

MOST

K PARTNERSTVÍ



konference

Jihlavské zdravotnické dny 2011

I. ročník | 21. 4. 2011 | Jihlava



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



Uniwersytet Rzeszowski

SBORNÍK

z mezinárodní konference, na které se účastnily
Fakulta zdravotnictva Katolíckej univerzity v Ružomberku
a Uniwersytet Rzeszowski

Jihlavské zdravotnické dny 2011

I. ROČNÍK

Dne: 21. 4. 2011

Místo konání: Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií

Recenzovali

PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Mgr. Lenka Drahošová

Mgr. Vlasta Dvořáková

PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Mgr. David Rezničenko

Mudr. Jozef Filka, CSc.

Editoři

doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD.

PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Text neprošel jazykovou úpravou.

Vydala Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, Jihlava

První vydání, 2011

© Vysoká škola polytechnická Jihlava

ISBN 978-80-87035-37-5

Obsah

František Albert, Matúš Albert, Jozef Novotný Úloha fyzioterapie na zmiernenie vertebrogénnych porúch adolescentov	10
Petra Balážiová Postavenie a uplatnenie sociálneho pracovníka v zdravotníctve	25
Roman Bednár, Gabriela Majeríková Vhodná voľba cvičenia ako rozhodujúci faktor prevencie bolesti chrbta sestier	33
Anna Benčeková, Hana Padyšáková Programy na prevenciu kardio-vaskulárnych ochorení v SR.....	38
Markéta Blažková, Anna Krátká, Lucie Kramaříková Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče	44
Andrea Bratová Aspekty anestetickéj ošetrovateľskej starostlivosti.....	51
Marie Břendová, Jana Boroňová Spokojenost rodičů a dětí na dětském oddělení – indikátor kvality ošetrovateľské péče	56
Monika Binkowka-Bury, Beata Penar-Zadarko, Małgorzata Nagórska Opinions of community health nurse profession and using health benefits in Poland.....	68
Lada Cetlová Bezpečnostní pás, jako prevence pádu pacienta.....	78
Kateřina Čermáková Specifika v přístupu a péči o umírající pacienty jiného etnika a náboženství.....	85
Martina Černá Interkulturní aspekty komunikace s pacientem	94

Eva Červeňanová, Nikoleta Poliaková	
Prevenca u detí v období 1 – 5 rokov v ambulantnej starostlivosti	102
Lenka Drahošová	
Postoj studentů oboru Všeobecná sestra ke kouření a k edukaci kuřáků	115
Angelika Dudžáková	
Preventívne prehliadky – súčasť prevencie ochorení.....	124
Vlasta Dvořáková	
Kojení a jeho podpora	134
Věra Erbenová, Markéta Moravcová	
Ošetrovatelská péče o šestinedělku, alternativní metody v porodnictví ...	148
Jozef Filka	
Řízení bezpečnosti informací v nemocnici.....	151
Zuzana Garneková	
Význam edukácie v prevencii rakoviny prsníka u žien	161
Katarína Gerlichová	
Prevenca detských úrazov v domácnosti.....	173
Lenka Görnerová	
Strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů.....	179
Ivica Gulášová, Ivan Riedl	
Prevenca aterosklerózy v detskom veku na úseku verejného zdravotníctva.....	189
Ivica Gulášová, Ivan Riedl	
Úloha Verejného zdravotníctva v naplňaní programu Zdravie v 21. storočí: Prevenca závislosti od alkoholu	197
Marie Hlaváčová	
Rozvíjení technik péče o zdraví v návaznosti na obsahovou náplň předmětu výchova ke zdraví.....	206
Soňa Hlinková, Róbert Rusnák	
Krvné infekcie súvisiace s používaním intravenózných katétrov	211

Jiřina Hosáková, Darja Jarořová	
Kvalita řivota pacientů s duřevní poruchou	219
Janka Hrabčáková	
Fyzická aktivita rodičiek v I. dobe pôrodnej.....	225
Martina Hrozenská, Jana Gabrielová	
Multidisciplinárny prístup v starostlivosti o osoby s demenciou.....	231
Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková	
Edukácia pacienta pri Crohnovej chorobe	245
Andrea Hugáňová, Katarína Chovancová	
Teórie a modely závislostí v kontexte teórií významných pre sociálnu prácu	257
Marcela Iřová	
Faktory vplývajúce na kvalitu řivota pacientov s reumatoidnou artritídou	266
Monika Jankechová, Angelika Kunayová	
Pracovné podmienky sestier v ošetrovateľskej klinickej praxi	281
Andrea Juhásová	
Komparácia rizík vyhorenia v profesii zdravotnej sestry a učiteľa	291
Helena Kadučáková	
Sestra a psychická pracovná záťaž	299
Michaela Karafiátová	
Kompetence sestry ve vztahu k primární prevenci.....	308
Jana Keketiová	
Zvyšovanie pracovných príležitostí v Európe prostredníctvom cudzojazyčných kompetencií	318
Helena Kisvetrová	
Identifikace úzkosti ze smrti jako ošetrovateľského problému pacientů v domácí péči	324
Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančiak, Jozef Novotný	
Názory a postoje řien k fajčeniu v gravidite	331

Jaroslava Kráľová, Barbora Cigáňová	
Príprava zdravotníckych pracovníkov pre prácu v podmienkach rozvojových krajín.....	342
Jarmila Kristová, Vlasta Závodná	
Saturácia potreby komunikácie u pacienta s infaustnou prognózou.....	347
Helena Kuberová	
Monologické didaktické metódy v ošetrovatel'stve	352
Jana Kutnohorská	
Sebereflexe sestry v kontakte s umierajúcim	364
Anna Lesňáková, Róbert Rusnák	
Nové princípy v diagnostike a liečbe pneumónií.	369
Miroslava Líšková	
Ošetrovatel'stvo v zdraví pri práci	384
Miroslava Líšková	
Sociálna rehabilitácia a uspokojovanie potrieb seniorov v rámci inštitúcií	389
Vladimir Littva, Majid Belmiloud, Imrich András	
Transplantácie a informovaný súhlas – Slovenská realita.....	399
Monika Mačkinová	
Emocionálna inteligencia v pomáhajúcich profesiách	412
Mariana Magerčiaková	
Rodina ako činiteľ redukcie stresu pri ošetrovaní chirurgického pacienta	417
Dagmar Marková	
Sexuálna spokojnosť v kontexte sexuálneho zdravia.....	431
Eva Moraučíková, Soňa Hlinková	
Úloha sprevádzajúcej osoby pri pôrode.....	446
Eva Musilová	
Kvalita života a obezita.....	463
Eva Musilová, Hana Padyšáková	
Využitie pedagogickej metódy persúázie v podpore zdravia.....	470

Małgorzata Nagórska, Monika Binkowska-Bury, Paweł Januszewicz	
Pharmaceutical clinical trials – knowledge of nurses	476
Jana Novotná	
Úrazy dětí.....	484
Mária Novysedláková, Zuzana Hudáková	
Validizácia ošetrovateľskej diagnózy riziko vzniku dekubitov	498
Jana Otrubová, Jarmila Kristová	
Výchova k materstvu	506
Hana Padyšáková	
Determinanty kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti na Slovensku...	512
Miroslav Paľun, Daniela Hlaváčková	
Meracie módy v HPLC-NMR	519
Ľuba Pavelová	
Filozofia harm reduction v práci s injekčnými užívateľmi drog.....	526
Nikoleta Poliaková, Eva Červeňanová	
Európske odporúčania pre prevenciu bolestí chrbta v lumbosakrálnej oblasti.....	534
Rebeka Ralbovská	
Komunikácia so zmyslovo postihnutým	540
Adriana Repková	
Emocionálna starostlivosť o šestonedielku.....	557
David Rezničenko, Lada Cetlová	
Kvalita života po operaci stresové inkontinence.....	561
Jan Antoni Rutowski	
Carbohydrates, Glycemic Index of food and patients health – importance in nursing practice	569
Zuzana Rybárová	
Psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta počas anestézie.....	580

Viera Ryšková, Lada Cetlová	
Kvalita komunikácie s onkologickým pacientom	585
Mária Semanišínová	
Stratégie písania anglického jazyka u zdravotníckych pracovníkov	596
Jan Schuster, Vlasta Kursová	
Negatívni dopady prílišné liberalizácie spoločnosti pri sledovaní vybraných antropometrických parametrov	603
Viera Simočková, Mária Zamboriová	
Antropometrické parametre súčasnej sestry	610
Alica Slamková, Ľubica Poledníková	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nádorovou bolesťou	619
Andrea Solgajová, Dana Zrubcová	
Učenie komunikácie a psychoterapeutického prístupu v kontexte ošetrovateľského vzdelávania	625
Jaroslav Stančiak, Mária Kopáčiková, Jozef Novotný	
Negatívne účinky návykových látok na priebeh tehotenstva	635
Dita Svobodová, Dana Jurásková	
Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice	642
Emóke Takácsová, Janka Hrabčáková	
Psychofyzická príprava na pôrod očami budúcich matiek, ich partnerov a pôrodných asistentiek pracujúcich na pôrodných sálach	653
Magda Taliánová, Magdalena Řeřuchová	
Komunikace jako sociální dovednost sester	663
Irena Točíková	
Informovanost zdravotních sester v ošetrovateľskej péči o periferní cévní vstupy	669
Milan Tomka, Anna Kasanová	
Kvalitné sociálne služby ako subodbor sociálnej práce v systéme sociálnej pomoci	678

Šárka Tomová	
Priority studentského pojetí komunikace	689
Jaromír Tupý, M. Tupá, Anna Lesňáková	
Sestra na transfúznom oddelení	695
Magdaléna Varcholová, Elena Žiaková, Stanislava Klobucká	
Využitie combofitu v rehabilitácii skolióz	706
Markéta Vojtová	
Vybrané psychologické aspekty u nemocných s PEG	713
Gabriela Vörösová	
Štandardizovaná ošetrovateľská terminológia	717
Beata Penar-Zadarko, Małgorzata Marć	
Exposure the nurses to aggression in the workplace	721
Dana Zrubcová	
Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach	728
Dana Zrubcová	
Rodina ako determinant uspokojovania psychických a sociálnych potrieb pacienta so psychózou	733
Elena Žiaková, Iveta Schusterová, Stanislava Klobucká	
Ľahká mozgová dysfunkcia - možnosti rehabilitácie	738

Úloha fyzioterapie na zmierňovanie vertebrogénnych porúch adolescentov

František Albert, Matúš Albert, Jozef Novotný

Abstrakt

Zdravotný stav každého z nás je výsledným obrazom nášho životného štýlu. Životný štýl je teda hlavným sumárom všetkých faktorov, ktoré ovplyvňujú naše zdravie. Faktory sú však rovnako pozitívne ako aj negatívne. Na to, aby sme dosiahli „pozitívnu“ bilanciu, teda vysokú kvalitu života, musíme populáciu edukovať. Správne edukovaní občania potom budú môcť vedome ovplyvňovať negatívne i pozitívne faktory životného štýlu. Výsledkom tohto snaženia bude kvalitná prevencia ochorení. Fyzioterapia a telesná kultúra patria medzi najvýznamnejšie faktory životného štýlu. Skolióza je vertebrogénnym ochorením, ktoré postihuje mladú generáciu. Cieleným posilňovacím tréningom pod dohľadom fyzioterapeuta, môžeme mimoriadne efektívne ovplyvniť budúce správanie postihnutého jedinca, a teda jeho budúci životný štýl. Navyše zlepšime jeho kvalitu života tým, že sa môže vyhnúť náročným zdravotníckym výkonom a v neposlednom rade sa vyhne aj chronickej bolesti, ktorá tieto patologické stavy sprevádza.

Kľúčové slová

Fyzioterapia – skolióza – životný štýl – psychohygienu – edukácia – prevencia

Abstract

Our health is the mirror of our life style. And the life style is the summary of all the factors which have an influence on our health. Negative factors works the same way as the positive ones. However, to increase the number of positive factors we have to educate the population. Educated population can change the rate of negative factors and reduce them. A good prevention is the result and physiotherapy together with physical exercises are one of the most important part of the process. Physiotherapy and body culture are the most important factors of lifestyle. Scoliosis is spinal cord disease predominantly in pubescent and adolescent generation. When we improve their lifestyle due to training we can improve their quality of life and predict these patologic states.

Key words

Physiotherapy – scoliosis – lifestyle – psychohygiene – education – prevention

Úvod

Súčasná doba praje civilizačným ochoreniam. Zdravý životný štýl či pravidelné športovanie sa stáva len akousi zámkou pre ľudí, ktorí sa chcú „hrať“ na aktívnych. Z tohto dôvodu treba vyzdvihnúť naozaj aktívnych ľudí, ktorí sa pri všetkých svojich povinnostiach – pracovných aj rodinných – dokážu venovať aj sebe a svojmu zdraviu. Zdravie je súborom tak fyzických ako aj psychologických, tak objektívnych ako aj subjektívnych faktorov. Z uvedeného vyplýva, že jednoduchý výrok „venovať sa sám sebe“ je po rozmenení na drobné mimoriadne komplexnou problematikou zasluhujúcou si aj komplexný rozbor jednotlivých zúčastnených faktorov. Mnohé faktory spolu súvisia, vzájomne interagujú, potencujú sa. Ich vzájomné prepojenie je nutné pre správne fungovanie jedinca. Pri vynechaní jednotlivých krokov, postupov, kontrol totiž hrozia nežiaduce následky. Komplexnosť týchto procesov musí byť zabezpečená jedným alebo viacerými odborníkmi, ktorí musia vzájomne komunikovať a aktívne sa na nich podieľať a/alebo zúčastňovať.

Tieto tvrdenia majú oporu aj v definícii rehabilitácie WHO z roku 1969: **Rehabilitácia je kombinované a koordinované použitie liečebných, sociálnych, výchovných a pracovných prostriedkov na výcvik alebo precvičenie jednotlivca (jedinca) k najvyššej možnej funkčnej schopnosti.** Je potrebné si všimnúť, že sa tu nespomína žiadne členenie rehabilitácie. Kľúčovým je práve kombinované a koordinované využívanie daných prostriedkov podľa potreby. Tiež je zaujímavé, že sa nespomínajú pacienti ani zdravotne postihnutí – hovorí sa o jedincoch. WHO v roku 1981 túto definíciu rozšírila nasledovne: **Rehabilitácia obsahuje všetky prostriedky smerujúce k zmenšeniu tlaku, ktorý spôsobila disabilita a následný hendikep, a snaží sa o spoločenské začlenenie postihnutého.**

Význam telesnej kultúry: Telesná kultúra je s človekom veľmi úzko spätá. Pestovanie kultúry tela je nedeliteľnou súčasťou životného štýlu. Pravidelná fyzická aktivita je základom zmeny životného štýlu a pomáha prekonať aj ďalšie zmeny: nutričné, fajčenie, zvládanie stresu. Pravidelná fyzická aktivita zvyšuje fyzickú pracovnú kapacitu, zdatnosť, definovanú ako: *schopnosť vykonávať fyzickú aktivitu na miernej až ťažkej úrovni bez nadmernej únavy a spôsobilosť udržať si takúto schopnosť počas celého života.*

Fyzická zdatnosť je objektívnym markerom pravidelnej činnosti. Cvičenie, ako druh fyzickej aktivity, zlepšuje silu, obratnosť, rýchlosť, vytrvalosť i svalovú koordináciu človeka. Pozitívny vplyv na zdravie má systematická, pravidelná, intenzívna a primerane dlho trvajúca fyzická aktivita.

História vzniku systematických telesných cvičení: V roku 1867 sa narodil Eugen Sandow vlastným menom Friederich Wilhelm Müller, pôvodom litovčan. Získal si obdiv a postavenie svojimi divácky atraktívnymi výkonmi a pozoruhodnou proporcionálne atleticky vypracovanou, pôsobivou postavou v čase slávy silákov, akými boli Louis Huni, Louis Cyr, Horace Barré, ktorí boli vynikajúci najmä v hrubej fyzickej sile (Švub,1997).

Eugen Sandow patril medzi prvých, ktorí demonštrovali svaly ľudského tela v dokonale naštudovaných pózach, preto je všeobecne považovaný za zakladateľa nového športového smeru, ktorý on sám nazval „BODYBUILDING“ – anglicky budovanie, či stavba tela.

V detstve často chorľavý, slabý mladík s tenkými pažami a vpadnutým hrudníkom, sa po návšteve Talianska a po zhliadnutí sôch antických hrdinov v múzeu definitívne rozhodol, že sa stane mužom so silnou a dokonalou postavou. Energicky sa pustil do cvičenia, pričom používal jednoručné činky, gymnastické prvky a využíval prekonávanie odporu vlastného tela. Ako maturant prevyšoval spolužiakov v sile a obratnosti. Po maturite odišiel študovať do Bruselu – medicínu. Získané poznatky ihneď uplatňoval v praxi a objavoval fyziologické základy rozvoja svalov. Pri štúdiu anatómie spoznával, akými spôsobmi sa dajú svaly rozvíjať, a pri ktorých pohyboch. V roku 1905 odišiel do Londýna, kde prijal anglické štátne občianstvo. Eugen Sandow bol oduševneným propagátorom telesných cvičení, budoval telocvične vlastnými prostriedkami, ktoré mládež mohla navštevovať bezplatne. Pričinil sa o zavedenie fyzických cvičení do škôl a armády. Z rozhodnutia kráľa Juraja V. bol menovaný čestným „profesorom telocviku“. Pod jeho vedením sa ustavične zvyšoval počet cvičiacich a jeho popularita stúpala. Verejnosť Sandowa nazývala „lekár bez liekov“.

Cieľom snaženia kondičného cvičenia je zväčšenie a skvalitnenie svalovej hmoty. Každý sleduje svoje individuálne ciele a usiluje sa o zlepšenie zdravotného stavu, kondície, metabolizmu, energetické potenciovanie organizmu, spevnenie svalstva a rozvoj zaostávajúcich svalových skupín vzhľadom na zlepšenie symetrie, vylepšenie postavy, redukciu tukových buniek alebo o zlepšenie držania tela, prevencie a odstránenie bolestí chrbta, zvýšenie

celkovej sily, či zlepšenie psychického stavu. SILA – ZDRAVIE – KRÁSA sú atribútmi, ktoré od cvičenia očakávame (Bačinský,1980).

Na jednej strane je človek charakterizovaný genetickými dispozíciami a aktuálnym stavom – pohybového, obehového, imunitného systému a na druhej strane „arzenálom“ zbraní, ktorými sú: systémy telesných cvičení, tréningy, zásady režimu stravovania, prijatie vlastného životného štýlu atď.

Vplyv posilňovacieho tréningu na organizmus: Posilňovacím tréningom môžeme priaznivo ovplyvniť svaly, kosti, kĺby, kardiovaskulárny systém, vytrvalosť, zdatnosť, biochemické charakteristiky, metabolizmus a v neposlednom rade aj psychiku. Telesné cvičenie je vhodné dávkovať kvantitatívne i kvalitatívne so zreteľom na jednotlivé vekové skupiny a individuálne zvláštnosti každého jednotlivca (Linc,1993;Albert,2004). Cieľom práce je poukázať na význam systematického tréningu (rozvíjaním telesnej kultúry) v náprave kyfoskoliózy a iných ochoreniach chrbtice.

Rehabilitácia ako vedný odbor

Vzhľadom k svojmu rozsahu a zložitosti má pohybová sústava mimoriadne postavenie, pretože je človekom aktívne ovládaná. Z toho logicky vyplýva, že sa ňou zaoberá niekoľko medicínskych odborov. Táto skutočnosť následne komplikuje interpretáciu jednotlivých porúch pohybového ústrojenstva, ktoré sa môžu u niektorých odborností odlišovať. Preto sú pri týchto ochoreniach zvýšené nároky na vzájomnú spoluprácu lekárov. Táto skutočnosť môže často komplikovať život práve pacientom.

Pacient navštívi najprv praktického lekára, ktorý môže poznať jednotlivé poruchy pohybového ústrojenstva, ale zase nepozná postupy lekárov špecialistov.

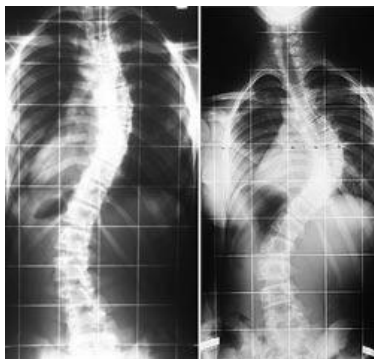
Pacient sa následne môže stretnúť buď s neurológom, ortopédom, reumatológom alebo rehabilitačným lekárom.

Rehabilitačný lekár je samostatný odborník. Plný názov špecializácie je „fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia“. Danú špecializáciu môže dosiahnuť až po získaní jednej zo základných špecializácií: neurológia, chirurgia, ortopédia, interna alebo pediatria. Tento lekár pracuje najmä v rehabilitačných ústavoch či na rehabilitačných oddeleniach, kde prebieha následná starostlivosť, doliečovanie po chorobe, úraze či operácii alebo dlhodobá starostlivosť o osoby s trvalým zdravotným postihnutím. Okrem vlastnej praxe je rehabilitačný lekár aj vedúcim rehabilitačného tímu, ktorý spája ďalších odborníkov – najmä fyzioterapeutov a ergoterapeutov.

Myoskeletálna medicína je hraničný odbor využívajúci špeciálne metódy na liečbu funkčných porúch pohybového ústrojenstva. Skôr bol tento odbor nazývaný aj manuálna medicína, manipulačná a reflexná terapia, či neuroortopédia. V inom rozsahu sa ako lekári sa v myoskeletálnej medicíne kvalifikujú aj fyzioterapeuti.

Materiál a metodika

Prezentujeme postup pri systematickom telesnom cvičení u našich pacientov. Skoliózy a iné poruchy vertebrogénneho aparátu končia často chirurgickým zafixovaním chrbtice, u pacienta môže toto riešenie vyvolať klamlivý dojem, že je vyliečený. Pravda je však iná. Chrbtica je spevnená, takže už nehrozí jej „zrútenie“, avšak príčina prečo chrbtica skolabovala (a musela byť operovaná) neustále pretrváva. Príčinou sú totiž mimoriadne slabé svaly podporno-pohybového aparátu, ktoré nedokázali kompenzovať hmotnosť tela, čo malo za následok kolaps chrbtice (Obrázok 1).



Obrázok 1 Skolióza na RTG snímku. (Prevzaté z www.skolio.cz/obr/ilu_31.jpg)

Najčastejším konzervatívnym riešením podobných prípadov je odporúčenie liečby trupovými ortézami tzv. „korzetmi“ (Obrázok 2). Korzety pacienti nosia 23 hodín denne a 1 hodinu majú vyčlenenú na cvičenie a osobnú hygienu. Musíme spomenúť, že za úspech takejto terapie sa považuje, že sa deformita postupujúcim časom nezhoršuje a aj v dospelosti zostáva rovnaká ako pri primárnej diagnóze.



Obrázok 2 Trupové ortézy - korzety. (Prevzaté z www.skolio.cz/obr/ilu_19.jpg)

Často sa však zabúda na to, že najjednoduchším, ale súčasne najdôležitejším opatrením, ktoré môžeme urobiť v záujme zabezpečenia zdravia svojho chrbta a chrbtice, je pravidelné, ale najmä vhodné cieleňé cvičenie, ktoré predkladáme v nasledujúcich častiach tejto práce.

Cieľavedomý posilňovací tréning v mnohých prípadoch pomohol výrazne skrátiť dobu nosenia „korzetu“, prípadne jeho nosenie úplne eliminovať pri súčasnom zlepšení kvality života pacienta. **Svalový „korzet“ je oveľa pohodlnejší a praktickejší.** Kľúčovými svalovými skupinami, ktoré treba posilňovať, sú:

- Svaly chrbta – mm. dorsi, z dôvodu rovnomerného rozloženia napätia v predozadnom smere treba súčasne precvičovať antagonistické svalové skupiny k dorzálnej časti trupu – svaly hrudníka – mm. thoracis a svaly brucha – mm. abdominis.
- Nezanedbateľnou svalovou skupinou sú bedrové svaly, najväčší sedací sval – mm. gluteus maximus, svaly stehna – mm. femoris, svaly pletenca hornej končatiny – mm. humeri a v menšej miere svaly ohýbačov – flexory a vystieračov – extenzory ramena – mm. brachii. Vhodné je doplniť posilňovanie trojhlavého svalu lýtky – mm. triceps surae.

Výsledky

Pri zostavovaní tréningu sme vychádzali zo špecifických požiadaviek a z toho pohľadu sme volili i výber cvikov. Pri cvičení sme zaraďovali vyšší počet opakovaní (15 až 20) s relatívne nízkou hmotnosťou záťaže. Striedavo sme zaraďovali všetky trakčné cviky cez hornú a spodnú kladku, hypertenzie v ľahu na podložke s pripažením, v predklone s oporou príťahy jednoručne a všetky príťahy na hrazde s dopomocou. Brucho sme posilňovali v ľahu na rovnej podložke, maximálne po nadvihnutí lopatiek od podložky (tzv. skracovačky), a na hrazde s pokrčenými nohami. Počas terapie sme pozorovali markantné

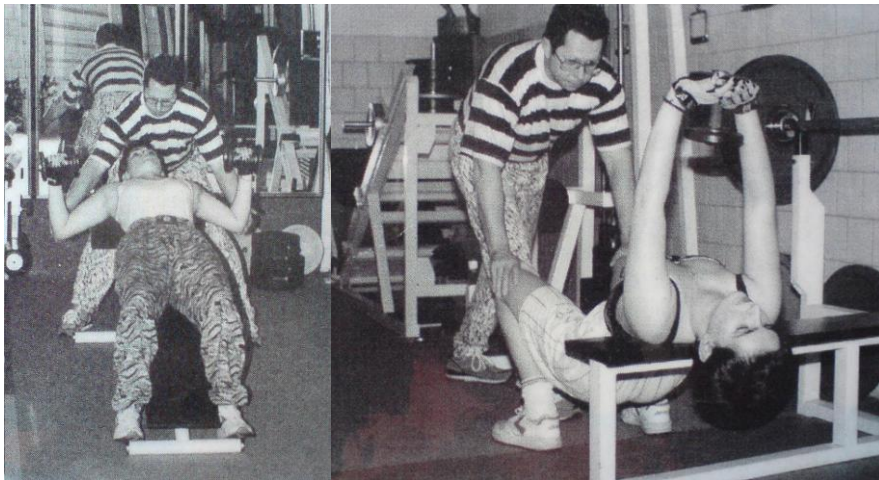
zmeny zdravotného stavu. Prejavovali sa najmä v porovnaní vykonávania jednotlivých cvikov na začiatku a po niekoľkých mesiacoch. Stav pacientky po 24 mesiacoch terapie prezentujeme na Obrázkoch 3 a 4.



