosiahnuť efektívnu komunikáciu s pacientom. Mnohé výskumy (Kemper, 1994; Williams, 2013) toto zistenie potvrdzujú. Sestry si totiž myslia, že elderspeakom zlepšia komunikáciu, porozumenie i celkovú starostlivosť o starších pacientov. Výsledok je žiaľ opačný. Využívanie elderspeaku pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má výrazné negatívne účinky a to ako na seniora, tak i na celkovú sociálnu interakciu medzi sestrou a starším pacientom. U seniorov dochádza k zníženiu zapojenia sa do sociálnej interakcie i do celkovej starostlivosti o seba, čo je alarmujúci fakt, pretože tieto dva faktory znižujú úmrtnosť a zvyšujú životnú spokojnosť u pacientov v dlhodobej starostlivosti (Williams, 2009). Medzi ďalšie negatívne účinky elderspeaku patrí zvyšovanie, rozvoj izolácie či depresie a následne pokles fyzických,

kognitívnych i funkčných schopností seniora (Williams et al., 2004). Zaujímavé je však zistenie, ktoré uvádzajú Caporael et al. (1983). Ich štúdia totiž ukázala, že nie na všetkých starších pacientov má používanie elderspeaku zo strany poskytovateľa zdravotnej starostlivosti negatívny vplyv. Štúdia ukázala, že pacienti, ktorí sú na tom po fyzickej či duševnej stránke horšie, nachádzajú v tomto štýle reči útechu.

Druhým najčastejším dôvodom používania elderspeaku bol samotný vek pacienta a odlišenie sa od komunikácie s mladými ľuďmi. Tieto dôvody sami o sebe svedčia o výraznom vekovo diskriminačnom charaktere.

Záver

Účinná a efektívna komunikácia je zručnosť, ktorú sa možno naučiť. Eliminácia eldespeaku, podobne ako i iných foriem ageizmu, spočíva vo vzdelávaní. Výskumy dokazujú, že i krátky vzdelávací program, zameraný na zvýšenie povedomia o elderspeaku a jeho negatívnych dopadoch na staršiu osobu, má za následok merateľné zmeny v znížení jeho používania poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti (Williams, 2013).

Limity

Limity štúdie vidíme najmä v tom, že sa obmedzuje na populáciu sestier v trnavskom regióne. Preto uvedené zistenia nemožno chápať ako univerzálne pre celú Slovenskú republiku. Za limit štúdie možno považovať i fakt, že nedokážeme objektívne zhodnotiť pravdivosť resp. nepravdivosť odpovedí sestier, získaných na základe dotazníkového šetrenia.

Literatúra

1. CAPORAEL, L.R., LUKASZEWSKI, M., CULBERTSON, G. Secondary baby talk: Judgments by institutionalized elderly and their caregivers. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983, vol. 44, pp. 746–754.
2. DOHERTY, M.; MITCHELL, E.; O'NEILL, S. Attitudes of healthcare workers towards older people in a rural population: a survey using the Kogan Scale. 2011. [online]. In *Nursing Research and Practice*. [cit. 2015.8.3.] Dostupné z: www.hindawi.com/journals/nrp/2011/352627
3. HULTGREN, K. *Speak loud and clear: Intergenerational service-learning to ageism and elderspeak*. Psychology Student Work. 2012. 3rd series.
4. KALVACH, Z. *Geriatricie, geriatrický pacient, geriatrický lékař*. [online]. 2005. [cit. 2015-09-1]. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=549>.

5. KEMPER, S. Elderspeak: Speech accommodation to older adults. In: *Aging and cognition*. 1994, vol. 1, pp. 17 – 28.
6. RUE, B. Preventing ageism in nursing students: an action theory approach. In: *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2003, vol. 20, no. 4, pp. 224 – 253.
7. RYAN, E. B. et al. Psycholinguistic and social psychological components of communication by and with the elderly. In: *Language & Communication*. 1986. vol. 6, no ½, pp. 1 – 24.
8. SIMPSON, J. Elderspeak – Is it helpful or just baby talk? In: *The Know*. [online]. The University of Kansas Merrill Advanced Studies Center, 2002. [cit. 2015-09-24] Dostupné z: <http://merrill.ku.edu/IntheKnow/sciencearticles/elderspeak.html>.
9. SODERHAMN, O. et al. Attitudes toward older people among nursing students and registered nurses in Sweden. In: *Nurse Education Today*. 2001, vol. 21. pp. 225 – 229.
10. THOMAS, K. E. *Dialogue Systems, Spatial Tasks and Elderly Users: A Review of Research into Elderspeak. Spatial cognition*. SFB/TR 8 Report No. 2010. Universität Bremen/Universität Freiburg.
11. WILLIAMS, K. N. Evidence-based Strategies for Communicating with Older Adults in Long-term Care. In: *JCOM Journal*. 2013, vol. 20, no. 11, pp.507 – 512.
12. WILLIAMS, K. N. Improving outcomes of nursing home interactions. In: *Research in Nursing and Health*. 2006, vol. 29, no. 2, pp. 121 – 133.
13. WILLIAMS, K. N.; KEMPER, S.; HUMMERT, M. L. Enhancing Communication With Older Adults - Overcoming Elderspeak. [online]. In: *Journal of gerontological nursing*. 2004. [cit. 2015-8-2]. Dostupné z: <http://www2.ku.edu/~kugeron/sklab/pdf/JOGNWilliams.pdf>.
14. YEN, CH. et al., Taiwanese Medical and Nursing Student Interest Levels in and Attitudes Towards Geriatrics. In: *Ann Acad Med Singapore*. 2009. no. 38, pp. 230-236.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Oľga Kabátová, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce

Univerzitné nám. 1

918 43 Trnava

e-mail : olga.kabatova@truni.sk