Obrázok 3 Zhyb na hrazde a ťah v sede cez hornú kladku.

Jej ošetrojúci lekár krútil hlavou a nahlas vyslovil, že sa mu nechce veriť, že sa pacientkin stav nosením korzetu zlepšil až do takej miery. Vtedy ešte nevedel, že pacientka korzet nosila len na noc a po dvoch-troch hodinách spánku ho častokrát odložila. Tréning tri razy do týždňa však nevynechala ani raz! Denne precvičovala zostavu rehabilitačných cvičení.

Po dvoch rokoch sa pacientka zaradila medzi bežne cvičiacich vrstovníkov, pravidelné cvičenie sa jej zapáčilo a pokračovala v ňom ešte 5 rokov. Výrazné patologické zmeny sú do takej miery eliminované, že dnes, keď je oblečená, si ich neodborník ani nevšimne.



Obrázok 4 Tlaky s jednoručnými činkami na šikmej lavici a pullover.

Vychádzajúc z toho, že chrbtica je ustavične nútená prispôbovať sa najrôznejším podmienkam a nárokom, treba sa pokúsiť a po klinickom vyšetrení prinútiť cieľavedomým cvičením rozvinúť a aktivizovať svaly chrbta. Tým, že mnohé svaly, ktoré neboli využívané „oživíme“, docielime iné rozloženie a pôsobenie síl, čo sa priamo odrazí na stabilite a dynamike chrbtice. Z pohľadu rovnomerného rozloženia síl a napätí je nevyhnutné posilňovať aj ontogenetické svalové skupiny k dorzálnnej časti trupu. Veľmi dobré výsledky aplikovania kulturistického cvičenia, zameraného na posilnenie svalstva chrbta, možno pozorovať aj pri ťažkých poruchách, kedy bolo po odbornom diagnostikovaní lekárom predpísané dlhodobé nosenie „korzetu“.



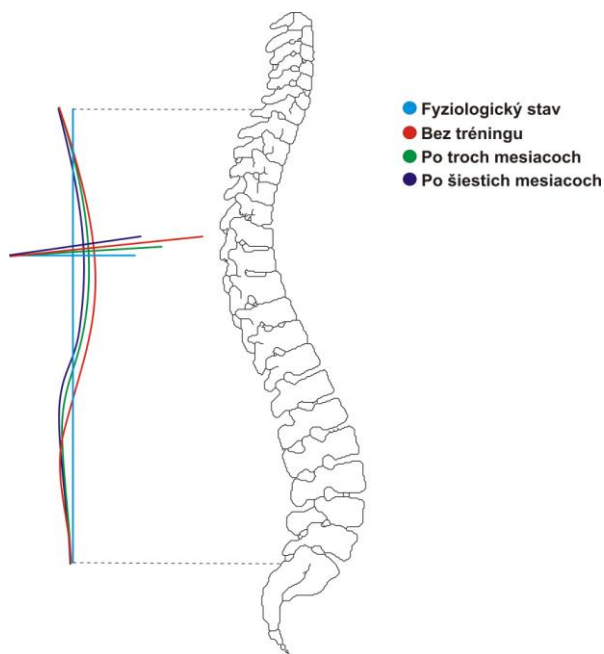
Bez tréningu

Po ôstich týždňoch

Po pol roku

Obrázok 5 Vývoj ochorenia pri pravidelnom cielelom cvičení.

Táto forma tréningu však vyžaduje mimoriadnu snahu cvičiaceho a osobný prístup kvalifikovaného trénera – fyzioterapeuta. Prvotným a dôležitým efektom cvičenia je ústup bolestí spôsobených patologickým zakrivením chrbtice. Pacientka na obrázku 5 uvádzala už po prvom tréningu vysadenie užívania Ibuprofenu, ktorý predtým užívala trikrát denne.



Obrázok 5a Grafické znázornenie postupnej korekcie chrbtice po troch a po šiestich mesiacoch.



Obrázok 6 Vývoj ochorenia po pravidelnom cvičení u dvanásťročnej pacientky.

Osobitnú pozornosť treba venovať správne dýchaniu, ktoré je úzko späté s účinnosťou cvičenia. Treba mať na pamäti, že v každej sérii má pribudnúť na jedno opakovanie jeden vdych a jeden výdych. Pri zostavovaní tréningu treba vychádzať zo špecifických požiadaviek a z tohto pohľadu voliť i výber cvikov. V žiadnom prípade však nejedná o všeobecný tréningový program. Vždy treba ku každému prípadu pristupovať individuálne a mimoriadne zodpovedne. Spočiatku treba voliť väčší počet opakovaní 15 – 20, s relatívne nízkou hmotnosťou záťaže a zamerať pozornosť na precízne vykonávanie cvikov. Ani v pokročilom štádiu tréningu nevykonávať menej ako 8 – 10 opakovaní v sérii!

Diskusia a záver

Dramaticky narastajúci počet necvičiacich žiakov z dôvodu diagnostikovania vertebrogénneho ochorenia a množstvo nediagnostikovaných a neliečených stavov je alarmujúci. Pritom

najčastejšie ochorenie – *skolióza* – je vo včasnóm štádiu zväčša liečiteľná. Skolióza je jeden zo zabudnutých a neprávom bagatelizovaných zdravotných problémov. Máme tendenciu nevnímať si ho, až kým sa nezmení na závažné komplikácie. Spočiatku niet prakticky žiadnych príznakov. Malé zakrivenie nemusí byť badateľné, až kým si rodič nevšimne, že šaty dieťaťa nevisia kolmo nadol a jedno plece sa zdá byť o čosi nižšie ako druhé. Príznaky pochádzajú z bolestí chrbta, zlého držania tela a neobvyklej chôdze. V závažnejších prípadoch býva zreteľnejšie odstavanie lopatky, pričom horná časť tela sa zdá akoby stlačená a celá chrbtica nadobúda esovitú formu, čím sa snaží poruchu aspoň čiastočne kompenzovať a dosiahnuť pôvodné zakrivenie. Ak sa skolióza nelieči, povestný hrb spravidla výrazne negatívne ovplyvňuje držanie tela i chôdzu. Veľkým problémom je skutočnosť, že mnohé prípady skoliózy sa dostatočne zavčasu nediagnostikujú a neliečia, takže sa stále častejšie stretávame s výraznejšími a agresívnejšími skoliózami u adolescentov. Deti v školskom veku by mali každoročne vyšetriť kvalifikovaní odborníci, schopní rozpoznať poruchy chrbtice. Spôsob liečby závisí od príčiny a stupňa zakrivenia. V miernych prípadoch môže u mladých aj starších detí pomôcť jednoduchá spinálna manipulácia a fyzikálna liečba. Pomocou nich možno dosiahnuť zlepšenie držania postavy a zvýšenie sily chrbtových svalov, čím sa zlepší držanie chrbtice a zmenší sa stupeň skoliózy. Ak je skolióza v pokročilom štádiu a má tendenciu k progresii, je životne dôležitý včasný zásah. Prevencia v detstve, ktorá predpokladá včasnú detekciu a správnu liečbu, je najlepším spôsobom boja proti skolióze. Ak skolióza zostane neliečená do dospelosti, nemožno ju už úspešne vyliečiť, iba ju stabilizovať v určitom štádiu. Neliečená skolióza môže navyše predisponovať u žien v postmenopauzálnom období rozvoj predčasnej osteoporózy.

Skolióza je abnormálne zakrivenie chrbtice. Mnohí ľudia majú mierny stupeň zakrivenia, ktorý neobmedzuje postavu ani funkciu chrbtice vo včasnom období života. Týka sa to najmä chronických bolestí chrbta. Skolióza stredného a závažného stupňa vedie spravidla k poruchám držania tela a chôdze. Ak sa správne nelieči, môže negatívne ovplyvňovať aj funkciu pľúc, srdca a reprodukčného systému.

Najčastejší typ skoliózy je tzv. *idiopatického pôvodu*. Vyvíja sa zväčša v období pred plnou osifikáciou kostí, či pred ukončením rastu. Najčastejšie sa objavuje u detí vo veku 6 až 15 rokov. Chlapci, najmä v adolescentnom období, prípadne teenageri, môžu byť tiež postihnutí skoliózou. Táto porucha je však u nich oveľa zriedkavejšia. Lekári zatiaľ nepoznajú príčiny, prečo skolióza postihuje častejšie

dievčatá ako chlapcov. Môže to však súvisieť s odlišnými hormónmi. Skolióza môže byť dedičného pôvodu, takže všetky matky, ktoré postihla, by mali dať svoje deti v školskom veku pravidelne raz ročne vyšetriť. Iný typ skoliózy môže byť zapríčinený detskou obrnou, tuberkulózou a vrodenými defektmi, akými sú napríklad nerovnaká dĺžka dolných končatín, deformita stavcov, prípadne nesprávna funkcia bedrového kĺbu. Nie je výnimkou, keď u včas neliečených prípadoch celé telo vykazuje veľmi slabé rozvinutie svalov a kostrový skelet je patologicky rozložený vo vertikálnom aj horizontálnom smere. Je zjavne viditeľná skolióza, kyfóza (guľatý chrbát), vystúpené lopatky, posunutá panva a často v dôsledku uvedeného, skrútená dolná končatina. Jedno rameno je obyčajne nižšie oproti druhému. Uvedený stav je aj bez diagnostikovania lekárom na prvý pohľad patologický a ortopedická liečba smeruje na takmer nepretržité, denné nosenie „korzetu“ a vykonávanie zostavy rehabilitačných cvikov počas jednej hodiny denne. Proces liečby takouto formou výrazne obmedzuje, psychicky ubíja a stresuje mladého človeka a nie vždy sa dosahuje želaný úspech. **Bohužiaľ sa vo väčšine spomínaných prípadov ochorenia chrbtice zakazuje telocvik!**

Ak sa skolióza nepodchytí už v mladosti, nemožno ju vyliečiť, iba zabrániť jej zhoršovaniu a udržiavať ju na určitom stupni. Medek (1995) v odbornom príspevku pre časopis „Svět kulturistiky“ okrem iného uviedol: „Ľahšie stupne ochorenia nevyžadujú absolútny zákaz športovania. Obvykle stačí iba obmedziť aktivity, ktoré zaťažujú chrbticu vo vertikálnom smere. Pri posilňovaní je potrebné vylúčiť zdvíhanie bremien nad hlavu, cviky vedúce ku zväčšovaniu hrudnej kyfózy, ďalej drepy s činkou, zdvíhanie bremien v predklone, príťahy činky k hrudníku, mŕtve ťahy a podobne. Za vhodné považujem využívanie prístrojov s oporou chrbta, cvičenia v sede s oporou a cvičenia vykonávané v ľahu. Ďalej odporúčam naťahovanie skrútených svalov, čím zabránime rozvoju svalovej disbalancie.“

Prevažná väčšina cvičiacich počas obdobia jedenástich mesiacov absolvuje minimálne dve kontrolné prehliadky a vyšetrenia na ortopédii a obvykle býva konštatované zlepšenie všetkých ukazovateľov. Patologické zmeny nepokračujú, výrazne sa zlepšuje držanie tela, je zaznamenaná zvýšená muskularita, celkové spevnenie tela, zmenšenie bolestí a výrazné zlepšenie psychickej pohody.

Po jednom roku tréningu ide o úplne iných, pozitívne naladených mladých ľudí, pre ktorých sa stáva tréning neodmysliteľnou súčasťou života.

Úspešné výsledky fyzioterapie a cieľeného posilňovacieho tréningu, ktoré boli zamerané na zlepšenie stavu vertebrogénneho aparátu, držania tela, formovania a tvarovania postavy detí nad 12 rokov veku nás utvrdzujú v tom, že cieľený posilňovací tréning môže vhodne doplniť a rozšíriť rozsah rehabilitačných cvičení odporúčaných lekármi – ortopédmi – fyzioterapeutmi a vnieť nové svetlo na možnosti posilňovania detí a mládeže vo fitnesscentrách a v školách v rámci vyučovacieho procesu na hodinách telesnej výchovy, ktoré by boli svojím charakterom zamerania liečebno–preventívneho s cieľom zaradiť do procesu výchovy aj deti s diagnózou ľahšieho postihnutia ochorenia vertebrogénneho aparátu. Z uvedeného vyplýva, že prospech by bol nie len v oblasti telesnej – pohybovej, ale v nemalej miere by viedol k zlepšeniu psychického stavu detí a mládeže „oslobodených“ od klasickej formy telesnej výchovy. Sme presvedčení a výsledky to potvrdzujú, že: CIEĽAVEDOMÝ POSILŇOVACÍ TRÉNING – realizovaný pravidelne a pod odborným vedením kvalifikovaných trénerov, fyzioterapeutov v ťažších prípadoch pri individuálnom prístupe – VEDIE K VÝRAZNÉMU ZLEPŠENIU STAVU VERTEBROGÉNNEHO APARÁTU!

Zoznam použitej literatúry

- [1] ALBERT, M., NOVOTNÝ, J., ALBERT, F.: Sledovanie jednotlivých parametrov ako ukazovateľov trénovanosti po aplikácii kombinácií kreatín+glukóza a srvátka+glukóza. In: Kontakt, ročník 6 – číslo 2 – 2004, s. 70, České Budějovice
- [2] ANDERSON, R., C.: The life of Eugen Sandow.
<http://www.sandowmuseum.com>, 1998
- [3] BAČINSKÝ, A.: Kompenzačné prostriedky v príprave kulturistu. In: Tréner (Bratislava), 1980, 24(2), s. 92-93.
- [4] BÍNOVSKÝ, A.: Anatómia I. Bratislava : FTVŠ UK, 1997, 246 s.
- [5] BÍNOVSKÝ, A.: Systematická a funkčná športanatómia. Bratislava : Mačura, 1997, 246 s.
- [6] DOBBINS, B.: 10 příčin zranění. In: Muscle&Fitness, CS edition, 4/2005, s. 62.
- [7] DYLEVSKÝ, I.: Obecná kineziologie. Praha : Grada, 2007, 192 s., ISBN 978-80-247-1649-7

- [8] DYLEVSKÝ, I.: Somatologie. Olomouc : Epava, 2000, Vyd. 2., přeprac. a dopl., 480 s., ISBN 80-86297-05-5
- [9] FOŘT, P.: Výživa (hlavně) pro kulturistiku a fitness. Pardubice : Svět kulturistiky, 1998,
- [10] 151 s.
- [11] HAMAR, D., LIPKOVÁ, J.: Fyziológia telesných cvičení. Bratislava : UK, 1996, 176 s.
- [12] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Liečebná telesná výchova po gynekologických operáciách. In: Zdravotnícke štúdie. Ružomberok, 2/2009, s. 24-27, ISSN 1337-723
- [13] LINC, R.: Náuka o pohybe. Martin : Osveta, 1993, 397 s.
- [14] MEDEK, V.: Scheuermannova choroba. In: Svět kulturistiky, Pardubice, 10/1995, s. 22
- [15] NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J., KRIŠTOFÍK, Š., KOPÁČIKOVÁ, M.: Civilizačné choroby, obezita, metabolický syndróm a ich prevencia. In: Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III. Nitra 2009, s. 630-649, ISBN 978-80-8094-554-1
- [16] RYCHLÍKOVÁ, E.: Skryto v páteři. Praha : Avicenum, 1985, 176 s.
- [17] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Problematika závislostí na návykových látkach a ich prevencia. Bratislava : EXPOL PEDAGOGIKA, s.r.o., 2010, v tlači
- [18] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., PŘIBYL, H., KOPÁČIKOVÁ, M.: Medicína, ošetrovateľstvo, veda. In: Zborník abstraktov na vedeckú konferenciu s medzinárodnou účasťou Ružomerské zdravotnícke dni IV. ročník, Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, KU. 2009, s. 12, ISBN 978-80-8084-507-0.
- [19] SÝKORA, D., BUZEK, D., MIŠKEJ, M.: Vše o skolióze. Olomouc : <http://www.skolio.cz>
- [20] ŠEBEJ, F.: Strečing. Bratislava : Šport, 1991, 280 s.
- [21] ŠVUB, J.: Historie síly. Pardubice : Svět kulturistiky, 1997, 245 s.
- [22] THORNE, G., EMBLETON, P.: Encyklopedie kulturistiky. Pardubice : Svět kulturistiky, 2001, 635 s., ISBN 80-902589-0-5, Orig.: ISBN 1-55210-001-4 (MuscleMag Int., Canada)

- [23] TLAPÁK, P.: Tvarování těla pro muže i ženy. Praha: ARSCI, 1999, 272 s.
- [24] TROJAN, S. et al: Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Třetí přepracované a doplněné vydání, Praha : Grada Publishing, 2005, 240 s., ISBN 80-247-1296-2
- [25] YESSIS, M. et al.: Zásobník cviků – kineziologie (Zvláštní vydání magazínu Muscle&Fitness). Bratislava : Fit Plus International Publishing, 2005, 168 s.
- [26] VÉLE, F.: Kineziologie pro klinickou praxi. Praha : Grada, 1997, 271 s.

Kontaktné údaje

František Albert
Gym štúdio Albert, Trnava, SR

Mgr. Matúš Albert
Vysoká škola polytechnická Jihlava, ČR

prof. MUDr. Jozef Novotný, CSc.
Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

Postavenie a uplatnenie sociálneho pracovníka v zdravotníctve

Petra Balážiová

Abstrakt

Vo svojom príspevku venujem pozornosť postaveniu a uplatneniu sociálneho pracovníka v zdravotníctve, kde má svoje nezastupiteľné miesto. Práca sociálneho pracovníka v zdravotníctve je veľmi zaujímavá, náročná, humánna a zároveň obohacujúca činnosť, vyžadujúca veľkú dôslednosť a zodpovednosť, ale na druhej strane nie vždy docenená, čo môžem potvrdiť aj z vlastných skúseností. Chcem poukázať aj na fakt, že jeho postavenie a uplatnenie má ešte stále obrovské medzery, a preto táto oblasť potrebuje veľkú zmenu.

Kľúčová slova

Sociálna práca, sociálny pracovník, zdravotníctvo

Úvod

Sociálna práca dáva veľké možnosti seberealizácie, orientuje sa na pomoc pri riešení sociálnych problémov a sociálnu starostlivosť ľuďom všetkých vekových kategórií, pomáha kompenzovať nedostatky sociálneho prostredia.

Cieľom sociálnej práce v zdravotníctve je zlepšiť životnú situáciu tých, ktorí to nedokážu sami vlastnými silami. Sociálna práca rieši krízové životné situácie, ktoré vznikli v dôsledku, choroby, staroby, invalidity, úrazu či škodlivých návykov.

V tomto procese má nezastupiteľné miesto sociálny pracovník, ktorý rieši špecifické úlohy podľa typu zdravotníckeho zariadenia. Dobrý sociálny pracovník vkladá do práce s klientom maximálne úsilie na efektívne vyriešenie jeho problému, humánny prístup a celú svoju osobnosť. Výkon sociálnej práce je závislý od odborných vedomostí a praktických zručností jej realizátorov – teda sociálnych pracovníkov.

Sociálna práca a osobnosť sociálneho pracovníka

Sociálna práca je spoločenská veda, ktorá na základe teoretických a praktických odborných poznatkov a skúseností vlastnými metódami a metodikou realizuje starostlivosť o človeka na profesionálnej úrovni. Pomáha riešiť problémy týkajúce sa všetkých stránok existencie jednotlivca, skupiny a komunity v sociálnom prostredí, v ktorom žijú. (Žilová, 2000)

„Sociálna práca je spoločenskovedná disciplína aj oblasť praktickej činnosti, ktorej cieľom je odhaľovanie, vysvetľovanie, zmierňovanie a riešenie sociálnych problémov (napríklad chudoby, zanedbania výchovy detí, diskriminácie určitých skupín, delikvencia mládeže, nezamestnanosť). Sociálna práca sa opiera jednak o rámec spoločenskej solidarity, jednak o ideál naplňovania individuálneho ľudského potenciálu. Sociálni pracovníci pomáhajú jednotlivcom, rodinám, skupinám i komunitám dosiahnuť spôsobilosť k sociálnemu uplatneniu alebo ju získať späť. Okrem toho pomáhajú vytvárať pre ich uplatnenie priaznivé spoločenské podmienky. U klientov, ktorí sa už spoločensky uplatniť nemôžu, podporuje sociálna práca čo najďôstojnejší spôsob života.“ (Matoušek, 2003, str. 11)

Priestorom samotnej realizácie sociálnej práce v praxi je bežný život jedinca v spätosti so sociálnym prostredím v situáciách, keď dochádza k poruchám ich vzájomných vzťahov, ktoré spoločnosť označuje a uznáva ako patologické. V našej spoločnosti sú ustanovené normy a postupy, ktoré sú určené na ich identifikáciu ako i samotné riešenie, a to buď na ich elimináciu alebo úplné odstránenie. V tejto súvislosti sa praktická ako aj vedecká sociálna práca usiluje o vytváranie, udržanie a napredovanie sociálne zdravej spoločnosti. (Mojtová, 2008)

Kovalčíková (2005) píše, že cieľom sociálnej práce v zdravotníctve je poskytnúť oporu, podporu, sprevádzanie a pomoc pri zlepšovaní životných možností človeka, ktorý je pre svoju chorobu určitým spôsobom znevýhodnený.

Z uvedeného vyplýva, že sociálna práca má svoje široké uplatnenie aj v zdravotníctve - čo je vlastne spojenie starostlivosti o zdravotné a sociálne problémy. Sociálna práca v zdravotníctve je najstaršou súčasťou sociálnej práce a zameriava sa na prácu nielen s chorými a aj členmi ich rodín

Sociálna práca je predovšetkým prácou s ľuďmi a jej najdôležitejším faktorom je osobnosť sociálneho pracovníka.

Podľa Strieženca (2001) je sociálny pracovník profesionál, ktorý disponuje osobitými predpokladmi, vlastnosťami a schopnosťami. Prispieva k zlepšeniu situácie a nabáda jednotlivca, skupinu, komunitu či spoločnosť k správnym postojom. Snaží sa riešiť a eliminovať poruchy a demotivačné faktory v interakcii so sociálnym prostredím, vedie klienta k vlastnej zodpovednosti, k rozvoju kritického myslenia z hľadiska budúcich potrieb a k účelnému využitiu vlastných zdrojov.

Schavel a Čistický (2005) vo svojej publikácii uvádzajú, že sociálny pracovník by mal mať primeranú dávku inteligencie, všeobecného prehľadu a pozitívne vlastnosti dobrého človeka ako: poctivosť, spravodlivosť, pravdovravnosť, pracovitosť, čestnosť, dôvernosť, slušnosť, zodpovednosť, trpezlivosť a obetavosť: Jeho morálny postoj má byť príkladom pre druhých a vzorom pre klienta i spoločnosť, s ktorými prichádza neustále do kontaktu.

Osobnosť sociálneho pracovníka sa podľa Mojtovej (2008) odvíja od:

- ✓ Kvalitného vzdelania
- ✓ Sociálneho rozhľadu
- ✓ Integrovaného súhrnu povahových čŕt
- ✓ Profesionálnych predpokladov a schopností
- ✓ Schopnosti komunikácie s klientom, inštitúciami a spoločenskými organizáciami.

To znamená, že sociálny pracovník potrebuje mať poznatky o konkrétnej spoločnosti, v ktorej sociálnu prácu vykonáva, musí ju poznať, rozumieť koncepcii vývoja spoločnosti, mať vlastný názor na vývojové trendy spoločnosti a rešpektovať konkrétnu situáciu v porovnaní s Európou a svetom. K tomu potrebuje osobnostné vlastnosti ako je sociálna zrelosť, vlastná dôstojnosť, viera v človeka a presvedčenie o svojom povolání ako o životnom poslaní.

Uplatnenie a postavenie sociálneho pracovníka

Osobitné postavenie má sociálny pracovník v zdravotníctve. Podľa Mojtovej (2008) predstavuje sociálny pracovník určitý medzičlánok medzi klientom a jeho sociálnym prostredím. Práca sociálneho pracovníka spočíva v pomoci pri:

- zlepšovaní kvality života pacienta počas a po hospitalizácii,
- riešení narušených vzťahov a situácií, ktoré vznikli v živote človeka ako dôsledok úrazu, choroby, škodlivých návykov, sociálnych pomerov, staroby, zdravotného postihnutia.

Podľa Musila (2004, s. 182) má sociálny pracovník dve úlohy. Mal by rozpoznať, prečo a do akej miery je sociálne fungovanie človeka ohrozené niektorou zo zmienených nerovnováh a v nadväznosti na to mu pomôcť získať, obnoviť alebo udržať jeho sociálne fungovanie. Pomoc sociálneho pracovníka pritom spočíva v poskytnutí impulzu k takej zmene klienta alebo prostredia, ktoré posilní rovnováhu medzi tým, čo prostredie očakáva a tým, čo je klient schopný zvládnuť.

V týchto súvislostiach stoja sociálni pracovníci pred dvoma otázkami. Po prvé: „Je úlohou sociálnych pracovníkov riešiť jednotlivé prípady, alebo sa majú zamerať na premenu pomerov v spoločnosti?“ Po druhé: „Je vhodným nástrojom realizácia zvolených cieľov intervencie zmena klienta, alebo zmena podmienok a prostredia, v ktorom klient žije?“ Je zrejmé, že dilema medzi pôsobením na osobnosť alebo jej prostredie môže nastoliť otázku vplyvu intervencie na celú obec nepriamo alebo dokonca okrajovo.

Sociálny pracovník v zdravotníctve plní podľa Majchrákovej (1990) tieto úlohy:

- ✓ Aktívne vyhľadáva na pomoc odkázaných klientov a hodnotí ich sociálne potreby a požiadavky. Základnou formou tejto práce je rozhovor s chorým, poskytovanie poradenskej služby, psychoterapie, vykonávanie prieskumu v sociálnom prostredí chorého. Získané údaje a informácie slúžia sociálnemu pracovníkovi na spracovanie anamnézy a stanovenie sociálnej diagnózy, ktorými sa dopĺňa zdravotná anamnéza lekára. Analýzou údajov a podľa liečebného zámeru vykoná sociálny pracovník rozbor sociálnej situácie a určí sociálnu terapiu.
- ✓ Navrhuje sociálne opatrenia a na ich realizácii sa v prípade potreby zúčastňuje. Spôsob realizácie sociálnych zásahov a sociálnej terapie konzultuje s lekárom, prípadne aj s inými odborníkmi.
- ✓ Zastupuje v prípade poverenia a podľa potreby chorého na úradoch, v školách, na pracovisku, súdoch a iných inštitúciách.
- ✓ Poskytuje sociálne, zdravotnícke, sociálno-právne informácie a rady pacientom, ako aj ich rodinným príslušníkom.
- ✓ Pomáha pri riešení rodinných, životných, spoločenských, pracovných a ekonomických záležitostí chorých a na pomoc odkázaných klientov a pri vybavovaní ich sociálnych nárokov a potrieb.
- ✓ Pomáha pri riešení otázky nemocenského poistenia, sociálneho alebo dôchodkového zabezpečenia, dávok v hmotnej núdzi, rodinných

prídavkov, výživného a umiestnenie do DSS u hospitalizovaných pacientov.

- ✓ Presadzuje a uplatňuje sociálne aspekty v práci všetkých zdravotníckych pracovníkov a tak prispieva k zlepšeniu vzájomnej spolupráce, informovanosti a pracovných výsledkov.
- ✓ Získava rodinných príslušníkov, spolupracovníkov a najbližšie okolie chorého pre aktívnu pomoc pri riešení sociálnych problémov a pre spoluprácu pri jeho sociálnej integrácii.
- ✓ Spolupracuje s obvodnými lekármi, príslušnými úradmi, inštitúciami atď či už osobnou návštevou, písomne alebo telefonicky.
- ✓ Permanentne si prehľbuje poznatky z medicíny, psychológie, pedagogiky, práva a iných vedných disciplín, ktoré vo svojej práci musí využívať.
- ✓ Vede dokumentáciu o poskytovaných službách.

V rámci prevencie je významným pomocníkom pri predchádzaní relapsov, pripravuje rodinu a pracovné prostredie na návrat klienta z nemocničného prostredia.

Priama osobná spolupráca na vlastnom pracovisku alebo na iných pracoviskách by mala mať formu tímovej spolupráce. Sociálny pracovník je rovnoprávnym členom. V tíme najčastejšie býva lekár, pedagóg, psychológ, ale aj sociálny pracovník, sociológ a vedeckí pracovníci niektorých služieb sociálnej starostlivosti podľa riešenej problematiky. Ako priamu spoluprácu charakterizujeme tiež styk sociálneho pracovníka s vedúcim pracovníkom, ktorý má rozhodovacie právo v rámci inštitúcie, v ktorej sociálny pracovník pôsobí. (Novotná, Schimmerlingová, 1992)

Sociálny pracovník pracuje v tíme pracovníkov, ktorého cieľom nie je len vyliečenie respektíve ošetrovanie chorého, ale aj jeho sociálna integrácia a maximálna schopnosť každodenného fungovania.

Sociálny pracovník v tomto tíme vystupuje ako:

- ✓ Poskytovateľ a sprostredkovateľ odborných rád a informácií pre klienta, jeho rodinu, spolupracovníkov a nadriadených, ale aj lekárov a psychológov
- ✓ Plánovač ďalšieho osobného rozvoja svojho klienta
- ✓ Spoluorganizátor nových služieb, ktoré sú z hľadiska potrieb klienta v jeho bezprostrednom okolí nedostatočné

- ✓ Ochranca práv a právom chránených záujmov klienta s duševnou poruchou

Mojtová (2008) píše, že tímová práca je častokrát náročná a môže viesť ku konfliktom. Sociálny pracovník by mal mať schopnosti znášať konflikty a vedieť ich riešiť. Je dôležité, aby poznal svoje úlohy v tíme, a budoval si svoje vlastné profesionálne napredovanie prostredníctvom nepretržitého samovzdelávania.

Sociálny pracovník má nepochybne svoje nezastupiteľné miesto či už ambulantnej alebo ústavnej zdravotníckej starostlivosti.

V ambulantnej zdravotníckej starostlivosti sa zaoberá prípadmi, ktoré nevyžadujú rezidenčnú starostlivosť - Ide hlavne o poradenstvo. Sociálny pracovník pracuje v komunitných centrách, ktoré sú zamerané na prevenciu, zdravotnú osvetu, primárnu prevenciu, vybavovanie právnych záležitostí, vedie rôzne svojpomocné skupiny.

Sociálny pracovník sa podieľa len na tých psychoterapeutických technikách na ktoré má výcvik – ergoterapia, muzikoterapia, biblioterapia, relaxačné techniky, autogénny tréning, skupinová psychoterapia, psychogymnastika, psychopantomíma, rodinná terapia, môže vystupovať v roli facilitátora, terapeuta, konzultanta alebo je zdrojom skupinovej aktivity.

Napriek tomu, že vnímame sociálneho pracovníka skôr v primárnej a terciárnej prevencii, a tu mu nikto nekladie veľké prekážky k realizácii sa, som presvedčená, že má svoje miesto aj v psychoterapii a že môže prekryť nedostatok záujmu o túto prácu. Samozrejme pri dodržaní odborných a osobnostných predpokladov.

Prečo len pár sociálnych pracovníkov v zdravotníctve našlo svoje uplatnenie v sekundárnej prevencii závislostí?

V prvom rade je z nášho pohľadu poskytovanie“ terapeutickej sociálnej práce“ lokalizované v zdravotníckych zariadeniach. Tu situácia pripomína stav spred rokov, keď svoju pozíciu v tíme vybojovali psychológovia a darilo sa im len ťažko obhajovať svoje opodstatnenie. Dnes to vyzerá tak, že sa o svoje postavenie musia postarať sociálni pracovníci v zdravotníctve.

Druhou stranou problému je neprítomnosť jednoznačného vymedzenia a zastrešenia kompetencií sociálnych pracovníkov v tejto oblasti. Psychológovia majú pocit, že im sociálni pracovníci vstupujú do ich teritória, sociálni pracovníci si za to často môžu sami, ak nepreukážu svoje odborné a osobnostné kvality a za terapeutov sa vyhlasujú po ukončení VŠ, bez praxe, skúseností a výcviku.

Už od začiatku formovania sociálnej práce ako profesie je viditeľné úsilie o stanovenie kompetencií sociálnych pracovníkov. Byť kompetentným v sociálnej práci znamená, že sociálny pracovník disponuje určitými právomocami pre konkrétny okruh svojej pôsobnosti. Kompetentne konať znamená konať na základe a v zmysle týchto právomocí, so znalosťou problematiky a so zodpovednosťou za vlastné konanie. (Tokárová, 2002)

Mojtová (2008) upozorňuje na fakt, že pozícia sociálneho pracovníka doteraz nemá vytvorený právny status, absentuje ich zaradenie do liečebného poriadku, chýba presné vymedzenie kompetencií sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach a nie sú pre nich vytvorené miesta s príslušným platovým zaradením, čo je pre samotných sociálnych pracovníkov veľkou nevýhodou.

Záver

Je prirodzenou vlastnosťou ľudí riešiť svoje problémy vlastnými silami, no nie každý človek má dostatočne silnú osobnosť a zázemie, aby zvládol problematiku situácie. Na ochrane zdravia musí participovať tak zdravotníctvo ako aj orgány práce a sociálnych vecí, samospráva, zamestnávateľia a vlastne celá spoločnosť. Iba v súčinnosti možno zabezpečiť komplexnú starostlivosť a prispieť k racionalizácii práce sociálnych pracovníkov starajúcich sa o pacienta v zdravotníckych zariadeniach. Je tiež úlohou vzdelávateľov v sociálnej práci pripraviť dostatočne sociálnych pracovníkov do praxe a s následným celoživotným vzdelávaním predchádzať ich vyhoreniu a prípadným rizikám vyplývajúcich z tohto stavu.

Literatura

- [1] KOVALČÍKOVÁ, N.: Sociálna práca v zdravotníctve, In: LEVICKÁ, J. - MRÁZOVÁ, A.: Úvod do sociálnej práce. Trnava, FZaSP TU 2005, s. 55-67. ISBN 80-89104-35-5.
- [2] MAJCHRÁKOVÁ, H. a kol.: Sociálna služba a zdravotno-sociálna starostlivosť o populáciu. Martin: Osveta, 1990
- [3] MATOUŠEK, O. a kol.: Metody řízení sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2

- [4] MOJTOVÁ, M.: Sociálna práca v zdravotníctve. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., 2008, 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0
- [5] MUSIL, L.: „ráda bych Vám pomohla, ale“ Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004
- [6] NOVOTNÁ, V. - SCHIMMERLINGOVÁ, V.: Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. Praha, Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-483-5.
- [7] SCHAVEL, M. - ČISECKÝ, F.: Sociálna prevencia I. Trnava, FZaSP TU 2005. ISBN 80-968952-5-7.
- [8] STRIEŽENEC, Š.: Slovník sociálneho pracovníka. Trnava: AD, 1996
- [9] TOKÁROVÁ, A.: Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. Prešov, Akcent Print, 2002. ISBN 80-8068-086-8
- [10] ŽILOVÁ, A.: Kapitoly z teórie sociálnej práce, Žilina, 2000, 119 s. ISBN 80-7100-783-8

Kontaktní údaje

PhDr. Petra Balážiová
Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie
Slovenská republika
e-mail: balaziovap@azet.sk

Vhodná voľba cvičenia ako rozhodujúci faktor prevencie bolesti chrbta sestier

Roman Bednár, Gabriela Majeríková

Abstrakt

U sestier je vysoká prevalencia bolestí chrbta čo potvrdil aj náš výskum na sestrách vo FNsP F.D.R. v Banskej Bystrici. Napriek vysokej mimopracovnej pohybovej aktivite sestier 68% došlo v skupine cvičiacej a vykonávajúcej šport 2x týždenne k zníženiu bolestí chrbta len o 10% a $p = 0,140$. Malý efekt pohybovej aktivity na prevenciu bolestí chrbta vidíme v nevhodnej voľbe. U sestier dominovali cvičenia a športy, ktoré mali malý protektívny účinok na chrbticu. A naopak cvičenia s protektívnym pôsobením na chrbticu sa vyskytovali zriedka.

Ako najúčinnjší spôsob riešenia bolestí chrbta u sestier sa ukazuje multidimenzionálny prístup. Podľa výsledkov nášho výskumu doporučujeme preto psychosomatické cvičenia, ktoré chránia chrbticu a pohybový aparát a súčasne odstraňujú únavu a stres.

Kľúčové slová

Bolesti zad, záťaž sestry, prevence.

Úvod

Sestry majú zvýšené riziko ťažkostí s chrbtom. V porovnaní s ostatnými profesiami majú zvýšené riziko bolestí chrbta a šesťkrát vyššiu prevalenciu poškodenia chrbta. (Dawson, A.P., 2007). Podľa Yipovej je ročná prevalencia driekovej bolesti chrbta u sestier v 40-46 %. 94-98 % z nich má skúsenosť s bolesťami driekovej chrbtice trvajúce jeden a menej ako 14 dní a 5-2 % má bolesti najmenej 14 dní v posledných dvanástich mesiacoch. Viac ako 50 % má viac ako 5 epizód bolestí driekovej chrbtice v posledných dvanástich mesiacoch (Yip, Y., B., 2001). Celosvetovo sa vyskytuje poškodenie chrbta u sestier s prevalenciou 17% a s ročnú prevalenciou 40-50% a s celoživotnou prevalenciou 35-80% (Nelson, A., 2006).

Berdnard upozorňuje, že mechanické faktory sú dôležité v etiológii akútnej regionálnej bolesti, zatiaľ čo psychosociálne a individuálne psychologické

faktory sú dôležité v etiológii perzistujúcej a generalizovanej bolesti. (Bernard BP, 1997).

Účinné postupy odstraňovať stres zahrňujú rôzne roviny. Patrí sem vyčistenie interpersonálnej situácie a dobré sociálne kontakty na pracovisku a hlavne v rodine. Plnenie základných požiadaviek mentálnej hygieny, optimalizované reláciou medzi záťažou a odpočinkom, čo najpravidelnejší životný režim a primerané množstvo telesného pohybu je odporúčaním pre všetkých, pre osoby v záťažových prevádzkach však s tromi výkričníkmi navyše (Honzák, R., 2008). Ak sestry získajú zručnosti a schopnosti efektívne zvládať záťažové situácie v práci a vo svojom živote, dokážu lepšie hodnotiť náročnosť záťažových situácií a môžu pomôcť pacientovi, jeho príbuzným a ďalším pri zvládaní náročných životných situácií spojených s hospitalizáciou, so zmenou zdravotného stavu, s terapiou alebo úmrtím (Komačeková, D., 2009).

Z hľadiska prevencie akútnych recidív a chronických ochorení chrbtice nie sú pasívno-terapeutické prístupy vždy úspešné, preto sa postupne začali rozvíjať nové preventívne prístupy. Ich základná myšlienka spočíva v aktívnej podpore vlastného zdravia. Najznámejší intervenčný program zameraný na primárnu, sekundárnu a terciálnu prevenciu bolestí chrbtice je tzv. škola chrbta. Podstata školy chrbta tkvie v ekonomickom vykonávaní pohybu a vhodnej kompenzácií statického preťažovania. Základné koncepcie a programy Školy chrbta sú vo viacerých krajinách obdobné (Dimunová, L. 2007).

Podľa Byrnasa tí, ktorí udávali cvičenie najmenej 20 min alebo viac každý týždeň, zaznamenali signifikantný pokles bolestí chrbta ako tí, čo necvičili $p=0,028$ (Byrnas, G., 2004).

Európske gaidlains udávajú vysokú úroveň dôkazov odporúčať fyzické cvičenia ako intervenciu na prevenciu bolesti chrbta všeobecne pracujúcej populácii. Typ cvičenia, ktorý je najefektívnejší nie je známy. Dawson a kol. vo svojej práci udávajú, že tak ako ukazujú mierne dôkazy z viacerých štúdií preventívna intervencia bolestí chrbta je efektívna len pri multidimensionálnej stratégii a tréning izolovaného manuálneho dvíhania je neefektívny. Pre všetky ďalšie intervencie (cvičenie, drieková podpora, stres manažment, zariadenia na ručné dvíhanie a tréning) sú protichodné dôkazy alebo sú podniknuté len samostatne štúdie. Hugnett objavil silný dôkaz, že intervenciou manuálneho dvíhania založenej predominantne na technickom tréningu neredukuje frekvenciu svalovokostného poškodenia. Sú urgentne potrebné vysoko kvalitné štúdie, ktoré vyšetria protichodné nájdenia a ďalšie skúšky účinnosti v intervenciách prevencie bolestí a poškodenia chrbta u sestier (Dawson. A.,P., 2007).

Materiál a metóda

U 204 zdravotníckych pracovníkov FNŠP, F.D.Roosevelta v B.Bystrici sme formou dotazníka zisťovali výskyt bolestí chrbta a ich pohybovú aktivitu vo voľnom čase. Súbor tvorilo 202 žien

(99,2%) a 2 muži (0,98%), priemerný vek ženy 44 rokov, muži 41rokov, stredoškolské vzdelanie ženy 86%, vysokoškolské vzdelanie 14%. 139 (68 %) tvorili sestry, 20 (10 %) fyzioterapeuti, 12 (6 %) iné, 12 (6 %) pôrodné asistentky, 10 (5 %) inštrumentárky a 6 (3 %) laboranti.

Výsledky a diskusia

V celom súbore trpelo na bolesti chrbta v minulosti 68% (140) zamestnancov. Aktuálne ťažkosti s chrbticou udávalo v celom súbore 63 % (128) zamestnancov z toho sestry tvorili 63 % (88). Rozdelenie aktuálnych bolestí u sestier podľa lokality bola krčná chrbtica 42 %, hrudná chrbtica 16 % a drieková chrbtica 37 %. Vzhľadom na malé počty respondentov u ostatných skupín zamestnancov boli ich výsledky nesignifikantné.

Žiadnej pohybovej aktivite u všetkých zdravotníckych pracovníkov vo voľnom čase sa venovalo 32 %. 68 % Vykonávalo pohybovú aktivitu z toho 41 % robili iba cvičenia, 14 % iba šport a 13 % aj šport aj cvičenie . Rozhodujúca však bola frekvencia cvičenia a športovania lebo až po frekvencii 2x týždenne došlo k zníženiu výskytu bolestí chrbta o 10 %.

Ďalej sme skúmali aký typ pohybovej aktivity by sestry vo svojom voľnom čase preferovali. Na uzavretú otázku po cvičení získam lepšiu postavu, svalovú silu, schudnem alebo po cvičení sa cítim oddýchnutý, plný energie, vyrovnaný a vnútorne spokojný odpovedalo 68 % sestier pozitívne na druhý typ. U ostatných zamestnancov tiež prevyšoval druhý typ odpovede.

Výsledky našej práce odhalili vysoký výskyt bolestí chrbta u sestier vo FNŠP F.D.Roosevelta 63 % čo koreluje aj so zahraničnými prácami, kde ročná prevalencia bolestí chrbta sestier sa pohybuje 40-50 % a a celoživotná prevalencia je 35-80 % (Nelson, A.,2005).

Pri frekvencii cvičení a športovaní 2x týždenne došlo síce k poklesu o 10 % výskytu bolestí chrbta u sestier ale $p = 0,140$, čo môžeme hodnotiť len ako indíciu. Nízka efektivita pohybovej aktivity bola spôsobená veľkou škálou rôznych typov málo efektívnych cvičení, ktoré často priamo ani neovplyvňovali svalstvo trupu a dominovali skôr aeróbne cvičenia a športy, pričom v mnohých

prípadoch aj často nevhodné ako kompenzačné cvičenia na bolesti chrbta. Preto bude potrebné sa zamerať do budúcnosti na ciele cvičenia ovplyvňujúce svalstvo trupu s protektívnym efektom ako účinnejšieho faktora proti bolestiam chrbta tak ako to uvádza Byrns, že cvičenie 20 minút a viac každý týždeň signifikantne znižuje bolesti chrbta $P = 0,028$. (Byrns, G.,2004).

Preferovanie pohybových aktivít so psychosomatickým účinkom u sestier 68% a ostatných zdravotníckych pracovníkov ukazuje na významnú mieru psychickej vyčerpanosti, ktorá môže viesť až k syndrómu vyhorenia. Najčastejšie sa stretávame so syndrómom vyhorenia práve pri profesiách, pri ktorých sú pracovnou náplňou rôzne formy služieb druhým ľuďom. V našom prípade ide o sestry a ostatných zdravotníckych pracovníkov (Zacharová, E., 2008).

Vo FNsP F.D.R. v B. Bystrici sme spustili projekt prevencia bolestí chrbta u sestier, v ktorom sú sestry zaradené do krátko kompenzačného cvičenia zameraného na prevenciu bolestí chrbta a inštruované do školy chrbta a manipulácie s imobilným pacientom. Na základe výsledkov výskumu sme vybrali za kompenzačné cvičenia relaxáciu, dychové cvičenie a fyzické cvičenie vychádzajúce zo Systému Joga v dennom živote. Sestry po 3-mesačnom pravidelnom cvičení sú objektívne sledované a vyhodnotené.

Záver

Z výsledkov našej práce môžeme konštatovať, že pravidelná pohybová aktivita a šport indikuje zníženie výskytu bolestí chrbta u sestier. Významným faktorom však zostáva typ cvičenia a športu a jeho frekvencia. Vysoká psychická a fyzická záťaž sestier núti využívať psychosomatické cvičenia, ktoré chránia nielen chrbticu a pohybový aparát ale súčasne odstraňujú únavu a stres.

Zaradením relaxačných, dychových a fyzických cvičení zo Systému Joga v dennom živote sme vytvorili program s multidimenzionálnym prístupom, ktorý je v zhode so súčasnou literatúrou zaoberajúcou sa otázkou bolestivosti chrbta u sestier.

Literatúra

- [1] Bernard BP. Musculoskeletal disorders and workplaces factors. A critical review of epidemiologic evidence of work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health. 1997.

- [2] Byrns, G., Reeder, G., Jin, G., Pachis, K.. Risk Factors for Work-Related Low Back Pain in Registered Nurses, and Potential Obstacles in Using Mechanical Lifting Devices. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*. ISSN, 2004, č. 1, str. 11,15,17.
- [3] Dawson A.,P., Mclennan S.,N., Schiller Š.,D, Jull A.,G., Hodges P.,W., Stewart, S. Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *OCCUP ENVIRONMEN MED*. ISSN, 2007, s. 642,646,648,649.
- [4] L. Dimunová.. *Názov. Sestra*. ISSN, 2007. roč. 6, č.1-2, s. 14.
- [5] Honzák, R.. *Burnout syndrom. Sestra*. ISSN, 2008, roč.18, č.4, s. 28.
- [6] Komačeková, D. Ošetrovateľská starostlivosť a psychická záťaž. In *Zdrav. Nov*. ISSN 1335-4477, 2009, roč. 14/58, č. 10, s. 9.
- [7] Nelson, A., Matz, M., Chen, F., Siddharthan, K., Lloyd, J., Fragala, G.. Development and evaluation of a multifaceted ergonomics program to prevent injuries associated with patient handling tasks. *International Journal of Nursing Studies*. ISSN, 2006, roč. 43, s. 718.
- [8] Zacharová, E. Syndrom vyhoření - riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. In *Inter.Med. pro Praxi*. ISSN 1212-7299, 2008, roč.10, č. 1, s. 41-42.
- [9] Yip,Y., B.. A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN, 2001, s. 797.

Kontaktní údaje

MUDr. Roman Bednár

Odd.FBLR, FNsP, F.D. Roosevelta, B. Bystrica

L. Svobodu 1, Banská Bystrica 97404

e-mail: rbednar@nspbb.sk

tel.: 00421484412613

Programy na prevenciu kardio-vaskulárnych ochorení v SR

Anna Benčeková, Hana Padyšáková

Abstrakt

Slovensko je v európskom rebríčku úmrtnosti na kardio-vaskulárne ochorenia na jednom z najhorších miest. Prínosom v dosahovaní znižovania morbidity a mortality na kardiovaskulárne choroby sú preventívne programy, ktorým je nutné venovať pozornosť aktívne, cielene a celoplošne. Sestry bezprostredným intenzívnym kontaktom s jednotlivcom, rodinou a komunitami v zdraví i chorobe a svojou početnosťou a sú významným činiteľom propagácie a aktivizácie preventívnych programov.

Kľúčová slova

Prevence – kardio-vaskulárni choroby - programy zdravia.

Úvod

Úmrtnosť na kardio-vaskulárne ochorenia (KVO) vo vyspelých krajinách dlhodobo klesá, predlžuje sa stredná dĺžka života aj doba života prežitého v zdraví. Slovensko je v európskom rebríčku úmrtnosti na KVO na jednom z najhorších miest.

Podiel úmrtí u mužov (r. 2008):

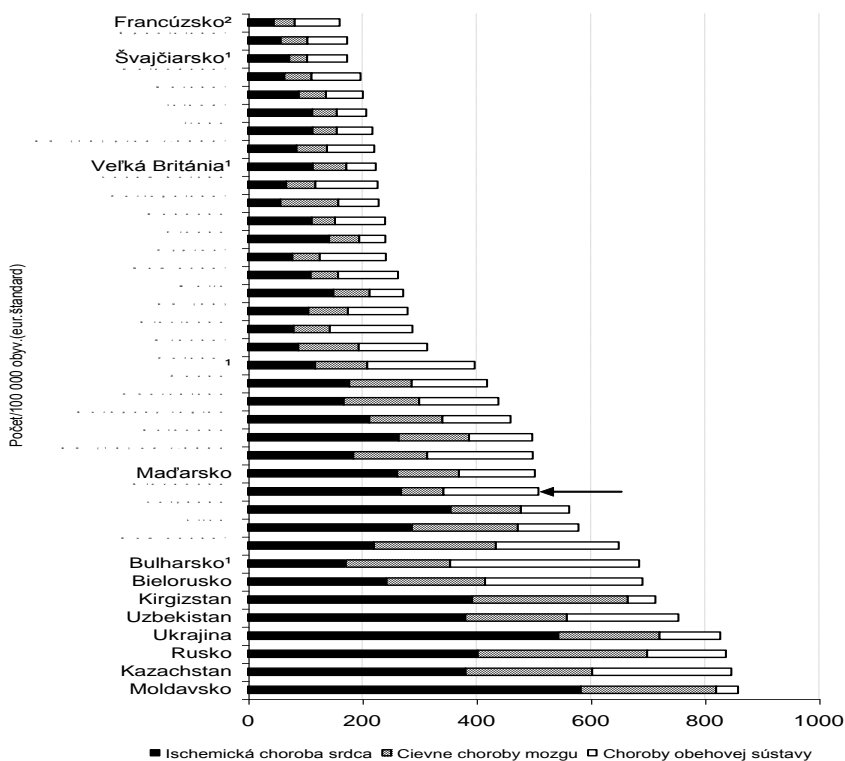
- choroby obehovej sústavy (46,9 %),
- nádorové ochorenia (24,6 %),
- poranenia, otravy, úrazy a iné vonkajšie príčiny (9,2 %),
- choroby dýchacej sústavy (6,1 %),
- choroby tráviacej sústavy (6,7 %).

Podiel úmrtí u žien (r. 2008):

- choroby obehovej sústavy (61 %),
- nádorové ochorenia (20,3 %),
- poranenia, otravy, úrazy a iné vonkajšie príčiny (2,4 %),
- choroby dýchacej sústavy (5,1 %),
- choroby tráviacej sústavy (4,6 %).

Pri hrubej miere úmrtnosti na KVO dochádza k minimálnym zmenám tak u mužov, ako aj u žien, z čoho zaznamenávame od roku 2007 zvýšený nárast hrubej miery úmrtnosti pri diagnózach infarkt myokardu a cievnych ochoreniach mozgu. Podľa správy MZ SR o plnení Národného programu podpory zdravia za roky 2006-2010 má štandardizovaná miera úmrtnosti na KVO má v posledných rokoch mierne klesajúci charakter u oboch pohlaví, pričom pokles je menej výrazný ako v okolitých krajinách.

Schéma1 **Štandardizovaná úmrtnosť na choroby obehovej sústavy v Európe** (Zdroj: WHO/EURO, ŠÚ SR, NCZI, 2006)



Prevenia kardiovaskulárnych ochorení (KVO)

Medzi ústredné ciele prevencie podľa európskych odporúčaní (European Cardiol, 2008) patrí:

- Pomáhať osobám s nízkym rizikom udržať si tento stav a redukovať riziko osobám so zvýšeným celkovým rizikom.

- U osôb, ktoré majú tendenciu ostať zdravé, dosiahnuť kritériá:
 - nefajčiť, TK < 140/90 mmHg,
 - zdravá výživa, glykémia < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl).
 - telesná aktivita: 30 minút stredne intenzívnej aktivity denne, BMI < 25 kg/m² a predchádzanie centrálnej obezity, celkový cholesterol < 5 mmol/l (~ 190 mg/dl), LDL cholesterol < 3 mmol/l (~ 115 mg/dl),
- U vysokorizikových jedincov, najmä u osôb s manifestným KVO alebo diabetom, dosiahnuť prísnejšiu kontrolu rizikových faktorov:
 - krvný tlak < 130/80 mmHg,
 - celkový cholesterol < 4,5 mmol/l (~ 175 mg/dl) s možnosťou až < 4 mmol/l (~ 155mg/dl), LDL cholesterol < 2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl) s možnosťou až < 2 mmol/l (~ 80 mg/dl),
 - glykémia nalačno < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl) a HbA1c < 6,5 %,

Vláda Slovenskej republiky schválila (17. 3. 2010) „Národný program prevencie ochorení srdca a ciev“, ktorého cieľom je:

- podporiť preventívne opatrenia na úrovni celého Slovenska,
- zlepšiť detekciu ohrozených osôb, patrične ich liečiť a evidovať v registri osôb s hypertenziou a vysokým rizikom KVO,
- zlepšiť komunikáciu a koordináciu medzi poskytovateľmi primárnej a sekundárnej prevencie KVO s cieľom redukovať morbiditu i mortalitu na KVO na Slovensku,
- zlepšiť edukáciu obyvateľstva,

Na uskutočňovanie týchto priorít sa na Slovensku v rámci programu Zdravie 21 realizujú projekty: CINDI, MONICA, Školy podporujúce zdravie, Zdravé mestá a obce, Zdravé pracoviská. Ďalšie programy sú: Program ozdravenia výživy obyvateľstva, Program zvýšenia pohybovej aktivity obyvateľstva, Programy boja proti závislosti, Program zmeny, resp. ozdravenia životného štýlu.

Program CINDI - program integrovanej intervencie proti neinfekčným ochoreniam má za cieľ zmenu životného štýlu a postojov obyvateľstva k vlastnému zdraviu. Zameriava sa na vyhľadávanie skupín obyvateľstva s vysokým rizikom KVO a onkologických ochorení. Jeho strategickým cieľom je znižovanie celkovej úmrtnosti populácie Slovenska na tieto choroby, najmä na predčasné úmrtia do 65 rokov veku a predlžovať strednú dĺžku života najmä u mužov. Rámcové úlohy a ciele programu sú zakomponované do čiastkových projektov riešených v regionálnych úradoch verejného zdravotníctva (ÚVZ) v SR a činnosti v Poradenských centrách podpory zdravia a zdravotnej výchovy pri ÚVZ. V rámci programu boli v SR v roku 2008 zriadené „Poradne zdravia“ pri

ÚVZ. Pre zvládanie úloh stanovených v programe bolo vypracovaných 5 čiastkových projektov:

- Slovensko bez tabaku,
- Primárna prevencia hypertenzie,
- Poradenstvo pre zdravý životný štýl,
- Zdravé deti v zdravých rodinách,
- Ozdravenie životného štýlu detí s rizikom KVO v rodine.

Program MONICA - monitorovanie KVO, ústredným cieľom programu je monitorovať trendy a determinanty chorôb obehovej sústavy, na následky ktorých mnoho ľudí zostáva invalidmi a ročne zomiera vo svete 15 miliónov ľudí. Vo vyspelých mimoeurópskych krajinách výskyt ochorení obehovej sústavy v posledných desaťročiach klesal. Slovensko patrí medzi krajiny s malým rozptylom vo vývoji úmrtnosti na ochorenia obehovej sústavy. Preto je významné aj v súčasnosti posilniť prevenciu. Projekt je špecificky zameraný na zisťovanie výskytu vybraných rizikových faktorov chorôb obehovej sústavy a nádorových ochorení a uplatňovania zásad správneho životného štýlu.

Projekt MOST bol vyhlásený ako mesiac o srdcových témach. Kampaň sa realizuje od r. 2007 v mesiaci september, pod záštitou Slovenskej nadácie srdca. Zdravotníci intenzívne realizujú preventívne aktivity aj v rámci svetového Dňa srdca (posledná septembrová nedeľa). Ústredným mottom kampane MOST je kód zdravého života „0 – 30 – 5 – 125 – 80“. Vznikol z odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti. Znamená 0 ks vyfajčených cigariet, 30 minút pohybu denne, 5 mmol/l cholesterolu a menej, 120/80 mmHg optimálny tlak krvi. Preventívne meranie vybraných parametrov sa dopĺňa o odborné konzultácie a šírenie edukačných materiálov, realizujú sa workshopy a poradenstvo.

Ďalšie čiastkové programy a projekty:

- Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo,
- Svetový deň bez tabaku,
- Súťaž na odvykanie od fajčenia Quit and Win,
- Svetový deň hypertenzie (17. máj).
- Kampane pri príležitosti Svetového dňa zdravia (7. apríl),
- Pre tvoje srdce i srdce tých druhých,
- Zdravé srdce,
- Dni zdravého srdca (v ambulanciách všeobecných lekárov),

- Projekt „Vaše srdce“ spustený spoločne s kampaňou Týždeň srdca v lekárňach organizovanou SLeK a Kanceláriou WHO na Slovensku (od r. 2005).

Záver

Pre jednotlivcov je náročné zmeniť svoj životný štýl. Príčinou býva nízky sociálno-ekonomický status vrátane nízkej vzdelanostnej úrovne. Nízky ekonomický príjem často tvorí prekážku v dodržiavaní zmeny životného štýlu. Sociálna izolácia je tiež významný faktor, osamelo žijúci ľudia majú väčšiu pravdepodobnosť nezdravého životného štýlu. Stres v zamestnaní a doma sťažuje ľuďom osvojiť a udržať si zdravý životný štýl. Ani informačný boom, často až zavalenie informáciami z internetu nebýva prospešné. Prínosné je aj poznanie postojov čo najširšieho okruhu zdravotníckych pracovníkov k stratégii Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Odporúčame propagovať odborníkmi koncipované a realizované aktivity, zvýšiť podiel angažovanosti zdravotníkov na realizovaní preventívnych programov a stotožnenie sa s kódom zdravého srdca „0-30-5-120-80“.

Literatura

- [1] Národný program prevencie ochorení srdca a ciev MZ SR. Dostupné: www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/NPPOC
- [2] OZOROVSKÝ, V., FARKAŠOVÁ, D., BADALÍK, L. 2007. Postoje účastníkov špecializačného štúdia k cieľom stratégie Zdravie pre všetkých v 21. storočí. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, roč. 4, č. 1-2, 2007, s. 3-4.
- [3] Súhrn európskych odporúčaní pre prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v klinickej praxi. 2008. *European Cardiol*, 2008, 17, Suppl. 3, s. 2-3.
- [4] Správa MZ SR o plnení Národného programu podpory zdravia za roky 2006 – 2010. Dostupné: www.health.sk
- [5] World European Health for All Series, Health Organizatione-Europe. 2000. *Health for all in the 21 century*. ISBN 92-890-1349-4, č. 6, 2000, 224 s.

Kontaktní údaje

PhDr. Anna Benčeková, doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

e-mail: hana.padysakova@szu.sk

Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče

Markéta Blažková, Anna Krátká, Lucie Kramaříková

Abstrakt

Příspěvek se zabývá zátěžovými faktory a problematikou prevence syndromu vyhoření u sester v oboru intenzivní péče. Na sestry pracující v těchto oborech jsou kladeny vysoké požadavky a ve své práci se setkávají s mnoha fyzickými i psychickými zátěžovými faktory. Zajímalo nás, jaké faktory sestry vnímají jako nejvíce zátěžové, jaké oddělení považují za nejvíce rizikové v rámci vzniku syndromu vyhoření a zda jim zdravotnická zařízení nabízí semináře či další aktivity a možnosti v oblasti prevence syndromu vyhoření.

Klíčová slova

Sestra, intenzivní péče, zátěžový faktor, syndrom vyhoření, prevence.

Úvod

Oddělení intenzivní péče jsou v současné době nepostradatelnou součástí řady nemocnic. Je zde poskytována péče klientům, kteří trpí závažným, život ohrožujícím onemocněním. V současné době lze tento obor považovat za svébytnou a dynamicky se rozvíjející disciplínu. Dle doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu (ASICM) se dělí intenzivní péče na 3 stupně. Každá úroveň obsahuje doporučený vzorec pro personální a technické vybavení, přičemž na jedné jednotce mohou být zastoupeny různé úrovně péče v poměru, který vyžaduje spektrum nemocných na daném oddělení. Podobně můžeme rozdělit i jednotky intenzivní péče dle zaměření jednotky na obecné jednotky specializované a oborové interní jednotky intenzivní péče, kde řadíme např.: koronární, geriatrické, transplantační, onkologické, infekční, neurologické a psychiatrické jednotky intenzivní péče. V rámci jednotek chirurgického zaměření pak chirurgické, kardiochirurgické neurochirurgické, popáleninové, traumatologické, spinální a pediatrické jednotky intenzivní péče (Zadák, Havel, 2007).

Práce sestry na jednotkách intenzivní péče je velmi specifická a odvíjí se od zaměření dané jednotky. S rozvojem ošetrovatelství se neustále mění a rozvíjí role sestry. Stále více se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopné samostatné práce, mění se nejen kompetence, ale i rozsah její práce a profese. Nezbytné je patřičné vzdělání hlavně v rámci terciálního, specializačního a celoživotního vzdělávání. Specifika práce poté tkví hlavně např. v monitoraci základních životních funkcí, péči o dýchací cesty, péči o centrální a periferní žilní vstupy, v oblasti zajištění výživy a v oblasti komunikace.

V práci sestry v oboru intenzivní péče se tak vyskytuje mnoho zátěžových faktorů. Zátěže se mohou vztahovat jednak k podmínkám pracovní činnosti, dále ke zdravotnímu stavu klientů a také se týkají osobnostních charakteristik pracovníka.

Obecně dělíme zátěže do dvou oblastí, a to fyzické, chemické a fyzikální oblasti a oblasti psychické, emocionální a sociální zátěže. Do první oblasti řadíme např. statické a dynamické zatížení, zatížení páteře, zatížení svalového a kloubního systému, setkání se s nepříjemnými podněty, rizika infekce, narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu, kontakt s léky a dezinfekčními přípravky, pomůckami, hluk, radiační záření apod. Další oblast se týká psychické, emocionální a sociální zátěže. Zde řadíme např. neustálou pozornost, pečlivé sledování, pružné reagování na změny a požadavky, nároky na paměť, velkou zodpovědnost, nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací, opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech, konfrontaci s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci, zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic, otázky týkající se velmi soukromých záležitostí klientů a jejich rodin, opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, komunikaci s příbuznými pacientů, konflikt rolí, nízké ohodnocení náročné práce, nároky na neustálé učení a vzdělávání apod. (Bartošíková, 2006).

Všetchna tato kritéria mají významný podíl na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Narušují psychickou rovnováhu pracovníka, což se projeví na změně v chování, prožívání i uvažování. Mezi nejčastější řadíme stres, frustraci, konflikt, deprivaci, trauma a krizi (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Syndrom vyhoření je v dnešní době rozšířeným tématem, a to nejen v oblasti zdravotní péče. V literatuře lze najít mnoho různých definic a pojetí tohoto termínu, a to především:

- Jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání.
- Vyskytuje se především u profesí pracujících s lidmi.
- Jsou zde přítomné nejen psychické příznaky, ale i fyzické a sociální.
- Podstatou vyhoření je emoční vyčerpání a často i celková únava.
- Hlavní složky tohoto syndromu vycházejí především z chronického stresu (Kebza, Šolcová, 2003).

Mezi rizikové faktory patří vnější faktory (zaměstnání a organizace práce, rodina, společnost), vnitřní faktory (charakteristiky člověka- pevná vůle a odhodlanost, sklony k soběstačnosti, vysoká sebedůvěra, perfekcionismus, značná cílevědomost, soutěživost, potřeba mít vše pod kontrolou, rozhodnost, dále špatný fyzický stav, neschopnost odpočinku a relaxace, nepravidelný denní biorytmus) a v neposlední řadě profesní podmínky.

Hlavními důsledky syndromu vyhoření jsou poté hlavně ztráta smyslu a odhodlanosti, ztráta pozitivního vnímání sebe sama, pocit osamělosti, zášť a hořkost a pocit celkové beznaděje (Jelková, Reitmayerová, 2006).

Pro každou sestru je tedy hlavně důležitá prevence. Ta může být realizována buď na úrovni jednotlivce, organizace nebo v rámci zajištění pracovních podmínek.

Metodika a zkoumaný vzorek

Cílem šetření bylo:

Stanovit nejvíce zátěžové faktory pro sestry v oboru intenzivní péče.

Vymezit nejvíce rizikové pracoviště v oboru intenzivní péče z pohledu sester.

Zhodnotit zájem a možnosti edukace o prevenci syndromu vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení.

Do zkoumaného vzorku byli zařazeni respondenti ze tří typů zdravotnického zařízení a to nemocnice fakultní, krajské a okresní. Byla využita metoda nestandardizovaného strukturovaného dotazníku jako kvantitativní metoda pro získání co nejvíce dat v poměrně krátkém časovém úseku, který byl určen pro sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Dotazník obsahoval 25 otázek v návaznosti na cíle práce. Využitými formami položek byly otázky uzavřené, polouzavřené, otevřené, filtrační a kontrolní. Celkem bylo do dotazníkového šetření zahrnuto šest pracovišť. Dohromady bylo rozdáno 300 dotazníků, do každého zařízení 50 dotazníků. Návratnost byla 185 dotazníků (61,7 %). Vyřazeno pak bylo 26 dotazníků z důvodu neúplného nebo chybného vyplnění.

Zpracováno bylo tedy 159 dotazníků. Z celkového počtu šlo o 6 mužů (3,8 %) a 153 žen (96,2 %), z toho 53 respondentů (33,3 %) bylo z fakultního typu nemocnice, 53 (33,3 %) z krajského typu nemocnice a 53 (33,3 %) z okresního typu nemocnice. Zpracovaná data byla následně zpracována pomocí statistické metody - test nezávislosti chí- kvadrát .

Diskuse

Zátěžové faktory byly rozděleny do dvou skupin, a to skupiny psychických zátěžových faktorů a skupiny fyzických zátěžových faktorů. Zde měli respondenti možnost uvést i více odpovědí. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že jednoznačně považují za nejvíce zátěžové především psychické zátěžové faktory. Nejvíce zastoupené odpovědi byly stresové situace, odpovědnost za své jednání, častá péče o klienty v těžkém až kritickém stavu a umírání a smrt klienta. Nabízené odpovědi byly dále doplněny možnostmi, kde respondenti mohli sami vypsát, co považují ve své profesi za zatěžující. Jednalo se o problémy ve vztahu sestra-lékař, nedocení práce, zvyšování odpovědnosti bez dalšího ocenění. V oblasti fyzických zátěžových faktorů byla nejvíce zastoupena oblast nedostatku zdravotnického personálu a práce přesčas. Poměrně výrazné hodnocení získala i manipulace s imobilními klienty. Celkem 138 respondentů ohodnotilo svoji práci jako psychicky i fyzicky náročnou a taktéž se celkem 133 respondentů domnívá, že na ně působí faktory, které by mohly vést k syndromu vyhoření.

Co se týká hodnocení pracovišť, tak za nejvíce rizikové pracoviště považují sestry z intenzivních oborů anesteziologicko - resuscitační oddělení v celkovém počtu 69 respondentů, dále pak dětskou jednotku intenzivní péče v celkovém počtu 24 respondentů. Zdůvodněním bylo hlavně to, že jsou zde pacienti v život ohrožujících stavech, sestra má velkou zodpovědnost za své jednání a musí se také rychle rozhodovat a v neposlední řadě se zde setkává často s umíráním a smrtí. Obecně jsou hlavně tato oddělení, dále léčebny dlouhodobě nemocných a onkologická oddělení považována ve vztahu k zátěžovým faktorům a možnosti vzniku syndromu vyhoření za nejrizikovější. Celkem 103 respondentů se také v této souvislosti domnívá, že je práce na těchto typech pracovišť odlišná dle typu a velikosti zdravotnického zařízení. Pouze 33 respondentů zvolilo možnost *ne* a možnost *nevím* celkem 23 respondentů. Podobně byla vyhodnocena i položka, kde hodnotili respondenti typ zdravotnického zařízení jako nejvíce rizikové pro vznik syndromu vyhoření, kde

celkem 94 respondentů označilo *fakultní nemocnici*. Toto nepochybně souvisí s charakterem daných pracovišť.

V rámci zájmu o výukový programy, aktivity zaměřené na prevenci syndromu vyhoření v závislosti na typu zařízení, jsme dospěly k závěrům, že pouze 45 respondentů se staví k této skutečnosti pozitivně. Nejvíce kladných odpovědí bylo od respondentů z fakultních nemocnic v počtu 23, dále 14 z krajských nemocnic a v okresních nemocnicích odpovědělo kladně pouze 8 respondentů. Většina je toho názoru, že je toto pro ně forma neefektivní a věnují se prevenci v rámci vlastní duševní hygieny, a to hlavně cvičením jógy, provozováním dalších sportovních aktivit a různých druhů relaxace. V prevenci na úrovni jednotlivce je stěžejní především sociální opora, péče o sebe a vlastní potřeby, sebepoznání, dostatečný prostor pro své koníčky a zájmy, udržování dobré tělesné kondice, snažit se nenosit si práci domů a v případě potřeby se nebát včas požádat o pomoc. V rámci organizačních opatření bychom pak jmenovaly hlavně důležitost týmové spolupráce, samotnou aktivitu zdravotnického zařízení, managementu nemocnice ve vztahu k zajištění dostatečné regenerace, péči o psychické zdraví personálu, zajištění bezpečnosti práce, podpora kariérního růstu zaměstnanců, mapování zátěže, možnost supervize a zajištění přítomnosti odborného poradenství.

Závěr

Na téma zátěžové faktory v ošetrovatelské péči a hlavně problematiku syndromu vyhoření bylo provedeno již několik výzkumů. Potvrdilo se nám, že většina respondentů má dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření, ale přesto má zájem o další informace. Z tohoto důvodu byla vypracována i edukační CD, která byla nabídnuta a rozdána v nemocnicích, kde šetření probíhalo. V rámci působení zátěžových faktorů bylo potvrzeno, že nejvíce převažují psychické faktory. Taktéž z hlediska určení nejvíce rizikového pracoviště z pohledu sester byl potvrzen náš předpoklad, že se jedná o oddělení ARO a to především ve větších typech nemocničních zařízení. Velmi překvapivým zjištěním pak pro nás bylo, že edukace v oblasti syndromu vyhoření jsou vnímány zdravotníky spíše negativně, nemají zájem o tyto aktivity. V případě syndromu vyhoření by měla být pro sestry stěžejní znalost prevence a vůbec uvědomění si, že mohou být syndromem vyhoření ohroženi. Zlepšení situace je závislé na iniciativě každého pracovníka a taktéž zdravotnického zařízení. Mělo by pro své zaměstnance vytvářet, ať už různé interaktivní výukové programy nebo jim umožnit přiměřený odpočinek a relaxaci. Aby

zdravotník mohl pracovat dobře a především s plným pracovním nasazením, je podstatné, aby byl sám dostatečně odpočinutý a měl k této profesi a hlavně přístupu k pacientům pozitivní postoj. Přesto nelze podceňovat aktivní účast samotného zdravotníka, který by se měl cíleně v rámci prevence aktivně zapojit, najít si vhodný způsob relaxace a umět odpočívat. Jedině tak může poskytovat profesionální a kvalitní péči pacientům.

Literatura

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
- [2] KALWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- [3] JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- [4] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [5] SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- [6] ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

Kontaktní údaje

Mgr. Markéta Blažková
Ústav ošetřovatelství
Institut zdravotnických studií
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
e-mail: blazkova@fhs.utb.cz

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
Ústav ošetřovatelství
Institut zdravotnických studií
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
e-mail: kratka@fhs.utb.cz

Bc. Lucie Kramářková
Chrudimská nemocnice a.s.
e-mail: KramarikovaLucie@seznam.cz

Aspekty anestetickéj ošetrovateľskej starostlivosti

Andrea Bratová

Abstrakt

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta pri anestézii má veľmi dôležitú úlohu. Dôležitosť primeranej komunikácie tiež vhodne vplyva i na celkový stav respondentov. Pri poskytovaní anestéziologickej starostlivosti je dôležitá spolupráca medzi všetkými zdravotníckymi pracovníkmi. Sestra tu zastáva jedinečnú a nenahraditeľnú rolu.

Kľúčové slova

Anestézia. Ošetrovateľská starostlivosť. Pacient. Sestra. Intraoperačné obdobie.

Úvod

Zásady moderného ošetrovania vychádzajú z predpokladu, že nie každý pacient vyžaduje v rôznom období svojho ochorenia rovnako intenzívnu starostlivosť, teda odstupňovanú lekársku starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť. Ide o systém diferencovanej starostlivosti a svoje opodstatnenie má najmä z pohľadu intenzívnej starostlivosti (Vörösová, 2005). Práca sestry sa zakladá na interakcii s pacientom. Vo všeobecnom meradle platí, že osobnostné kvality človeka predurčujú, ako bude nadväzovať vzťahy so svojim okolím, či komunikáciou prispeje k atmosfére dôvery, prípadne naopak, ju bude brzdiť. Prístup, komunikácia sestry zanecháva v pacientovom prežívaní odozvu, ktorá môže byť o to silnejšia, o čo je pacientova zraniteľnosť väčšia. V prípade ak pacient vzhľadom na svoj zdravotný stav, situáciu, prežíva úzkosť, neistotu, strach, vtedy je vhodná atmosféra bezpečia, porozumenia a podpory (Ilievová, 2009).

Text

Predoperačná ošetrovateľská starostlivosť ako uvádza Kubicová (2005) sa začína rozhodnutím o operácii ako o jednej z možností liečby chirurgického ochorenia pacienta a končí sa jeho prevozom na operačnú sálu, kde ho prevezme operačná alebo anestéziologická sestra. Operácia je spojená

s určitou záťažou pre každého pacienta operačným rizikom, t.j. možným vznikom závažných intraoperačných a pooperačných komplikácií. Ošetrovateľská starostlivosť v predoperačnom období zahŕňa prijatie pacienta všeobecne a špeciálne predoperačné posúdenie a najmä prípravu na chirurgický výkon, čo predstavuje: vyhľadávať faktory podmieňujúce operačné riziko, eliminovať rizikové faktory a minimalizovať operačné riziko, iniciovať prevenciu komplikácií už v období pred operáciou. Autori Bohuš (1992) a Firment (2004) uvádzajú, že psychologická príprava pacienta je dôležitou podmienkou pre hladký úvod a nekomplikovaný priebeh anestézie tak miestnej ako i celkovej. Psychiku pacienta nepriaznivo ovplyvňuje nielen strach z operácie, ale i všetky negatívne momenty súvisiace s pobytom v nemocnici. Etické požiadavky na správanie a prejav zdravotníckych pracovníkov sú z hľadiska psychologickej prípravy pacienta na operáciu a anestéziu prísne a náročné. Podľa Larsena (2004) takmer všetci pacienti majú pred anestéziou a pred operáciou strach. Sú však v rozličnej miere pripravený ako sebe, tak pred inými tento strach a obavy pripustiť a hovoriť o nich. Psychologická príprava pacienta by mala obsahovať: upokojenie pacienta, správať sa s porozumením a s trpezlivosťou, vypočuť pacienta, pozorne, priateľsky, zrozumiteľne vysvetliť plánovaný postup a predpokladaný priebeh, zamerať sa i na obavy a strach pacienta. U väčšiny pacientov je treba psychologickú prípravu doplniť krátko pred operáciou premedikáciou. Príprava pacienta na anestéziu a operáciu sú obvykle spojené so strachom pacienta, ktorý úplne neodstráni ani premedikácia. Všetka príprava k úvodu do anestézie sa musí diať v kludnom a priateľskom prostredí a ovzduší. Má byť orientovaná na pacienta tak, aby sa jeho strach rozplynul a účinok premedikácie zostal zachovaný. Kubicová (2005) uvádza, že intraoperačné obdobie sa začína prevzatím pacienta na operačnú sálu a končí sa jeho prevozom na: OAIM, JIS, resp. ošetrovaciu jednotku po operácii. Podľa Mikšovej a kol. (2006) v priebehu intraoperačnej fázy je ošetrovanie pacienta zabezpečované zdravotníckym odborným personálom operačného sálu, kde je kladený dôraz predovšetkým na: ochranu pacienta pred zranením a infekciou, ochranu kože pred poranením pri pohybe a zmene polohy, udržiavanie polohy, použitím vhodných ochranných pomôcok, monitorovaním pacienta, vedenie príslušnej dokumentácie, ošetrovateľské výkony, súpis použitých chirurgických nástrojov a materiálov, operačný protokol, ktorý vypisuje operatér po skončení operácie. Transport pacienta z chirurgického oddelenia na operačnú sálu sa deje cez vstupný filter pre pacienta. Následne ho s dokumentáciou prevezme sálový personál. Pacient vo vstupnom filtri odloží odev, oblečie si len operačnú košeľu, vlasy má prikrýté

operačnou čiapkou. Takto je pacient uložený na vozík (postel'), ktorá sa nachádza na predsálí. Potom je pacient premedikovaný, musíme ho sledovať, pretože už sám nesmie schádzať z postele. Práca sestry začína prevzatím pacienta a dokumentácie. Ošetrovateľ uloží pacienta na operačný stôl do základnej polohy, správne podloží podloženie pre elektrokoaguláciu, dolné končatiny fixuje popruhmi. Jednu hornú končatinu má pacient upaženú (na opačnej strane než stojí operatér), pre potreby anesteziológa. Anesteziologická sestra napojí pacienta na monitor, ktorý zaznamenáva fyziologické funkcie pacienta počas operácie. Anesteziológ pacienta zaintubuje a napojí ho na ventilátor. Ak je potrebné, zavedie kaválny katéter, žalúdočnú sondu (podľa požiadaviek operátora a stavu pacienta). Počas operácie je zavedená dokumentácia (anesteziologický záznam), do ktorého anesteziologický lekár a sestra zaznamenávajú prípravu, priebeh, výsledky a prípadné komplikácie počas výkonu. Pooperačná ošetrovateľská starostlivosť je interval medzi prebudením pacienta po anestézii až po prepustenie do domácej starostlivosti. Cieľom starostlivosti v bezprostrednom pooperačnom období je zaistiť základné životné funkcie pacienta a napomôcť jeho zotavovanie sa z anestézie. V prvej hodine (resp. niekoľkých hodinách) po operácii je jedinec ohrozený komplikáciami vyplývajúcimi z účinkov celkovej anestézie. Až do návratu obranných reflexov, spontánneho dýchania a stabilizácie krvného obehu by mala byť starostlivosť o pacienta zabezpečená ešte v operačnej sále anesteziológom a anesteziologickou sestrou. Cieľom starostlivosti nadväzujúcej na bezprostrednú pooperačnú starostlivosť je u pacienta eliminovať bolesť, diskomfort, pooperačné komplikácie a podporiť návrat zdravotného stavu na optimálnu úroveň (Kubicová, 2005). Ako uvádza Mikšová a kol. (2006), Bramušková a kol. (2010), Tkáčová a kol. (2010) v pooperačnej fáze je ošetrovateľská starostlivosť zameraná na: zotavenie z anestézie, sledovanie kardiopulmonálneho stavu, sledovanie dýchania, sledovanie polohy, sledovanie rovnováhy v príjme a výdaji tekutín, sledovanie neurologického stavu, sledovanie psychického stavu, poskytnutie pohodlia a bezpečnosti, povzbudzovanie k pohybu a predchádzaniu komplikácií, sledovanie operačnej rany (kanyly, drény, krytie), sledovanie bolesti.

Záver

Anesteziologická starostlivosť zabezpečuje bezbolestné vykonávanie diagnostických a liečebných výkonov operačnej a neoperačnej povahy. Pri týchto výkonoch je nevyhnutné vytvárať také podmienky, aby sa mohol bezpečne realizovať s čo najmenším nepriaznivým ovplyvnením zdravotného

stavu chorého. Pre pacienta je dôležité aktívne počúvanie hlavne zo strany sestier, ktorá má k pacientom užší kontakt ako lekár. Žijeme v krehkom, ohrozenom ľahko zraniteľnom a vzájomne prepojenom svete. Načúvame tlkotu ľudských srdca a tie bijú na celom svete rovnako. V rytme života je i túžba po láske, šťastí a spokojnosti.

Literatúra

- [1] BOHUŠ, O. a kol. *Anesteziológia resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin : Osveta, 1992. ISBN 80-217-0436-5.
- [2] BRAMUŠKOVÁ, J a kol. Nezastupiteľné miesto anesteziologickej sestry v ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta počas anestézie v ORL. In *Mezinárodní kongres sester pracujících v oboru ARIM Praha 2010*. Praha : Mgr. Miroslav Hmirák, 2010. ISBN 978-80-254-8632-0, s. 101
- [3] FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovateľstvo – teória*, Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-182-4.
- [4] FIRMENT, J., STUDENÁ, A. a kol. *Anesteziológia a intenzívna medicína*. Košice : Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2004. ISBN 80-7097-562-8.
- [5] ILIEVOVÁ, Ľ - BEKO, L - DOBŠOVIČ, Ľ. Humanistická psychológia v práci sestry. *Sestra a lekár v praxi*. 2009, ISSN 1335-9444. č. 3-4, s. 4.
- [6] KUBICOVÁ, Ľ, a kol. *Chirurgické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-176-X.
- [7] LARSEN, R. et. al. *Anestezie*. Praha : Grada Publishing, 1998. 936 s. ISBN 80-7169-179-8.
- [8] MIKŠOVÁ Z. - FROŇKOVÁ, M. - HERNOVÁ, R. - ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče I, II.*, aktualizované a doplnené vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
- [9] TKÁČOVÁ, A. - MAGOVÁ, E. - KOPRDOVÁ, Ľ. Intraoperačný monitoring u detí. In: *Zborník príspevkov z III. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej starostlivosti s medzinárodnou účasťou*. Bratislava : SKSaPA, 2010. ISBN 978-80-967818-9-8, s. 23.
- [10] VÖRÖRSOVÁ, G. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-192-1.

Kontaktné údaje

PhDr. Andrea Bratová

UKF Nitra, FSVaZ, KKDaUM, Kraskova 1, Nitra, 949 74

e-mail: abratova@ukf.sk

Spokojenost rodičů a dětí na dětském oddělení – indikátor kvality ošetrovatelské péče

Marie Břendová, Jana Boroňová

Abstrakt

Téma je zaměřené na spokojenost rodičů a dětí na dětském oddělení s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, přístupem zdravotnického personálu, s prostředím a vybavením dětských oddělení.

Motivací ke zpracování této problematiky je současný trend zdravotnictví - orientace na klienta, snaha vyhovět jeho přáním a tak docílit jeho spokojenosti. Míra celkové spokojenosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí, s prostředím a vybavením na dětských odděleních je významným ukazatelem kvality péče v daném zdravotnickém zařízení. Z těchto důvodů jsou rodiče hospitalizovaných dětí žádáni, aby kvalitu ošetrovatelské péče hodnotili.

Kvalita života je v poslední době velmi diskutovaným tématem a mnoho zdravotnických zařízení používá jako indikátor kvality právě názor svých klientů na poskytnutou péči. Tyto názory mohou zdravotnická zařízení použít jako určitou zpětnou vazbu pro svůj personál.

Klíčová slova

Kvalita, indikátor, ošetrovatelská péče, dětské oddělení, rodiče, spokojenost.

Abstract

The topic of the focuses on the satisfaction of parents and children at the children's department with healthcare, approach of healthcare staff, environment and equipment of children's departments.

Writing of this bachelor thesis was motivated by the current trend in healthcare – the client-orientation, effort to fulfil client's wishes to aim his satisfaction. The ratio of general satisfaction with healthcare provided, with environment and equipment of children's department is an important measure of quality of care in a particular healthcare institution. Therefore are parents of the hospitalized children asked to assess the quality of healthcare.

Quality of life is nowadays a very topical issue and many healthcare institutions use the opinion of clients about the healthcare provided as an indicator of quality. Clients' opinion can be used by the healthcare institutions as a feedback for their staff.

Úvod

Spokojenost rodičů a dětí na dětském oddělení – indikátor kvality ošetrovatelské péče, protože kvalita poskytované péče je aktuálním tématem současného zdravotnictví. Věnuje se jí stále větší pozornost a je úzce spjata s růstem profesionality a efektivnosti poskytované péče. K vyhodnocování a měření kvality slouží indikátory kvality zdravotní péče. Jedním z nich jsou audity, sledování a vyhodnocování spokojenosti klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.

Každý dobrý manager by se měl ptát svých klientů (příjemců péče) na to, jaké jsou jejich představy a očekávání a měl by chtít vědět, s čím jsou a s čím nejsou spokojeni. V mnoha nemocnicích probíhá sledování spokojenosti klientů i příbuzných formou anonymních dotazníků.

V dnešní době si lidé stále více uvědomují, že zdravotní péče není služba, která je zcela zdarma a kvalita této služby není ve všech zařízeních totožná. Zdravotnická zařízení kladou velký důraz na spokojenost svých klientů, kteří mají možnost výběru zařízení, ve kterém jsou mu služby poskytovány. Kvalita a sledování spokojenosti je též uvedena v akreditačních standardech Spojené akreditační komise České republiky.

Hospitalizace dítěte

Hospitalizované dítě, zejména je-li malé, nemá být v nemocnici samo, odloučeno od rodičů. Pobyť matky nebo otce u dítěte v době jeho nemoci je vlastně součástí léčby a kontakt s rodinou je důležitý pro obě strany – jak pro zdravotnický personál, tak i pro malého klienta a jeho rodiče. Přítomnost rodičů má však své klady i zápory. Nejdůležitější je však pro dítě stálý kontakt s rodiči v cizím prostředí, je spokojenější, klidnější, méně se bojí a tím také lépe spolupracuje. Pro rodiče je výhodou, že mohou být přítomni při vyšetřeních a jsou maximálně informováni o stavu dítěte. Přijatá matka či otec je výhodou i pro zdravotnický personál, protože mohou kdykoliv poskytnout potřebné informace. Sledují chování dítěte nepřetržitě a mohou kdykoliv upozornit na

aktuální zdravotní změny. Také to, že si rodič své dítě ošetřuje, znamená i úsporu času pro personál ve prospěch dětí bez rodičů.

Rodič u dítěte je přínosem a chceme všem, kdo mají zájem vyhovět a maximálně přispět k jejich spokojenosti po dobu hospitalizace.

Rodina má základní význam v péči o dítě, vytváří předpoklady pro optimální vývoj dítěte z hlediska psycho-somaticko-sociálního. Je proto důležité klást důraz na podporu rodiny a zajišťovat aktivní zapojování rodičů do léčebně – preventivní a výchovné péče o dítě.

Je nutný systematický a komplexní pohled na ošetřovatelskou péči v pediatrii s důrazem na holistický přístup k matce, dítěti a její rodině a na metodu ošetřovatelské praxe, formou ošetřovatelského procesu. Péče orientovaná na rodinu uznává autoritu a nedotknutelnost rodiny, jako základ pro plánování a realizaci zdravotní péče o děti.

Dětská sestra má své nezastupitelné místo, postavení v oboru pediatrie. Podílí se v rámci svých kompetencí na komplexní péči o dítě od narození do věku 19 let v ambulantní i nemocniční péči. Organizuje a řídí ošetřovatelskou péči v pediatrii, ošetřuje zdravé a nemocné děti včetně novorozenců a adolescentů. Ve své činnosti se musí zaměřovat i na spolupráci s rodinou. Cílem je zapojit rodinu do preventivní a výchovné péče a do procesu léčení.

Dětské sestry jsou ve velké míře obhájkyňmi zájmů dětí. Obhájce je osoba, která se někoho zastává nebo vystupuje na jeho obranu. Je potřeba obhajovat fyzické i emocionální zdraví dítěte a do obhajoby bývají zapojeni i rodinní příslušníci. Děti, které jsou hospitalizované, často nejsou schopny rozhodnout o svých potřebách nebo tyto potřeby vyjádřit. Jestliže se ošetřující sestra domnívá, že okolí nejedná v nejlepším zájmu dítěte, musí vyhledat pomoc. Znamená to řešit problém určitým služebním postupem. Ošetřující sestra musí své aktivity dokumentovat, následně je mohou instruovat a usměrnit vedoucí sestry, jiní dohlížející vedoucí pracovníci nebo lékaři.

Rodina se stává po roce 1990 součástí léčebného i ošetřovatelského procesu. V případě hospitalizace dítěte nejsou již styky dítěte s rodinou nuceně přerušeny, ale naopak vzniká možnost společného pobytu dětí a rodičů či jiných osob pečujících o dítě. Výhodou tohoto systému je mimo jiné i to, že doprovázející osoba může zhodnotit kvalitu poskytované péče, vybavenost zdravotnického zařízení a dětského oddělení, přístup zdravotnického personálu k dítěti a míru informovanosti o zdravotním stavu a léčebném režimu dítěte.

Nejčastěji doprovází dítě do nemocnice jeho matka. Povinností sestry při příjmu je nejen seznámit matku s oddělením, domácím řádem a režimem oddělení, ale především je podpořit v prvních dnech, kdy se seznamují s diagnózou svého dítěte. Je důležité citlivě a opakovaně informovat matku o ošetrovatelské péči o její dítě, na které se bude podílet a naučit ji správné technice ošetřování. Je nutné snažit se získat matku k aktivní spolupráci na léčbě a vzbudit v ní důvěru. Matka je dítěti nablízku ve dne v noci, což je pro malé pacienty, bez rozdílu věku velmi důležité. Je ale zcela mylné se domnívat, že přítomností matky ubylo sestrám na oddělení práce. Přítomností blízké osoby se práce sester stává náročnou a vyžaduje osobní vyzrálou i dostatečné zkušenosti.

Základem kvalitní péče o dítě a dobrou spolupráci s rodiči je také efektivní komunikace. Předpokladem pro úspěšnou komunikaci mezi sestrou a dítětem je důkladné poznání vývojových stádií od narození až po období adolescence. Správná komunikace je předpokladem pro kvalitně poskytovanou péči metodou ošetrovatelského procesu.

Hospitalizace je pro dítě bez matky vždy velmi traumatizujícím zážitkem, a to nejvíce tehdy, je-li malé (děti do pěti let věku), oslabené, přecitlivělé, a je v nemocnici poprvé. Jedná se o jakousi formu separace. Separční reakce je závislá na věku a zralosti dítěte. U malých dětí, starších kojenců a batolat lze pozorovat několik separačních reakcí a tyto reakce nemusí odeznít ani po návratu z nemocnice, nebo odeznívají dlouhou dobu. Někdy může dojít až k zastavení vývoje – regresi. Je nezbytné znát tyto reakce a projevy, abychom věděli, co můžeme ze strany dítěte očekávat a podle toho přizpůsobit své chování k hospitalizovanému dítěti. Psychologická a výchovná péče musí být zaměřena individuálně a musí respektovat vývojové a osobnostní zvláštnosti dětského pacienta.

Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita péče je intuitivně vnímaný pojem, a přesto vyžaduje definici. V literatuře je možné najít mnoho definic kvality, což znamená, že definovat kvalitu není lehké.

WHO definovala kvalitu zdravotní péče v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“.

Pojetí kvality je dáno sociálním a kulturním prostředím, ve kterém jedinec žije. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna hodnotami, které v dané

společnosti převládají a individuálními hodnotami těch, kteří kvalitu péče definují, např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy, zdravotničtí pracovníci.

Kvalita služby je teoreticky výsledek „dohody“ mezi zdravotníky, pacienty (a širší veřejností) a vládou, která kontroluje zdroje. V úsilí o zajištění kvalitní péče je nutné nejprve definovat kvalitní péči, tj. stanovit co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Toto je vyjádřeno zpravidla v tzv. standardech, podle nichž se poskytovaná péče posuzuje. Význam slova „kvalita“ ošetrovatelské péče tedy závisí na vymezení, co konkrétně znamená „kvalitní (dobrá) ošetrovatelská péče.“

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe charakterizována těmito znaky – v zemi, ale i konkrétním zdravotnickém zařízení, existuje jasná koncepce ošetrovatelství; péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu; péče je odvozená od potřeb pacienta; práce ošetrovatelského personálu je týmová; ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený; ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle; ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex; praxe (poskytovaná péče) je vědecky podložená; do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti; existuje účinná mezioborová spolupráce.

Na tyto oblasti se také zpravidla zaměřuje hodnocení kvality péče, a proto se pro ně vytvářejí standardy, které se snaží konkrétně vymezit, co je v dané oblasti pokládáno za kvalitní.

Zdravotní péče je služba a kvalitu služby nejčastěji měříme tak, že se dotazujeme dostatečného množství uživatelů této služby, jak jsou s ní spokojeni. Obecně platí, nejen ve zdravotnictví, že spokojenost klientů je důležitým ukazatelem kvality poskytované služby. Na stejném principu funguje ve všech vyspělých zdravotních systémech na světě měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. Není to jediný zdroj informací o kvalitě, který bychom měli mít k dispozici, ale určitě patří k těm nejdůležitějším a veřejnosti nejsrozumitelnějším. Aby toto měření bylo ukazatelem kvality, musí splnit řadu náročných předpokladů. Především musí probíhat ve všech zdravotnických zařízeních podle stejných pravidel a stejně musí být také získané informace od pacientů zpracovány a přehledně publikovány. Výhodou je, že takové informace neslouží pouze občanům jako zdroj informací o kvalitě zdravotní péče, ale jsou nepostradatelnou zpětnou vazbou pro samotné zdravotníky a vedoucí pracovníky zdravotnických zařízení. Ti na základě nich mohou zaměřit své úsilí na oblasti péče, se kterými pacienti nejsou spokojeni a účinně tak zlepšovat kvalitu svých služeb.

Kvalita poskytovaných služeb je zajímavým a citlivým tématem, které zajímá nejen provozovatele léčebné péče, ale i širokou veřejnost. V posledním období se objevují různé přístupy, které se snaží o vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. Můžeme je rozdělit následujícím způsobem:

- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení směřující k získání ceny za kvalitu – prestižní označení, které je udělováno po splnění kritérií vyhlášených zpravidla organizací pro národní cenu za jakost.
- dobrovolné aktivity zdravotnických zařízení směřující k získání certifikátu kvality – dokládá, že systém řízení jakosti odpovídá požadavkům daným ISO 9001:2000.
- dobrovolné, popřípadě vynucené přístupy k hodnocení kvality poskytovaných služeb ve smyslu požadavků akreditace zdravotnických zařízení, jejichž důsledkem je buď povolení činnosti, nebo zařazení do akreditačních stupňů.

Spokojený pacient se léčí rychleji, a růst spokojenosti pacientů tak podporuje zkracování pracovní neschopnosti, a tím i růst výkonnosti ekonomiky. Zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů je proto zájmem státu, zdravotních pojišťoven a politické reprezentace také z důvodů ekonomických.

Závěr

Indikátory kvality zdravotní péče a spokojenost klientů s poskytnutou péčí - jako jedno z měřítek výkonnosti systému managementu jakosti musí zdravotnické zařízení monitorovat informace týkající se vnímání pacienta, pokud jde o to, zda byly splněny jeho požadavky. Mezi tato měřítka patří indikátory kvality. Jsou to specifická, spolehlivá a měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem či požadavkem ukazují, jak dalece bylo daného standardu dosaženo.

Indikátory kvality mohou být zaměřeny na strukturu (např. počet zaměstnanců, kvalifikace sester apod.), proces (úroveň ošetrovatelské péče, konkrétní činnosti u pacienta apod.), nebo výstup (např. pacientův stav a jeho změny při propuštění ve srovnání s přijetím) zdravotní péče. Dále mohou být zaměřeny na lékaře, sestry, ošetrovatelský proces, klinickou událost nebo celý systém. Pro pediatrická oddělení jsou vyhrazeny specifické indikátory kvality, mezi něž patří: např. opětovná hospitalizace během 72 hodin po propuštění, chyby v diagnóze nebo managementu, úmrtnost hospitalizovaných dětí, pooperační komplikace

včetně úmrtnosti, zranění novorozenců, přesun na oddělení intenzivní novorozenecké péče po 24 hodinách života apod.

Indikátorem stavu kvality péče je především spokojenost či nespokojenost rodičů hospitalizovaných dětí v jednotlivých dílčích oblastech péče. Toto je důležitou informací pro management a ošetřující personál v daném zdravotnickém zařízení. Jde o vhodný zdroj podnětů ke zlepšení kvality péče.

Spokojenost klientů a rodičů hospitalizovaných dětí s poskytnutou péčí spolu s posuzováním kvality podle klinických ukazatelů, je dnes standardně používaným měřítkem, dle kterého se kvalita péče posuzuje. Zdravotní péče by měla být zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních-spirituálních potřeb dětského pacienta a jeho rodiny, a to především těch potřeb, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální. Uspokojování, nebo naopak neuspokojování potřeb se odráží ve vědomí klientů jako subjektivně pocíťovaná spokojenost, nebo nespokojenost.

Spokojenost klientů s kvalitou ošetrovatelské péče nelze zaměňovat či ztotožňovat s klinickou kvalitou, která je definována podle objektivně měřitelných klinických ukazatelů. Jejich spokojenost však klinický efekt do určité míry ovlivňuje, neboť spokojení klienti více důvěřují zdravotnickému personálu a aktivně s nimi spolupracují, což může výrazně pozitivně ovlivnit dosažené klinické výsledky.

Pohled klientů na úroveň zdravotní péče se může týkat kritérií, která charakterizují přístup klientů k zdravotní péči, tedy její dostupnost: prostorovou (síť zdravotnických zařízení), v čase (pohotovostní služby, urgentní medicína), a také dostupnost cenovou. Klienti zdravotnických zařízení, v našem případě rodiče hospitalizovaných dětí, jsou schopni validně posoudit zejména tyto stránky kvality péče: prostředí čekáren a ordinací, podmínky pro osobní hygienu, hygiena a vybavení v lůžkových zařízeních, rychlost zásahů v případě urgentních stavů, způsob chování zdravotnického personálu k dětským pacientům, komunikaci zdravotnického personálu s dětmi a jejich rodiči, čekací doby na vyšetření a ošetření, informování klientů o zdravotním stavu, o diagnostických a léčebných postupech, subjektivní vnímání výsledků léčby, uspokojování jednotlivých potřeb.

Spokojenost klientů, rodičů dětí, je chápána jako jeden z neopominutelných výstupů zdravotní péče. Je jedním z cílů, o který by nám ve zdravotnictví vždy mělo jít. Úroveň spokojenosti je závislá též na povaze onemocnění dítěte, na péči, která je mu z medicínského hlediska poskytována, na socio-

demografických faktorech (věk, vzdělání a ekonomické postavení rodičů), na kulturním a rodinném zázemí. Důležitou roli hraje i předchozí zkušenost klientů se zdravotnictvím a ošetrovatelskou péčí.

Spokojenost klientů s úrovní poskytovaných služeb (zda byly splněny jejich požadavky a očekávání) je jedním z měřítek, které by mělo dané zdravotnické zařízení a jednotlivá oddělení monitorovat.

Standardizace ošetrovatelské péče v ošetrovatelství vedou ke standardu dokonalosti. Komise pro ošetrovatelské služby Americké asociace sester (ANA) vypracovala pro sestry manažerky a vedoucí pracovníky standardy organizovaných ošetrovatelských služeb. Tyto standardy vytvářejí v ošetrovatelské praxi profesionální a příznivé prostředí. ANA navíc vypracovala standardy pro různé oblasti (např. standardy kardiovaskulárního ošetrovatelství obecně nařizují, co se očekává od sester pečujících o pacienty s kardiovaskulárními problémy). Tyto standardy slouží jako obecný návod, který se soustředí na důležité úkoly, jež jsou sestrám svěřeny. Různé soubory profesních standardů slouží k usnadnění kontroly ošetrovatelské praxe. Jednotlivé organizace nebo instituce navíc prostřednictvím institucionálních standardů ošetrovatelské péče tato očekávání upravují nebo je detailněji rozpracovávají. Záměrem je jasně stanovit, co se od profesionální sestry očekává. To na oplátku usnadňuje manažerovi kontrolu, neboť ví, jaké jsou požadavky na práci sester. *Ošetrovatelské standardy* jsou platné definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality. Porovnáním s ním se posuzuje a hodnotí současná ošetrovatelská praxe, jsou vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. První ošetrovatelské standardy vznikly v 70. letech 20. století v USA jako odezva zdravotníků na vyhlášení Charty práv nemocných. Standardy určovaly správnou zdravotnickou praxi a konkretizovaly, na jakou péči mají nemocní právo. I přestože každá země vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek, jsou pro všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvím společné obecné normy, které jsou vyjádřeny v doporučeních mezinárodních organizací (Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní rada sester, Evropská unie) a tyto doporučení jsou transformovány do koncepcí rozvoje ošetrovatelství jednotlivých zemí.

Ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, neboť vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Určují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči; umožňují objektivní

hodnocení poskytované péče; poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným, kterým zajišťují minimální standard péče; chrání sestry před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že dodržely příslušný standard. *Audity ošetrovatelské péče* - Audit česky znamená vyhodnocení. Již při formulaci standardu je třeba určit způsob jeho hodnocení. Audit se zaměřuje převážně na objektivně měřitelné stránky kvality ošetrovatelské péče.

Kvantitativní aspekty péče lze měřit snáze. Všude kde je to možné, používáme objektivní měřicí techniky, které v současné době v ošetrovatelství existují (např. měření rizika vzniku dekubitů, měření stupně a rozvoje soběstačnosti, měření kvantity prožívání bolesti apod.).

Náročnější je objektivní hodnocení subjektivních hledisek kvality (např. spokojenosti nemocného, vztahu mezi sestrami a nemocnými apod.). Při hodnocení kvality ošetrovatelské péče nelze všechny její aspekty matematicky vyjádřit. Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme hodnotit ze dvou hledisek:

- jako ošetrovatelský audit hodnotící plnění jednotlivých standardů – chceme-li hodnotit míru splnění standardu, zaměříme se na to, zda byla splněna jeho jednotlivá strukturální, procesuální kritéria a kritéria stanovená pro výsledek. Nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou vždy výsledky – splněné cíle.
- jako ošetrovatelský audit hodnotící celkovou kvalitu ošetrovatelské péče

Metody ošetrovatelského auditu zaměřeného na hodnocení celkové kvality poskytované péče, pomocí nichž monitorujeme a hodnotíme kvalitu péče:

- pozorovat sestry při práci
- kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci
- sbírat statistické údaje
- dotazovat se pacientů, kteří využívají ošetrovatelské služby
- zjistit, jak je péče hodnocena spolupracovníky
- zjistit, jak sestra hodnotí vlastní práci
- sledovat, jak si sestry předávají službu a nemocné
- měřit účinnost péče (např. podle délky jejího trvání, podle frekvence kontaktů sestra x pacient)
- zjistit, jak hodnotí péči někdo zvnějšku
- provádět inspekční kontroly (např. zástupci MZČR)

Zdravotnická organizace by měla v pravidelných intervalech provádět interní audity. Pokud jsou zjištěny neshody a chyby v poskytování ošetrovatelské péče,

musí vedení zajistit, aby byla bez přílišného zpoždění přijata opatření k odstranění zjištěných neshod a chyb.

Použitá literatura

- [1] BOLEDOVIČOVÁ, M. a kol. 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 208 s. ISBN 80-8063-211-1
- [2] BŘENDOVÁ, M., BOROŇOVÁ, J.: *Ošetrovatelská péče o děti v akutních stavech – ošetrovatelská péče o kojence s termickým poraněním*. In: zborník Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovatel'stva, Ružomerské zdravotnícke dni V., Ružomberok : Verbum, Fakulta zdravotníctva, KU, 2010, s.61-92, ISBN 978-80-8084-629-9.
- [3] CETLOVÁ, L. 2009: *Stížnosti pacientů vyslechně ombudsman*. Zdravotnické noviny. 2009. roč. 58, č. 26, s. 18., ISSN 0044-1996.
- [4] CETLOVÁ, L. 2009: *Staniční sestra jako manažerka ošetrovatelské péče naošetrovací jednotce*. In Ružomerské zdravotnícke dni IV. ročník. Zborník z abstraktov z medzinárodnej konferencie. Fakulta zdravotníctva Katolickej univerzity v Ružomberku: Ružomberok, 2009. ISBN 978-80-8084-539-1, s. 21
- [5] CETLOVÁ, L., DVOŘÁKOVÁ, V., STANČIAK, J., KOPÁČIKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, D. 2010: *Kvalita a bezpečí ve zdravotnickém zařízení*. In zborník príspevkov z konferencie: "Súčasný trendy vo vzdelávaní odbornej a laickej verejnosti v zdravotníckych disciplínach". Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnava, 2010, ISBN 978-80-8082-400-6.
- [6] ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. 2004. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1
- [7] HRAŠNOVÁ, K., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J.: *Kvalita ošetrovatel'skej starostlivosti, poskytovaná prostredníctvom ošetrovatel'ských štandardov*. In.: sborník Vliv mezinárodního ošetrovatel'ství na současnou ošetrovatel'skou teorii a praxi, II. PB Tisk, s. r. o., Příbram, 2007, s. 73-81, ISBN: 978-80-239-8943-4.
- [8] HRAŠNOVÁ, K., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: *Naše skúsenosti so zavádzaním štandardov do ošetrovatel'skej praxe*. In: sborník Nové trendy v ošetrovatel'ství V. Jihočeský Izert Expres, s.r.o., České Budějovice, 2006, s. 136-148, ISBN 80-7040-884-7.

- [9] Informační centrum vlády ČR. *Deklarace práv dítěte*. online. (cit. 10. 11. 2009). Dostupné z: Informační centrum vlády ČR.
<http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/tmplid-560>
- [10] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. *Etický prístup k podávaniu informácií*. In: Zborník z XIII. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou *Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na súčasné trendy vo vzdelávaní vo vednom odbore Ošetrovatelstvo a vo vednom odbore Verejné zdravotníctvo, Varia*. Skalica : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Skalica, 2010. s. 83 – 91. ISBN 978-80-89271-91-7, EAN 9788089271917.
- [11] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J.: *Etický problém – pravda pri ošetrovaní chorých*. In: zborník *Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva KU. Verbum. s. 18 – 26, ISBN 978-80-8084-616-9.
- [12] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J.: *Psychická záťaž sestry*. In: sborník *Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na rozširujúcu rolu sestry – psychologička, Varia*. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010, s. 79-90, ISBN 978-80-89271-83-2.
- [13] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. *Edukácia v psychofyzickej prípravy tehotných žien na pôrod*. In: Zborník z XI. Vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou *Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na rozširujúcu rolu sestry sestra – edukátorka, Varia*. Skalica: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Skalica, 2010, s. 116 – 126. ISBN 978-80-89271-81-8, EAN 9788089271818.
- [14] MRÁZOVÁ, I. 2008. *Spokojenost s ošetrovatelkou péči na dětském oddělení z pohledu osoby doprovázející dítě*: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 70 s.
- [15] SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. 2008. *Základní ošetrovateľská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 248 s.
ISBN 978-80-247-1613-8
- [16] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., PŘIBYL, H., KOPÁČIKOVÁ, M.: *Medicína, ošetrovatelstvo, veda. Vzájomná interakcia vedy a umenia v medicíne a v ošetrovatelstve*. In: Zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou

účasťou „*Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva*“.
Ružomerské zdravotnícke dni IV. ročník, Ružomberok: Fakulta
zdravotníctva, KU. 2009, s. 391-405, ISBN 978-80-8084-539-1.

- [17] TÓTHOVÁ, V. – VELEMÍNSKÝ, M. 2007. Zmapování spokojenosti
Vietnamských pacientů v nemocnicích ČR. In *Nové trendy
v ošetrovateľství IV.* České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2007.
ISBN 978-80-7040-992-3, s. 395-397
- [18] Zákon č. 104/1991 Sb. *Úmluva o právech dítěte.* (online). Praha: MVČR,
(cit. 20. 3. 2010). Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/sbirka>

Kontaktní údaje

Trnavská univerzita v Trnavě, FZ a SP Trnava

e-mail: brendovamadla@seznam.cz
j.boronova@gmail.com

Opinions of community health nurse profession and using health benefits in Poland

Monika Binkowska-Bury, Beata Penar-Zadarko, Małgorzata Nagórska

Abstract

Primary Health Care is the first link of patient's contact with a professional health care. It constitutes a basic element of health care process. In Poland a team of experts when preparing and modifying a National Health Program for 2007-2015 had especially focused on the fact that health care efficiency in the place of residence, education and work depends on community health nurses. The aim of the study is to present opinions of charges, with and without declaration of choice of physician, nurse and community nurse about features that should characterize a community nurse.

The study was carried out from December, 2008 to May, 2010. Cross-sectional design was used. A questionnaire survey was completed by 1103 adult residents of Podkarpackie (South East of Poland). A chi-square test was used in a statistical analysis.

A large group of respondents is not aware of the possibility to chose for a community health nurse (28.5%) or do not attach attention to that issue (22.5%). Lack of knowledge of competences and the scope of community health services might determine the use of community health services. First level education and qualification course completed with hospital work experience are preferred to be obtained by community health nurse. In the opinion of respondents community health nurse's work is difficult and dependent on physicians and other specialists' decisions. Professionalism and patient as well as the age between 30 and 40 years old are the most wanted features of community health nurse.

Key words

Attitudes; community health nurse; charge.

Introduction

A new system of Primary Health Care in Poland was organized based on an act of health services financed from the public sources from 2004, which provided for basic standards related to community health services [10]. Under mentioned act community health nurse is obligated to provided community health services in the place of beneficiary's residence. Those services include providing health care to healthy and ill people despite of the gender, age, as well as disable people and those in terminal stage. Community health nurse is obliged to provide complex family and community care in the place of beneficiaries' residence. In Poland, a number of charges per community health nurse (patients enrolled on active list, who declared to use community health services and fulfilled a declaration of choice of physician, nurse, community nurse) should not exceed 2.750 people [11]. Community health services are financed on the basis of an annual capitation rate per beneficiary with division into groups according age and including demographic index. It results from data received from Podkarpacki division of National Health Fund that an annual capitation rate per beneficiary for 2011 equals 26.64 PLN (approximately 6.65 EURO) [11]. Community health services include: promoting health and prophylaxis, diagnostic services, nursing services, treatment services and rehabilitation [6,7]. It results from the report of National Community Health Nursing Consultant from 2007 that community health nursing in the present system is functioning contrary to standards of World Health Organization (WHO) and international family nursing directives. In most cases it is functioning according to a traditional model, which is based on physicians' orders directed on treatment process in the aspect of ill people. There is no holistic and systematic approach to a family care on different stages of life and development. The main factor determining a low quality of community health services is related to numerous charges per community health nurse (average approximately 2259 people).

The aim of the study is to present opinions of charges, with and without declaration of choice of physician, nurse, community nurse about features that should characterize a community nurse.

Material and methods

Among the 1103 studied respondents there were 721 women (65.4%) and 382 men (34.6%). The age range was as follows: 41-50 years (27.2%), 31-40 years (24.3); >50 years old (20.9%); 26-30 years (15.1%) and 18-25 years (12.5%). The majority of respondents (69.1%) were from urban

areas, 30.9% were from rural areas. 34.2% of respondents had a secondary education; 31.3% had a vocational education; 12.4% had bachelor degree; 18.0% had a master degree and 4.1% had a primary education. The majority of respondents were employed (68.3%), 12.8% were unemployed, 10.2% were retired employee; 8.8% were pensioners.

Cross-sectional design was used. A questionnaire survey was completed by 1103 adult residents of Podkarpackie (South-East of Poland).

The study population was purposefully chosen. The study was carried out from December, 2008 to May, 2010. The study was restricted to adult people included in National Health Care Fund. Proportional representation of different social group was secured. A questionnaire consisted of closed questions considering the opinions about patients' expectations including nurses' education, age, appearance, nursing practice, use of community health services, knowledge of community health services catalogue.

Participation in the survey was both voluntary and anonymous, and the research material was treated confidentially. The studied group was given instructions in a covering letter, followed by the questionnaire. The return of the completed questionnaires was accompanied by the confirmation of participation agreements. The gathered data were statistically prepared using the statistical package STATISTICA 10.0. Analyze was carried out with the use of chi-square test.

Results and discussion

Almost a half of respondents were enrolled on the patients active lists (49.0%). The rest said that did not full field declaration of choice (28.5%) or did not remember if had done that (22.5%).

The majority of respondents (70.6%) did not use community health services. In the last year, the rest of them (29.3%) confirmed that used community health services and the most frequent reason for that was a physician's order (21.9%).

Table. 1 Community health nurse education and the community health care

What level of education of community health nurse do you prefer ?	Did you use of community health services (p = 0.004)				
	YES		NO		Total
	N	%	N	%	
1st level education (bachelor degree)	52	16%	107	14%	159
1st level education (bachelor degree) and qualification course	138	44%	396	51%	534
2nd level education	83	26%	138	18%	221
no answer	44	14%	135	17%	179
Total	317		776		1093

It results from table 1 that community health nurse should have a first level education (bachelor degree) competed with qualification course, which authorize to work in the Primary Health Care (48.8%). In the opinion of 20% community health nurse should have a second level education (master degree); 16.8% did not answer the question and 14.4% said that fist level education is obligatory for community health nurse. There is a statistical dependency between the use of community health services and preferred education of community health nurse (p=0.004). Those, who used community health services in the last year more often indicated for higher education (26.0%) in comparison with those, who till now did not use community health services (18.0%) (Tab. 1).

The majority of respondents said that community health nurse should have a practical professional experience gained previously on the hospital ward. A large group of respondents (37.1%) confirmed that, however if it was not possible for nurse to gain a professional experience, they would be willing to accept health services provided by community health nurse without hospital work experience. Nevertheless 16.8% respondents said that community health nurse does not need to have a hospital work experience. A statistical dependency between preferred necessity to obtain hospital work experience and the use of community health services was noticed (p=0.019). Those, who used community health services said that it is necessary for community health

nurse to obtain hospital practice (53.0%), in comparison with those, who did not use community health services(44.0%).

A change of nursing education system from a secondary to a higher has also changed and increased respondents expectations against community nurses 45.5%. As many as 29.4% did not relate a change of nursing education system with expectation' s increase against nurses and 25.4% did not answer the question.

Table. 2 Change of nursing education system and community health care

Did a change of nursing education system increased your expectations against nurses?	Did you use of community health services (p = 0.001)				
	YES		NO		Total
	N	%	N	%	
Yes	169	53%	328	42%	497
No	73	23%	247	32%	320
No answer	74	23%	202	26%	276
Total	316		777		1093

It results from table 2 that there is a statistical dependency between a change of both nursing education and expectation of charges and the use of community health services (p=0.001). Those, who used community health services more often said that along with a change of nursing education from a secondary to a higher, increased their expectations (53.0%). Somewhat less different opinions had those, who did not used community health services (42.0%) (Tab. 2)

In the opinion of a large group of respondents community health nurse's work is difficult and responsible (42.4%), 31.8% described it as difficult, but not the worst one; 21.4% said that it is as same work as many others, and 4.0% that is an easy and pleasant.

Table. 3 Work strenuous assessment and community health care

How do you evaluate community health nurse work?	Did you use of community health services (p = 0.000)				
	YES		NO		Total
	N	%	N	%	
Difficult and responsible	177	56%	290	38%	467
Difficult nut the worst one	81	26%	266	34%	347
Same as any other	52	16%	183	24%	235
Easy and pleasant	6	2%	34	4%	40
Total	316		773		1089

It results from table 3 that there is a statistical dependency between assessment of work strenuous and the use of community health services ($p=0.000$). In the opinion of those, who in during the last year had a contact with a community health nurse, their work was difficult and responsible (56.0%) in comparison with those who did not use community health services.

Every third respondents said that community health nurse's work is dependent on physicians' decisions (30.6%) and other medical occupations (30.6%). In the opinion of 27.2% community health nurse's work is independent. 11.6% respondents did not give an answer.

An age between 30 and 40 years old was the most preferred age for the majority of respondents. The rest of respondents preferred the following age: 40-50 years old (21.8%); 25-30 years old (14.4%); > 50 years old (3.8%). In the opinion of 60.0% nurse's appearance matters for patients.

The most important interpersonal features that should characterize a community health nurse were the following: professionalism (48.5%), patient (41.5%), thoroughness when providing services (41.1%). Other preferred features were: personal manners (27.4%), perceptiveness (19.8%), unselfishness (16.9%), tolerance (15.1%).

Table. 4 Selected interpersonal features and community health care

Features	Did you use of community health services				p
	YES		NO		
	N	%	N	%	
Professionalism	148	47%	383	49%	0.4567
Patient	129	41%	327	42%	0.6960
Thoroughness	133	42%	316	41%	0.6711
Personal Manners	99	31%	203	26%	0.0720
Perceptiveness	55	17%	163	21%	0.1790
Unselfishness	52	16%	134	17%	0.7497
Tolerance	51	16%	116	15%	0.6170

It results from table 4 that there is no statistical dependency between selected interpersonal features and the use of community health services including: professionalism ($p=0.4567$); patient ($p=0.6960$); thoroughness when providing services ($p=0.6711$); personal manners ($p=0.0720$); perceptiveness ($p=0.1790$); unselfishness ($p=0.7497$); tolerance ($p=0.6170$).

The majority of respondents said that do not know the competences and the scope of community health services (61.5%). The rest of group said that is able to describe competences and the scope of community health services (38.5%).

Discussion

In Poland a patient has a right to choose a community nurse for free. It is proceeded by filling out a form called declaration of choice of physician, nurse and community nurse. It is worth to mention that a declaration might be fulfilled by a charge no more than twice a year., and each change is paid 80 PLN (20 EUR), excluding a situation when a place of residence is changed or in other situations independent of beneficiary's will [11]. It results from the present study that more than a half of patients do not fulfill declaration of choice, or do not remember if had done that. This situation reflects a fact of low awareness of the Polish society about a statutory possibility of choice of a nurse. A new draft of declaration of choice (a choice of all together: physician, nurse and community nurse is put on one document) favors for health care centers to take over patients, whom previously declared to use nursing services [11]. In the opinions of respondents a work of community health nurse is difficult and responsible, however dependent on physicians and other specialists. A first level education

(bachelor degree) and community health qualification course, competed with hospital work experience was the most preferred education for a community health nurse. Professionalism and patient, as well as an age between 30 and 40 years old were the most preferred features. It results from the previous studies that interpersonal skills of the nurse, rather than purely the technical skills. These findings are consistent with those of showed the importance of communication in patients' perceptions of physicians' skill [1,3,5,9].

A friendly, happy, smiling nurse is perceived as a skilled nurse, yet these attributes have no direct relationship to the quality of a nurse's clinical expertise. Although many nurses who are skilled clinically and technically may also have strong interpersonal skills, a nurse who is perceived as friendly and cheerful could be woefully lacking in clinical and technical skills [4].

It results from the present study that the majority of patients do not know the competences and the range of community health services. On one hand, it results from that fact that for the last years the naming for a nurse working in the primary health care has changed several times (family nurse, community health care nurse). On the other one, in legislation a catalogue of community health care nurse's services are not separated [2,8]. In the opinions of voivodship consultants of community health nursing numerous health care centers hire nurses within the subcontract agreement and they simultaneously work in treatment rooms, registration, realize health programs for physicians, provide administration at physician's office. As a result they visit patients very rarely and only at physician's request [11]. Additional tasks required from nurses that are beyond community health nurse competences blur an image of occupational preparation especially in the aspect of patients' expectations.

Conclusions

1. A large group of respondents is not aware of the possibility to chose for a community health nurse (28.5%) or do attach attention to that issue (22.5%).
2. Lack of knowledge of competences and the scope of community health services might determine the use of community health services
3. First level education and qualification course completed with hospital work experience are preferred to be obtained by community health nurse.

4. In the opinion of respondents community health nurse's work is difficult and dependent on physicians and other specialists' decisions.
5. Professionalism and patient as well as the age between 30 and 40 years old are the most wanted features of community health nurse.

References

- [1] Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002; 16:337–344.
- [2] Kilańska D. (red.): *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej*. Tom I. Wydawnictwo Makmed, Lublin, 2008, 205.
- [3] Kralik D, Koch T, Wotton K. Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *J Adv Nurs.* 1997; 26:399–407.
- [4] Polit D, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
- [5] Radwin LE, Farquhar SL, Knowles MN, Virchick BG. Cancer patients' descriptions of their nursing care. *J Adv Nurs.* 2005;50(2): 162–169.
- [6] Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. *Dziennik Ustaw Numer 210, pozycja 2135 z późniejszymi zmianami*
- [7] Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 22 października 2010 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. *Dziennik Ustaw Numer 208 pozycja 1376*.
- [8] Sprawozdanie z działalności Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego za rok 2007.
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=603&ml=pl&mi=603&mx=0&mt=&my=602&ma=10027> (dostęp z dnia 04 -03-2011)
- [9] Thorsteinsson LS. The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *J Clin Nurs.* 2002;11:32–40.

- [10] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dziennik Ustaw z 2008 roku Nr 164, pozycja 1027 z późniejszymi zmianami.
- [11] Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 72/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Contact

Institute of Nursing and Health Sciences Medical Department
University of Rzeszow, Poland

Bezpečnostní pás, jako prevence pádu pacienta

Lada Cetlová

Abstrakt

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) vytvořilo tzv. Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče. Na rok 2010 bylo vyhlášeno pět bezpečnostních cílů. Jedním z těchto cílů je Prevence pádů pacientů.

Cílem našeho projektu bylo zvýšit zajištění bezpečnosti pacientů při transportu mimo ošetrovací jednotku pomocí bezpečnostních pásů. Průzkumem bylo ověřeno celkem 421 zaznamenaných transportů.

Klíčová slova

Omezení, pacient, pád.

Úvod

Svoboda, včetně svobody pohybu, je jedním ze základních přirozených práv každé fyzické osoby. Zcela zásadní je skutečnost, že poskytování zdravotní péče, ať již jde o fázi preventivní, diagnostickou nebo léčebnou s sebou vždy přináší pro pacienta větší či menší omezení osobní svobody, které je průvodním jevem a které je od poskytované péče neoddělitelné. Její omezování je jedincem i společností vnímáno jako hrubý zásah do osobnostních práv (Raboch et al., 2006).

Důležité je v nemocničním zařízení sjednotit postup použití omezovacích prostředků a to jen pro případy, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta, ostatních pacientů, personálu nebo majetku. Omezovací prostředky použít je tehdy pokud byly vyčerpány jiné možnosti řešení stavu, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí a nelze zjistit odstranitelnou příčinu takového chování (bolest, nepohodlí, vedlejší účinky léků, stres, problém ve vztahu s jinými pacienty nebo s personálem, tělesné onemocnění). Je třeba rozlišovat mezi prostým omezením svobody pacienta a použitím omezujících prostředků. I když určitá omezení vždy provázejí úraz nebo onemocnění a použití omezujících prostředků je pro prospěch pacienta, případně ostatních pacientů a okolí, má být užíváno eticky a odborně správně.

K omezení pacienta se užívají například ochranné kurty, ochranné pásy, složená prostěradla, pleny, připoutání k lůžku, kočárku, křeslu nebo použití postranic na lůžko (netýká se novorozeneckých, kojeneckých a batolecích lůžek). Za omezující prostředek je také považováno podávání psychofarmak, kterému ale zpravidla předchází užití prostředku, který omezuje mobilitu, bez kterého by nebyla aplikace psychofarmak bez rizika možná. Za omezovací prostředky se nepovažuje: použití postranic se souhlasem pacienta (např. zábrany zdvižené jako prevence pádu pacienta z lůžka či vyvázání ruky se zavedenou kapací infuzí na dlahu). Souhlas pacienta stačí i ústní, zapsaný ve zdravotnické dokumentaci. Pokud pacient nedá souhlas s použitím postranic, vysvětlí se mu situace nebezpečí pádu a následného zranění. Z tohoto důvodu se zábrany vloží do lůžka a zdůrazní se možnost použití signalizace. Tento postup je zapsán ve zdravotnické dokumentaci.

Projekt - Bezpečnostní pás, jako prevence pádu

Cíl projektu

Zvýšit zajištění bezpečnosti pacientů při transportu mimo ošetřovací jednotku.

Na základě doporučení WHO a EU vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ČR tzv. Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. Tento akční plán obsahuje konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách České republiky. Akční plán předpokládá vznik pracovní skupiny pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče. Obsahuje Rezortní bezpečnostní cíle pro příslušný kalendářní rok. Na rok 2010 bylo vyhlášeno pět bezpečnostních cílů. Jedním z těchto cílů je - Prevence pádů pacientů.

Pády hospitalizovaných pacientů jsou ve zdravotnických zařízeních mimořádnou, rizikovou událostí, které je nezbytné věnovat soustavnou pozornost. Pády často komplikují léčbu především u seniorů; způsobují poranění, prodlužují léčbu a ztěžují základní onemocnění (JCR, 2007).

Některé faktory, které zvyšují riziko pádů:

- porucha mobility nebo potíže s chůzí
- obtíže při vstávání z lůžka nebo ze židle
- změna prostředí (nemocniční prostředí)
- užívání podpurných pomůcek při chůzi

- některé léky
- porucha zraku, sluchu nebo řeči
- věk více než 65 let

Prevence pádů je v ošetrovatelské praxi závažnou problematikou, neboť poranění tohoto typu mají dlouhotrvající charakter a jsou doprovázena sníženou mobilitou pacientů.

Při prevenci pádů by měli ošetrovatelé dbát například na bezbariérovou úpravu prostředí; dobré osvětlení prostoru; nastavitelnou výšku lůžka; protiskluznou úpravu povrchu v koupelnách; na opatrné vstávání; identifikovat rizikového pacienta ihned při přijetí a poučení pacienta o riziku pádu.

SWOT analýza

S - Silné stránky

- vysoká eliminace pádu pacienta
- pocit bezpečí pacienta
- intenzita sledování pacienta personálem může být zaměřena jen na psychickou stránku
- lze ho umístit na jakýkoliv typ vozíku

W - Slabé stránky

- pocit omezení ze strany pacienta
- omezená možnost prodloužení pásu
- při těžké obezitě (BMI 40 a výše)

O - Příležitosti

- **zvýšení bezpečnosti pacienta**
- **snížení počtu nežádoucích/mimořádných událostí**
- **nízké náklady x vysoký zisk**
- **zvýšení komfortu převážených pacientů mimo ošetrovací jednotku**

T - Hrozby

- **stížnosti pacientů na omezení pohybu**
- **vysoké finanční náklady - při výrobě**
- **individuální pomůcky (těžká obezita)**

Pilotní projekt jsme uskutečnili na chirurgickém oddělení a centrální jednotce intenzivní péče v období 15. 1. – 15. 4. 2010. Vytvořili jsme jednoduchou dokumentaci pro záznam počtu transportovaných pacientů s bezpečnostním pásem a bez bezpečnostního pásu a nastavili pravidla, podle kterých se budou pacienti poutat. Na tomto základě jsme pacienty rozdělili do skupin dle závažnosti zdravotního stavu.

Průzkumem bylo ověřeno celkem **421** zaznamenaných transportů.

Použití pásu

Stanovení pravidel:

1. Pacienti při převozu z jednotky intenzivní péče.
2. Pacienti od 65 let výše.
3. Pacienti po operaci.

4. Pacienti se sníženou pohyblivostí.
5. Pacienti po cévní mozkové příhodě.

Použití pásu bylo využito **201x** - pacienti převezeni bez mimořádných/nežádoucích událostí a bez skoro pochybení ze strany zaměstnanců.

Pacienti měli pocit bezpečí, necítili se být omezováni a oceňovali vysokou bezpečnost v našem zařízení.

Zaměstnanci mají pocit větší jistoty při převozu pacienta (při převozu na sedačce není možnost sledovat pacienta vizuálně).

Bez použití pásu

Stanovení pravidel:

1. Neoperovaný pacient do 65 let bez větších zdravotních problémů.
2. Mladý pacient.
3. Pacient odmítl připoutání.

Použití pásu nebylo využito **208x**.

12x s mimořádnou/nežádoucí událostí.

Se zraněním: 2x

Pacient prodělal ortostatický kolaps. Při pádu ze sedačky si způsobil tržnou ránu na hlavě, která vyžadovala ošetření. Rána byla bez patologického nálezu.

Pacient při vyjíždění z výtahu vypadl z důvodu výškového rozdílu kabiny výtahu a chodby ze sedačky. Pádem si způsobil povrchové poškození (oděrky). Bez lékařského ošetření a intervencí.

Bez zranění: 10x z toho:

Pět pacientů odmítá připoutání. Cítí se být omezováni.

Dva pacienti nepřipoutáni z důvodu těžké obezity.

Tři pacienti nepřipoutáni z důvodu diagnózy.:

- a) fractura costae III.-VIII. I.dx
- b) fractura humeri I. sin; přiložen Desoltův obvaz – fraktura klíční kosti
- c) stav po oboustranné ablaci prsu

Obr. 1 Sedačka s bezpečnostním pásem



Závěr

Z průzkumu bylo zjištěno, že vysoké bezpečí pacientů lze zajistit i s nízkými náklady.

Pro pacienta:

- je však třeba pacientovi vysvětlit PROČ a z JAKÝCH důvodů toto jednoduché opatření provádí a pak většina klientů, zvláště ženy, opatření vítají. Naopak u mužů jsme se setkali s větší neochotou (většina z nich se cítí omezena v pohybu)
- je větší komfort při převozu

Pro personál:

- omezení, nebo prakticky nulová možnost pádu u převáženého pacienta
- jistota, že nedojde k mimořádné/nežádoucí události
- personál má „volné“, ruce a proto může lépe a volněji komunikovat s převáženým pacientem. Zvláště u sedaček, které jsou s madly za sedačkou (vizuální pohled je potom minimální) je velká výhoda připoutání.

Z našeho průzkumu vyplynulo, že klienti i personál jsou s použitím bezpečnostního pásu spokojeni. Náklady na jeho pořízení jsou nízké.

S použitím bezpečnostního pásu jsme prakticky eliminovali mimořádné/ nežádoucí události spojené s převozem pacienta na sedačce.

Literatura

- [1] ČAS: *Prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení*. Praha: Galén, 44 s. ISBN 978-80-7262-585-7.
- [2] JOINT COMMISSION RESOURCES 2007: *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha, Grada Publishing, 2007, s. 21. ISBN-13: 978-80-247-1715-9.
- [3] RABOCH, J. – ZVOLSKÝ, P. et al.: *Psychiatrie*. PRAHA: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8
- [4] <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Categories/160-Resortni-bezpecnostni-cile.html>

Kontaktní údaje

PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí Katedry zdravotnických sudíí
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16, 58601 Jihlava
Mobil: + 420 739054873
e-mail: l.cetlova@gmail.com

Specifika v přístupu a péči o umírající pacienty jiného etnika a náboženství

Kateřina Čermáková

Abstrakt

Příspěvek sumarizuje dostupné poznatky týkající se umírání, smrti a pohřbívání pacientů rómského, vietnamského etnika a pacientů křesťanského náboženství, judaismu a islámu.

Od roku 1989 se stává naše společnost stále více multikulturní. Hovoříme-li o péči o umírající pacienty, sledujeme velký rozvoj. Paliativní medicína je samostatný medicínský obor, vznikají nové hospice lůžkové i mobilní, rodina se stává členem týmu v péči o umírajícího. Podíváme-li se na současné výzkumy, sledujeme, že sestry mají pouze základní znalosti v péči o umírající pacienty odlišných kultur a náboženství. Informační materiály s tímto tématem v praxi chybí.

Klíčová slova

Róm, Vietnamec, křesťan, Bůh, Islám, Judaismus, smrt, umírání, Žid.

Úvod

V kontaktu s umírajícím pacientem a jeho rodinou v nemocnici i mimo ni, je nejčastěji sestra. V procesu umírání hraje tedy jedinečnou roli. V posledních týdnech a dnech života se mnoho lidí opírá o své náboženství, lpí na tradicích, zvycích a rituálech, vyplývajících z jejich kulturní odlišnosti a náboženství. Povědomí o těchto odlišnostech napomáhá sestram poskytovat kulturně ohleduplnou a citlivou péči.

V úvodu bych ráda uvedla výsledek dvou otázek z výzkumu, který jsem prováděla v rámci mé rigorózní práce na téma Analýza kompletní péče o umírající.

Na první otázku: *Jak pečujete o umírajícího pacienta jiného etnika?* 52,00% (104) respondentů uvedlo, že snaží zjistit potřeby pacienta a respektovat je. 38,50% (77) respondentů uvedlo, že postupují stejně jako u jiných pacientů

odpověď. Kulturně shodnou ošetrovatelskou péči poskytuje 9,50% (19) respondentů.

Na druhou otázku: *Máte k dispozici informační materiály o odlišnostech péče u různých etnických skupin?* 17,00% (34) uvedlo odpověď ano, 83,00% (166) uvedlo odpověď ne.

Z výsledků lze pozorovat snahu a ochotu sester uspokojit potřeby pacientů jiného etnika a náboženství. Je ale zároveň nutné sestry vzdělávat v problematice multikulturality umírání a vytvářet za tímto účelem informační materiály, které v praxi chybí.

1. Pojetí smrti a umírání u rómského etnika

Rómové svým původem pocházejí z Indie. Dnes osidlují prakticky celý svět. Na území Čech a Moravy se poprvé vyskytli ve 14. století. (Ivanovová, 2005) Rómské kmeny se dělí na Sinty, Rumungry a Olahy. U nás se vyskytují z cca 90% Rumungři, 9% Olaši, cca 1% tvoří původní čeští Romové, kteří byly holocaustem v podstatě vyvražděni. Válku jich přežilo cca 500 a jsou nejméně problematickou skupinou, často ani dle jména nepoznáte, že jsou Romové.

Rómové mají velkou úctu k rodičům, pečují o ně ve stáří až do smrti. Pokud to lze, pečují o umírajícího v domácím prostředí. V případě, že je umírající v nemocničním zařízení, vyžadují přítomnost u lůžka umírajícího.

Romové mají velký strach z bolesti a smrti a je u nich nutné počítat s velmi emotivními a hlasitými projevy. (Ivanová, 2005)

Rómské rituály při umírání

Rómské etnikum uctívá několik pohřebních rituálů, se kterými je nutno zdravotnický personál seznámit. První dvě až tři noci po smrti zůstává podle zvyků rodina u těla zemřelého. K zemřelému chovají velkou úctu a respekt.

Na pohřeb se sjíždí několik stovek až tisíc příbuzných podle významu člena rodiny. Pohřby jsou velké, nákladné akce s hudbou a hostinou. Do rakve dávají zemřelému alkohol, cigarety, zlato a peníze, aby se v posmrtném životě měl dobře.

Smutek Romové drží celý rok, během kterého se neúčastní žádných oslav. Ženy chodí v černém. (Škrabová, 2010)

2. Pojetí smrti a umírání u vietnamského etnika

Přisun vietnamských občanů na naše území se traduje od 60. let 20. století. Od počátku 21. století lze ve vietnamské komunitě pozorovat specifický jev a to vzrůstající počet narozených vietnamských dětí na území České republiky.

Vietnamci mají ke zdravotníkům velkou úctu a jejich pokyny přesně plní. Vietnamci preferují rovnováhu sil jang a jing. I v péči o umírající můžeme vidět prvky přírodní medicíny, léčitelství....(Mlýnková, 2009)

Je-li stav pacienta vietnamského etnika závažný, je vhodné celou situaci konzultovat s hlavou rodiny. Rodina si často nepřeje, aby byl pacient stresován. (Ivanovová, 2010)

Vietnamské rituály při umírání

O nemocného a umírajícího člena rodiny se stará většinou žena. Pro zdravotníky je zcela klíčové, dávat si pozor na nežádoucí symptomy (např. na bolest, zvracení). Vietnamci mají časté obavy ze vzniku závislosti na určitých lécích.

Pokud Vietnamec umírá, upřednostňuje umírání v domácím prostředí, v kruhu rodiny. Pro Vietnamce je typické, že je zesnulý oděn do bílého obleku a pozůstalí mu na polštář nosí různé předměty.

Pietní doba začíná v předvečer pohřbu. Buddhistický mnich může recitovat modlitby a dává zemřelému posmrtné buddhistické jméno. Pohřeb se koná dle buddhistických rituálů, kterých je mnoho a liší se oblastí, ve které jsou vykonávány. Ve Vietnamu se upřednostňuje pohřeb „do země“ – tělo bez rakve, ale je možná i kremace. Pokud chce být zemřelý pochován ve své rodné zemi, je spálen a popel je převezen do Vietnamu, kde bývá pochován s rodinou. (Škrabová, 2010)

Při pohřbu se sejde celá rodina a uzavírá se rakev. Po rozloučení se koná hostina. Sedmý den se znovu všichni setkávají.

3. Pojetí smrti a umírání v křesťanství

Křesťanství je [monoteistické](#), univerzální, historické a [misijní náboženství](#), jež je soustředěno kolem života, smrti a učení [Ježíše z Nazaretu](#), kterého chápe jako [mesiáše](#), spasitele světa, [Božího syna](#) a samotného Boha, který se v Kristu zjevil. Křesťanství existuje ve 3 hlavních formách. Křesťanství římskokatolické (hlavou církve je papež), ortodoxní (zde je hlavou cařihradský patriarcha první mezi rovnými patriarchy různých ortodoxních církví) a protestantské, což je

označení luterských a reformovaných křesťanských církví, tedy církví vzniklých po vystoupení Martina Luthera.

Pro zástupce římskokatolického vyznání není smrt definitivní konec, ale je vnímána jako brána do věčného života. Každý umírající křesťan potřebuje v závěru života čtyři důležité hodnoty: duchovní pohled na Pána Ježíše Krista, Boží slovo pro duchovní posílení, společenství lidí, kteří ho mají rádi, modlitební podporu křesťanů. Co je cílem křesťanské pastorační péče o umírající? Úmyslem pastorační péče je, aby člověk umíral v Pánu, protože jen takto jsou lidé Bohem blahoslaveni. Umírat v Pánu znamená umírat v Ježíšově ruce, v plném osobním odevzdání se do Jeho milosti, v plné důvěře, že Pán Ježíš Kristus je dokonalým Spasitelem, vítězem nad smrtí a dárce věčného života. (Kaszmarczyk, 2010)

Utrzení ve víře může dát umírajícímu i poslech křesťanských písní, ve nichž je obsažena důvěra v Krista Spasitele. Velikou hodnotu pro umírajícího mají rovněž hlasité přímluvné modlitby, které vnímá svým duchem, i když tělesně je již velmi slabý a s námi nekomunikuje. Blahodárně působí na umírajícího i přítomnost blízké milující osoby, jež jej drží za ruku, hladí ho po tváři, s láskou o něj pečuje. (Kaszmarczyk, 2010)

Ztížený odchod z tohoto světa můžeme pozorovat u lidí, kteří umírají v hříchu. Jejich velkou obavou je pronikavý pohled Boha v očistci a u posledního soudu.

Svátost pomazání nemocného slouží k povzbuzení nemocného k odpouštění hříchů a důvěře k uzdravení. Svátost posledního pomazání se přesouvá do doby bezprostředně před smrtí. Kněz pomaže několik míst na těle umírajícího olejem. Je velmi důležité, aby byl pacientovi vysvětlen význam pomazání. Nemocný nebo umírající přijímá tuto svátost s patřičným očekáváním a významem. (Ralbovská, 2010)

O tělo by mělo být pečováno a zacházeno s respektem a úctou. S výjimkou sebevrahů, nesmí být křesťanovi v žádném případě nedopřán křesťanský pohřeb.

Křesťanský pohřeb je o svátost, která usiluje o vyprošení duchovní pomoci zemřelému. Na pohřbu je prokázána mrtvému úcta, pozůstalým by měla být podána útěcha a naděje ve vzkříšení. Tradiční obřad má několik částí - obřad rozloučení v kostele (zde může být sloužena i mše za mrtvého), průvod na hřbitov, vysvěcení hrobu a uložení ostatků. (Ralbovská, 2010)

4. Pojetí smrti a umírání v Judaismu

Na světě žije přibližně 13 milionů Židů. Existuje mnoho židovských rodin, jejichž generační rozdíly vytvořily obrovské rozpory ve víře a náboženských zvycích. Není tedy možné předložit jednotný názor na židovské tradice spojené s nemocí, smrtí a umíráním. Nicméně, lze uvést některé obecné poznatky o víře a jeho pohledy na smrt pro klinickou péči. (Keene, 2008)

Tradice [judaismu](#) učí, že nemocný člověk nemá být v nemoci a ve smrti sám. O to se starají bližní nemocného, kterým bychom měli tedy zajistit možnost nepřetržitého pobytu u umírajícího v ústavním prostředí. Židé si velmi váží zdraví a zdravotníků. Pouze v době hlavních židovských svátků a o šabatou mohou odmítnout hospitalizaci a případné lékařské zákroky, nejedná – li se o život ohrožující stav. (Ivanovová, 2005)

Židé zastávají právo na život a povinnost zachránit život má přednost téměř přede všemi rituálními příkazy a také u beznadějných stavů. Jedinou výjimkou je snad jasně definovaný stav bezprostředně nastupující smrti, při kterém je smrt očekávána v době tří dnů. Nemocný je označován za *goses*. Jakékoliv aktivní uspíšení smrti je považováno za vraždu. (Ralbovská, 2009)

V době umírání, kdy pacient přijímá stravu a tekutiny, je nutné vycházet ze zásad stravování Judaismu. V těchto případech je vhodné se buď přímo od pacienta či jeho rodinou informovat o vhodných potravinách a způsobu přípravy *košer* stravy (rituálně způsobilá strava z předepsaných skupin živočichů). Zde má vedle sestry nezastupitelnou úlohu i nutriční terapeut.

Další možností v péči o umírající židy je pohřební bratrstvo – *Chevry kadiši-*, které bylo založeno v 16. století Rabi Jehudou Löwem ben Bezalel. Jedná se o skupinu mužů a žen, známých svou zbožností. Zůstávají u umírajícího až do konce a potom se postarají o to, aby mrtvola byla pohřbena. Mít možnost pohřbit bližního je v židovské komunitě opravdu velká čest. Dalším z jeho úkolů je vyslechnout doznání hříchů umírajícího (*viduj*), který poté jako svá poslední slova pronáší vyznání víry „[šma jisra'el](#)“. Člen bratrstva zatlačí zemřelému oči a naznačí jméno Boží na rukou zemřelého. Zemřelému jsou pak narovnány končetiny, tělo je položeno na prkno na záda, tváří k nebi a nohama ke dveřím. Bratrstvo pak dále připravuje mrtvé tělo k obřadu, které umyjí vlažnou vodou s rozmíchaným vejcem (*tahara*) a očistí všechny tělní otvory. Je nutné dodržovat, aby muž byl omyt mužem a žena ženou. Při omývání je nutné dbát na to, aby nebyly utlačeny vnitřní orgány v krajině břicha a pobřížku, tím by došlo k zneuctění zemřelého. Pokud během očisty dojde k výtoku krve či tělní

tekutiny z těla zemřelého, je nutné vše zachytit do určených misek a následně je pohřbit i s tělem (Ralbovská, 2010). Na závěr se tělo pokropí vínem.

Mrtvé tělo se obléká do zvláštního oblečení tzv. tachrichim, které je vyrobeno z bílého plátna. Jsou to zvláštní kalhoty, košile, ponožky, čepice a rubáše (kitl). Muž je poté přikryt talitem, modlitebním pláštěm, který dostal od svého tchána ke svatbě a denně jej nosil k modlitbám. U hlavy zemřelého se zapálí svíce a příbuzní si jako výraz smutku natrhnou oděv. (Newman, Sivan, 1998)

Většina ortodoxních židů věří, že do země se musí vrátit celé tělo. Je tedy naprosto nezbytné, aby sestra či lékař zajistili odevzdání amputovaných částí těla. Z uvedeného vyplývá, že dle Judaismu, má být tělo pochováno celé, nikoliv zpopelněno při kremaci.

Tělo se ukládá do obyčejné rakve z neohoblovaných prken a do 24 hodin po smrti se musí pohřbit za účasti rabína a rodiny. Ani zesnulý by neměl zůstat o samotě. Přítomní obvykle recitují žalmy a zapalují svíce. V obřadní síni jsou vystaveny různé předměty, které zemřelý za života užíval (hřebeny, kartáče, misky aj.) a také prkno, které se použilo na odnesení těla, které bylo zavinuté jenom do prostěradla a uniforma členů bratrstva. Do rakve nesmí být vloženy květiny ani šperky. Je to výraz prostoty a rovnosti před Bohem.

Pohřeb probíhá v několika částech. První část je modlitební, po které následuje řeč rabína. Následně se seřadí pohřební průvod a následuje cesta k hrobu. Nosiči máří učiní sedmero zastavení jako připomínku sedmera marností zaznamenaných v knize *Kazatel*.

Při spuštění rakve do hrobu, každý z přítomných hodí na rakev tři lopatky hlíny. Závěr pohřbu je, když některý z mužských příbuzných pronese modlitbu „Kadiš“ a na konec si všichni rituálně omyjí ruce a odchází na smuteční hostinu. (Putík, Pavlát, Fiedler, 1997)

V době největšího zármutku, tj. doba do pohřbu a 7 dnů po-té, nejbližší příbuzní (otec, matka, bratr, sestra, syn, dcera, manžel, manželka) nevycházejí z domu, nepracují. Doba smutku přetrvává ještě rok.

Ostatky zemřelého zůstávají na věky v místě, kde byly pohřbeny. Náhrobek se obvykle vztyčuje rok po úmrtí a místo květin se na něj pokládají kamínky.

5. Pojetí smrti a umírání v Islámu

Islám se považuje za monoteistické náboženství, jinými slovy řečeno se jedná o náboženství, které uznává jediného Boha - tím je Alláh nebo-li Bůh, jenž je

stvořitelem celého vesmíru a všeho na této planetě. S podstatou Alláha je spojen jeden neodpuštělný hřích, jímž je víra v jiného nebo jiné bohy. Alláh bývá vnímán jako jediný soudce, který má právo rozhodnout o cestě do nebe nebo pekla. (Keene, 2008)

Islám se dívá na nemoc, utrpení a umírání jako na součást života a vnímá to jako trest Alláha. Nemoc je považována za odpykávání si hříchů a smrt zase součástí cesty k Alláhovi, obě patří do života každého člověka. U muslimů je navíc otázka nemoci či umírání spojena s určitými rituály. (Ivanovová, 2005)

Přáním muslimského pacienta je, aby měl vsedě nebo vleže tvář obrácenou k Mekce. U lůžka umírajícího mohou svou přítomnost vyžadovat jednak příbuzní, stařešिनové místní muslimské komunity, duchovní. U ženy pacientky mohou mužští členové komunity a muž duchovní přijít pouze, pokud je to výslovné přání umírající ženy. Příbuzní, duchovní nebo příslušníci komunity recitují umírajícímu verše z Koránu a jeden z příbuzných mu šeptá do ucha výzvy k modlitbě. Po úmrtí se tělo zcela přikryje a otočí nohama směrem k Mekce. Následuje rituální omytí celého těla, počínaje částmi jako při abdestu a zahalení zemřelého do bavlněného plátna. Jeho tělo je položeno na máry nebo do rakve a odneseno na modlitební místo, tím bývá mešita nebo jiné „čisté“ místo, kde je zemřelý opět položen tváří k Mekce. Zde se provádí modlitba při níž všichni zúčastnění stojí. Následuje položení mrtvého do hrobu. Srovnáme – li tento rituál například s pohřby u nás, chybí zde pořádkání hostin. (Ralbovská, 2010)

V situaci, kdy pacient umírá v cizím prostředí, cizí zemi a není možno kontaktovat rodinu nebo členy komunity, provedou tyto rituály samotní zdravotníci. Pohřeb by měl proběhnout co nejdříve, nejlépe již v den úmrtí. Dojde-li k amputaci části těla, měla by být tato část pohřbena se zemřelým. Co se týká samotného pohřbu, muslim nesmí být nikdy zpopelněn.

Pitva je u muslima zakázána, neboť tělo patří Alláhovi. Pitvu lze provést jen tehdy, pokud to vyžadují zákony dané země nebo je nutné určit přesnou příčinu smrti. Dále jsou povoleny pitvy, které slouží k výuce mediků. (Ralbovská, 2010)

Závěr

Z výzkumu PhDr. Ralbovské (2009) vyplývá, že sestry v oblasti umírání a smrti u pacientů odlišné kultury mají pouze částečné vědomosti. Jako vysokoškolský pedagog vnímám nutnost tuto problematiku zařadit do sylabu některých předmětů jako jsou např. Paliativní ošetrovatelství a Paliativní péče v onkologii.

Tyto předměty jsou součástí navazujícího magisterského oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (obor je zaměřený na ošetřovatelskou péči v onkologii). Rovněž se domnívám, že je vhodné tuto problematiku uvést ve výuce studentů bakalářského programu ošetřovatelství, předmětu Multikulturní ošetřovatelství a Ošetřovatelství v onkologii a hematologii.

Rovněž se přikláním k názoru stejné autorky, že v praxi chybí semináře na téma multikulturalita v péči o umírající.

Literatura

- [1] IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J.: Multikulturní ošetřovatelství. I. Praha: Grada Publishing. 2005. ISBN 80-247-1212-1.
- [2] KACZMARCZYK, Stanislav. Pastorec umírajících (duchovní vedení umírajících) [online], [cit. 2010-16-07]. dost. na <http://www.skzcr.cz/pastorec-umirajicich/>
- [3] KEENE, Michael. Světová náboženství. Praha: Knižní klub, 2008. 192 str. ISBN 978-80-242-2137-3
- [4] MLÝNKOVÁ, Jana. *Vietnamská kultura v ošetřovatelské péči* In Florence č.10, V ročník, 2009. ISSN 1801-464X
- [5] NEWMAN, J., SILVAN, G.: Judaismus od A do Z. Praha: Sefer. 1998.
- [6] PUTÍK, M., PAVLÁT, I., FIEDLER, J. Židé – dějiny a kultura. Praha: Kliment a Mrázek, 1997. ISBN 80-85608-17-0.
- [7] RALBOVSKÁ, R.: Multikulturní přístup pro pomáhající profese. Praha: EVC. 2010. ISBN 978-80-87386-02
- [8] RALBOVSKÁ, R.: Aspekty Judaismu v ošetřovatelství in Florence. 1/2009. ISSN 1801-464X.
- [9] RALBOVSKÁ, Rebeka. *Multikulturní přístup pro pomáhající profese*. VSZSP SV. Alžběty Bratislava, EVC Praha, 2010. 102 str. ISBN 978-80-87386-02-6
- [10] ŠKRABOVÁ, H. *Kulturní a náboženské zvyky v souvislosti s umíráním a smrtí. 2010* [online], [cit. 2010-20-12]. dost. na http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/KS_p%C5%99i_um%C3%ADr%C3%A1n%C3%AD.pdf//

Specifics of the approach and the care of dying patients of other ethnicities and religions

Abstract

In this article, the available knowledge about specifics of dying, death and burial of romany, vietnamese ethnicities and patients christian, jewish and islamic.

Since 1989, our society had been becoming multicultural more and more. When we talk about care for dying patients, we follow a great development. Palliative Medicine is an independent medical field, a new hospice had been resulting, inpatient and mobile, the family joins the team in the care of the dying. If we are looking at current research, we are following that the nurses have only basic knowledges of the care of dying patients in different cultures and religions. Study are still not many.

Key words

Romany, Vietnamese, Christian, God, Islam, Judaism, death, dying, Jew.

Kontakt

Mgr. Kateřina Čermáková, DiS., akademický pracovník.

Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

Průmyslová 395, 532 10

e-mail: katerina.cermakova@upce.cz

Interkulturní aspekty komunikace s pacientem

Martina Černá

Abstrakt

Cílem příspěvku je upozornit na problematiku komunikace s pacientem - cizincem. Pro efektivní komunikaci, která má přispět k úspěšné léčbě, je osvojení základní slovní zásoby bez znalosti stylistických významů slov a bez interpretace paraverbálních i nonverbálních signálů nedostačující. Příspěvek obsahuje konkrétní příklady cizinců, kteří se z důvodů vycházejících z interkulturní komunikace dostali v českých zdravotnických zařízeních do problémů vedoucích ke ztrátě důvěry v daného lékaře nebo k obavě jít k lékaři znovu.

Klíčová slova

Interkulturní komunikace, důvěra, jazykové bariéry.

Úvod

Výraz interkulturní (z lat. slova inter – mezi) zahrnuje mezikulturní vzájemnost, vzájemné interakce a vztahy odlišných sociokulturních skupin.¹ V dnešním globalizovaném světě se může zdát, že se rozdíly mezi jednotlivými národy, kulturami a způsobem jejich komunikace stírají a že komunikaci s cizincem považujeme za naprostou samozřejmost. Pokud ale jde o přesné rozlišování jednotlivých slov, slovních spojení a všech jejich významů i signálů neverbální komunikace, je důležité si uvědomit, že cizinec vysílá i přijímá signály jinak, než my očekáváme. Proto představuje znalost interkulturních charakteristik komunikace jednotlivých národů nebo kultur důležitou součást komunikačních kompetencí ve všech společenských oblastech, tedy i ve zdravotnictví.

¹ *Multikulturní výchova*. [online]. [1. 2. 2011]. Dostupné <<http://www.multikultura.cz/multikulturni-vychova/vychozi-pojmy/multikulturni-vychova/>>.

Počty cizinců v ČR

Český statistický úřad uvádí, že se počet cizinců žijících na území České republiky od roku 1990 téměř zdvojnásobil. K 31. 12. 2007 žilo legálně v ČR 392 087 cizinců, tedy takřka 3,8 % populace ČR. Konkrétně se jedná o 1,2 % Ukrajinců, 0,7 % Slováků, 0,5 % Vietnamců, 0,2 % Rusů, 0,2 % Poláků a 0,2 % Němců. Nejenom výše uvedení trvale žijící cizinci, ale i zahraniční turisté, kterých v roce 2009 přijelo do ČR 6 081 244,² jsou potenciálními příjemci zdravotní péče, kteří vyžadují určitá specifika při komunikaci. V nemocnicích v ČR byla v roce 2008 poskytnuta zdravotní péče 79 068 cizincům, náklady na tuto péči činily 555 mil. Kč.³

Materiály, prameny, dostupná literatura

Institut zdravotní politiky a ekonomiky zmapoval otázky migrace včetně jejího právního řádu, pojištění a dostupnosti informací pro cizince v Analýze zdravotní péče o cizince v ČR.⁴ Touto problematikou se dále zabývá Průvodce systémem zdravotní péče pro cizince,⁵ který vyšel v 5 jazycích. Je již běžné, že zdravotnická zařízení mají různé dokumenty, např. práva pacienta, v několika cizích jazycích. Například nemocnice Jihlava má na svých webových stránkách tato práva zveřejněna v anglickém, německém ruském a vietnamském jazyce.⁶ O problémech interkulturní komunikace ve zdravotnictví velice podrobně informují např. práce Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách⁷ a Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur.⁸

²Počty turistů v roce 2009. [online]. [22. 2. 2010]. Dostupné z <<http://www.czechtourism.cz/media/tiskove-zpravy/pocty-turistu-v-roce-2009.html>>.

³Jazykové bariéry v českém zdravotnictví. [online]. [15. 1. 2011] Dostupné z <http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Jazykove_bariery_v_ceskem_zdravotnictvi.pdf>.

⁴ Analýza zdravotní péče o cizince v České republice. [online]. [2. 2. 2011]. Dostupné z <<http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=112>>.

⁵ Průvodce systémem zdravotní péče České republiky. Kostelec nad Černými lesy, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. [online]. [1. 2. 2011]. Dostupné z <http://www.cizinci.cz/files/clanky/98/Prirucka_zdravotni_pece_2004.pdf>.

⁶ Práva pacientů v cizích jazycích. [online]. [21. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.nemji.cz/prava-pacientu-v-cizich-jazycich/ds-1196/archiv=0&pl=1029>> .

⁷ ŠPIRUDOVÁ, L., BURSOVÁ, J., TOMANOVÁ, D., PRŮCHOVÁ, E. Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách. [online]. [10. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.cizinec.cz/files/clanky/115osetrovatelstvi_vzdelani.pdf>.

⁸ ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J. Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik kultur. [online]. [10. 1. 2011]. Dostupné z

Složky komunikace

S rostoucím počtem cizinců se neustále zvyšuje také nutnost interkulturní komunikace. Pokud mluvíme o komunikaci, je důležité si uvědomit, že komunikace se neskládá pouze z vyřčených slov, tedy z verbální komunikace. Je známo, že v rozhovoru slovně sdělujeme pouhých 7 % informací. 38 % informací předáváme prostřednictvím hlasu, tedy tzv. paraverbální komunikací, do které patří intonace, barva, síla, výška hlasu a 55 % tělem, tedy neverbálně. Do nonverbální komunikace řadíme posturologii, haptiku, kineziku, gestiku, mimiku, grafologii, chronemiku, driviku. Někteří autoři, např. Nelešovská, dále upozorňují na důležitost komunikace činem.⁹

Příklady interkulturních rozdílů v neverbální komunikaci

Neverbální komunikace má rozhodující význam při neznalosti jazyka. Např. Vietnamci¹⁰ vnímají podání jedné ruky nebo předmětu jednou rukou jako neslušné. Dlouhé nehty jsou pro ně symbolem toho, že je člověk intelektuál a nemusí pracovat fyzicky. Hlazení po vlasech či jiné doteky na hlavě jsou pro Vietnamce společensky nepřijatelné a i děti je vnímají jako znak neúcty. Za neslušné je dále považováno smrkání na veřejnosti, naopak mlaskání a říhání u jídla je největší pochvala hostiteli. Úsměv nemusí vždy vyjadřovat humor, někdy symbolizuje nepříjemnost, nesnáze a omluvu za to, že dotyčný nerozumí. Každodenně užívané kývání a vrtění hlavou jako výraz souhlasu respektive nesouhlasu je v Bulharsku nebo Řecku chápán přesně opačně. Neudržování očního kontaktu při rozhovoru s rodiči nebo s výše postavenou osobou je v Africe výrazem respektu, v Evropě a Americe signálem ostychu nebo lhaní. Palec zvednutý nahoru interpretujeme u nás jako „vše je dobré, výborné,“ v některých islámských zemích je to neslušné gesto. Také vnímání času je u jednotlivých kultur posunuto. Asiaté se orientují na minulost, v Latinské Americe a Africe převládá orientace na současnost, zatímco v Evropě a severní Americe na budoucnost.

Příklady interkulturních rozdílů ve verbální komunikaci

Rozdílem může být i to, o čem se mluví a co je tabu. Např. pokud Vietnamec řekne: „*Paní vy jste hezká, tlustá,*“ myslí to jako kompliment, pochvalu, že se

<http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka-knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etnik_a_kultur.pdf>.

⁹ NELEŠOVSKÁ, A. Pedagogická komunikace v teorii a praxi. Praha, Grada, 2005, s. 41.

¹⁰ MARÁDOVÁ, E. Multikulturní porozumění. Praha, Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 13.

Vám dobře žije. Američané a Evropané, především ze západní Evropy, komunikují podle hesla „řekni, co si myslíš, a myslí si, co říkáš.“ Asiaté komunikují nepřímou, veřejné vytknutí nedostatků není upřímnost, ale neslušnost. Důraz na zdvořilost a udržování pozitivní image je důležitější než absolutní pravdivost. Ve zdravotnictví to může mít negativní důsledky, protože pacient nerozumí, ale nezeptá se, aby neznevažil mluvčího, že jeho aktivita byla nedokonalá. Úcta k druhému je důležitější než vlastní obtíže.¹¹ V našich podmínkách nebo např. ve Velké Británii je slovo *kompromis* většinou přijímáno jako pozitivní výsledek jednání. V severní Americe nebo v Rusku má negativní nádech, protože mluvčí ztratil část ze své moci nebo ze svých výhod.

Příklady interkulturních rozdílů v paraverbální komunikaci

Většina Čechů je zvyklá, že slovní přízvuk nemění význam slova. V jiných jazycích, může však kladení přízvuku na různé slabiky zcela změnit věcné i gramatické významy slova.

Důsledky jazykových bariér

Jazykové bariéry mohou vést k pozdnímu vyhledání lékaře, nedostatečnému porozumění pacienta, k nižšímu využití dostupných preventivních programů a poradenských služeb nebo naopak k nadbytečnému využívání specialistů. Jazykové bariéry lze překonávat dvěma základními způsoby:

1. Zvyšování jazykové vybavenosti zdravotnického personálu i cizinců.
2. Využitím služeb tlumočnicka. Tlumočit může někdo z rodinných příslušníků či odborník z překladatelské agentury, který může tlumočit buď přímo v zařízení, nebo přes telefon.

Příklady problémů v komunikaci zdravotnický personál – pacient s interkulturním podtextem

Metodou volného rozhovoru jsem zjišťovala od cizinců, kteří pobývají na území ČR, jejich zážitky a zkušenosti s komunikací zdravotnického personálu v České

¹¹ ŠPIRUDOVÁ, L., BURSOVÁ, J., TOMANOVÁ, D., PRŮCHOVÁ, E. Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách. [online]. [11. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.cizinec.cz/files/clanky/115osetrovatelstvi_vzdelani.pdf>.

republice. Pro účely tohoto příspěvku jsem vybrala tři příklady toho, jak neznalost interkulturní komunikace může negativně ovlivnit vztah s pacientem.

Pan John, 48 let, Angličan

Úvod do situace: Po roce pobytu v ČR a po roce absolvování kurzů češtiny šel k lékaři. Znal nejčastěji užívané významy některých slov, neznal pravidla interpunkce.

Interkulturní problém: Lékař ho poslal na WC, protože potřeboval vzorek moči. Sestra ho poslala do dveří, na kterých bylo napsáno „*Páni*.“ John znal české slovo *paní*. Jak později uvedl, ani ho nenapadlo, že pouhá čárka může zcela změnit význam slova. Obrátil se na sestru, proč ho posílá na dámský záchod. Lámavou angličtinou a s pomocí pacientů z čekárny se nakonec podařilo situaci vysvětlit, který záchod je který. Od tohoto nepříjemného zážitku John již u daného lékaře nebyl, i když se měl dostavit na prohlídku.

Možné řešení situace: V tomto případě by pomohlo označení toalety nejenom nápisem, ale i obrázkem.

Případ č. 2 Helmut, 35 let, Němec

Úvod do situace: Jednou z podoblastí nonverbální komunikace je chronemika. Zabývá se tím, jak člověk využívá čas. Pro některé národy je typické přijít pozdě, přijít v na návštěvu přesně v čas, na který jste byli pozváni, je ve Středomoří dokonce považováno za neslušné. O tom, že Němci kladou velký důraz na přesnost a dochvilnost, svědčí i příběh pana Helmuta. V České republice se chtěl zaregistrovat u zubního lékaře. Po čase a pomoci známých se dostal k uznávanému a v daném regionu vyhledávanému dentistovi.

Interkulturní problém: Lékař začínal ordinovat v 8 hodin. Před osmou již sedělo v čekárně několik neobjednaných pacientů s akutními potížemi. Sestra v ordinaci byla, lékař však přijel v 8.10. Při druhé návštěvě byl objednan na 10.00, na řadu šel v 10. 35. S péčí lékaře byl spokojený, ale jeho chování a přístup k pacientům u něj vyvolal pocit nedůvěry a Helmut začal raději hledat jiného zubaře.

Možné řešení situace: Propracovanější plánování termínů, dostatečné upozornění, že termín je pouze orientační a může se změnit.

Případ č. 3 Frederik, 55 let, Rakušan

Úvod do situace: Frederik je ekonomickým inženýrem a pracuje ve státní správě. Zakládá si na svém vzdělání, kterého dosáhl na prestižní škole, i na svém postavení. Do Čech jezdí často za příbuznými.

Interkulturní problém: Po pádu z koně šel k ortopedovi. Při představování uvedl i svůj titul, kterým je v Rakousku běžně oslovován. Sestra ho dále oslovovala bez titulu. Frederik je zvyklý, že takto ho oslovují pouze známí v neformálních situacích. V anketě, jejíž cílem bylo zjistit názory pacientů na přístup zdravotnického personálu k pacientovi, označil jejich přístup za neprofesionální.

Možné řešení situace: Při oslovování lidí je dobré vycházet z představení dané osoby.

Výsledky a diskuse

Tyto tři příklady ukazují, jak jednoduše se může člověk dostat v komunikaci do problémů z důvodů, které by nikdy za příčiny problémů neoznačil.

Závěr

Příspěvek se zabývá interkulturní komunikací a upozorňuje na stále se zvyšující potřebu interkulturních kompetencí ze strany zdravotnického personálu. Komunikace nevychází pouze ze slov, ale její nedílnou, a v mnoho případech významově podstatnější součástí je složka neverbální, paraverbální a komunikace činem. Na konkrétních příkladech cizinců je demonstrováno, jak problémy spojené s komunikací mohou narušit vztah s pacientem, zapříčinit ztrátu důvěry a následně narušit léčbu nebo prevenci.

Literatura

- [1] *Analýza zdravotní péče o cizince v České republice.* [online]. [2. 2. 2011]. Dostupné z <<http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&id=112>>.
- [2] *Jazykové bariéry v českém zdravotnictví.* [online]. [15. 1. 2011] Dostupné z <http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Jazykove_bariery_v_ceskem_zdravotnictvi.pdf>.
- [3] *Počty turistů v roce 2009.* [online]. [22. 2. 2010]. Dostupné z <<http://www.czechtourism.cz/media/tiskove-zpravy/pocty-turistu-v-roce-2009.html>>.
- [4] MARÁDOVÁ, E. *Multikulturní porozumění.* Praha, Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-82-2.
- [5] *Multikulturní výchova.* [online]. [1. 2. 2011]. Dostupné z <<http://www.multikultura.cz/multikulturni-vychova/vychozi-pojmy/multikulturni-vychova/>>.
- [6] NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi.* Praha, Grada, 2005. ISBN 80-247-0738-1.
- [7] *Práva pacientů v cizích jazycích.* [online]. [21. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.nemji.cz/prava-pacientu-v-cizich-jazycich/ds-1196/archiv=0&pl=1029>>.
- [8] *Práva pacientů v cizích jazycích.* [online]. [21. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.nemji.cz/prava-pacientu-v-cizich-jazycich/ds-1196/archiv=0&pl=1029>> .
- [9] *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky.* [online]. [1. 2. 2011]. Kostelec nad Černými lesy, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625_22-2. Dostupné z <http://www.cizinci.cz/files/clanky/98/Prirucka_zdravotni_pecce_2004.pdf>.
- [10] ŠPIRUDOVÁ, L., BURSOVÁ, J., TOMANOVÁ, D., PRŮCHOVÁ, E. *Multikulturní ošetřovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách.* [online]. [10. 1. 2011]. Dostupné z <http://www.cizinec.cz/files/clanky/115osetrovatelstvi_vzdelani.pdf>.
- [11] ŠPIRUDOVÁ, L., IVANOVÁ, K., HALMO, R., TOMANOVÁ, D., BURSOVÁ, J. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur. Transkulturní péče v praxi aneb jak překonávat komunikační a kulturní bariéry při péči o pacienty odlišných etnik kultur.* [online]. [10. 1. 2011]. Dostupné z <http://eifzvip.cz/dokumenty/elektronicka_knihovna/Pecujeme_o_klienty_odlisnych_etik_a_kultur.pdf>.

Kontaktní údaje

Mgr. Martina Černá, Ph.D.

Vysoká škola Polytechnická Jihlava

586 01 Jihlava

e-mail: cernam@vspj.cz

Prevenca u detí v období 1 – 5 rokov v ambulantnej starostlivosti

Eva Červeňanová, Nikoleta Poliaková

Abstrakt

Ochrana a upevňovanie zdravia jedinca je zameraná na bio-psycho-sociálnu a spirituálnu jednotu v holistickom ponímaní a v interakcii s prostredím počas vývinového obdobia ľudského života. Zdravie je najväčšou hodnotou všetkých ľudí bez rozdielu spoločenských, ekonomických, pracovných, vekových, náboženských, rasových a kultúrnych podmienok. Cieľom príspevku je analýza preventívnej starostlivosti na základe štatistických ukazovateľov, identifikovaných ako liečebné a preventívne vyšetrenia (ošetrenia) detí vo veku 1. – 5. rokov v období 2005 až 2008 v jednotlivých krajoch Slovenska a rámci celej Slovenskej republiky.

Klíčová slova

Zdraví, dítě, prevence, sestra

Abstract

Personal health is the most worth value for people of all groups: social, economical, rattails, age, religious and cultural. Like in holistic philosophy health protection, health straightening or its restoration is aimed at biological, psychological, social, and spiritual unity in interaction with environment during the development of human life. The paper is an analysis of preventive care on the basis of statistical indicators, identified as therapeutic and preventive screening (treatment) of children first - 5 years in the period 2005 to 2008 in various regions of Slovakia and all over the Slovak Republic.

Key words

Health, child, prophylaxis, nurse

Úvod

Prevenca ochorení a podpora zdravia sú prístupy, ktorými sa moderné zdravotníctvo snaží dosiahnuť východisko zo súčasnej nepriaznivej situácie v zdravotnom stave populácie, charakterizovanej vysokým výskytom degeneratívnych neinfekčných ochorení. Ich vzniku je možné, do značnej miery predchádzať, zmenou spôsobu života. Rizikové správanie, ako je fajčenie, nevhodné stravovanie, nadmerná spotreba alkoholu, nízka pohybová aktivita je zväčša dobrovoľné. Prevencia a podpora zdravia smeruje k zníženiu alebo eliminácii expozície týmto príčinám a tým rozvoju chorôb s nimi spojenými. Ochrana a upevňovanie zdravia jedinca, je jednou s priorít súčasnej doby. Cieľom vyspelej spoločnosti, ako to vyplýva z dokumentu Zdravie pre všetkých v 21. storočí, je ochrana, posilňovanie a zlepšovanie zdravia všetkých skupín obyvateľstva. Zdravý štart do života, je 3. cieľom, tohto programu, a uvádza sa v ňom, že v roku 2020, všetci novorodenci, dojčatá a deti v predškolskom veku v regióne, by mali mať lepšie zdravie, pretože sa im zabezpečí lepší štart do života. Okolnosti vzniku a spracovania danej problematiky nevychádzajú len z teoretickej úrovne, ale vychádzajú z konkrétnej situácie a z požiadavky na regionálnej úrovni. Na to aby prevencia mala svoj efekt je potrebné poznať aj jej formy.

Formy prevencie

Preventívna starostlivosť o zdravie sa chápe ako komplex profesionálnych činností, pozostávajúcich z výkonov, zameraných na jednotlivcov alebo spoločenské skupiny.

Netýka sa len chorôb, úrazov a porúch zdravia, ale aj správania sa ľudí od narodenia až po smrť s dôrazom na kvalitu života.

Rozdelenie činností preventívnej starostlivosti o zdravie, vykonávaných podľa stavu zdravia (Hegyí, 2004):

- a) *Sanogénna činnosť (health promotion)*
uplatňuje sa v stave zdravia: *ochrana, podpora a rozvoj zdravia, zlepšovanie kvality zdravia*. Nejde len o poučovanie ľudí, ale tiež o pôsobenie na ich cit, vôľu a povzbudzovanie motivácií k zmene názorov, postojov a zvyklostí. Výsledkom zmeny správania je *zvyšovanie odolnosti, výkonnosti a zdatnosti jedinca aj populácie*.

- b) *protektívna činnosť – primárna prevencia*, predchádza vzniku chorôb:
 - nešpecifická prevencia (vyhýbanie sa fajčeniu)
 - špecifická prevencia (očkovanie, proti úrazová zábrana)
- c) *vyhľadávacia činnosť* – vyhľadávanie osôb ohrozených rizikom
- d) *diagnostická a prognostická činnosť*, okrem klinickej diagnózy správne zhodnotiť aj funkčnú a psychosociálnu stránku choroby a jej dôsledky pre zdravie
- e) *liečenie*
- f) *následná starostlivosť (rehabilitácia)*, obnova telesných a pracovných schopností
- g) *zdržovacia starostlivosť*
- h) *terminálna starostlivosť (paliatívna starostlivosť)*

Sestra a liečebno-preventívna starostlivosť

V ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast (ďalej len VLDD) sa poskytuje komplexná liečebno-preventívna starostlivosť o deti od narodenia do 18 roku života, prípadne do ukončenia strednej školy, do 19 roku života jedinca. V rámci liečebných a preventívnych vyšetrení vykonávaných lekárom a sestrou, je realizovaná i návštevna služba. Sestra vykonáva návštevy v rodinách najčastejšie u detí v novorodeneckom a dojčenskom období, menej často u detí v predškolskom období. Vo vyššom veku detí sa realizuje ojedinele.

Sestra vykonáva návštevy, pri ktorých inštruuje matku o správnom ošetrovaní dieťaťa, vedie ju k aktívnej spolupráci a podporuje udržiavanie prirodzenej výživy dojčením, vykonáva preventívnu starostlivosť v kľúčových obdobiach vývinu určeným liečebným poriadkom, ktorých súčasťou je očkovanie, starostlivosť o správnu výživu, hygienu a sledovanie optimálneho psychosomatického vývoja, vedie údaje o zdravotnom stave dieťaťa, výsledkoch preventívnych prehliadok a odporúčaných liečebno-preventívnych opatreniach, sleduje demografické ukazovatele, hodnotí údaje o zdravotnom stave detí a zúčastňuje sa na ich rozbere. (Boledovičová, 2006, s. 17)

Cieľmi komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti v primárnej prevencii sú podpora normálneho rastu, vývoj pozitívnych vzťahov, medzi rodičmi a dieťaťom, ochrana zdravia a predchádzanie zdravotným problémom dieťaťa, vývoj prostriedkov primárnej prevencie (Hanzlíková, 2004, s. 184).

Podkladom na spracovanie štatistických údajov, ktoré sú každoročne spracované je základným dokladom *Ročný výkaz o činnosti ambulancií pre deti a dorast A* (MZ SR) 5-01.

Cieľom analýzy informácií, ktoré poskytlo *Národné centrum zdravotníckych informácií* (NCZI), v Bratislave sú „Štatistické ukazovatele o počte liečebných a preventívnych vyšetrení vykonanými lekármi a sestrami v ambulanciách VLDD v Slovenskej republike a v jednotlivých krajoch so zameraním na štatistické ukazovatele činnosti sestier v návštevnej službe u detí v období 1 – 5 rokov“, a na základe týchto zistení je možné hodnotiť, že chorobnosť detí sa stala jedným dôvodom, ktorý núti kompetentných k podpore a realizácii rôznych preventívnych opatrení.

Zamerali sme sa na štatistické ukazovatele, identifikované ako liečebné a preventívne vyšetrenia (ošetrenia) detí vo veku 1. – 5. rokov v období 2005 až 2008 v jednotlivých krajoch Slovenska a rámci celej Slovenskej republiky, poskytujú dostatočný obraz, o stúpajúcich na jednej strane a na druhej o klesajúcich ukazovateľoch.

Štatistické údaje z rokov 2005 – 2008 o počte liečebných a preventívnych vyšetrení vykonanými lekármi a sestrami v ambulanciách PLDD v Slovenskej republike a v jednotlivých krajoch u detí v období 1. – 5. roku

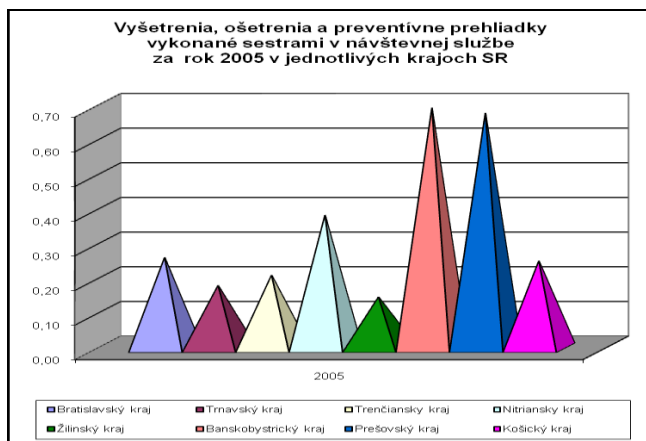
Rok		2005		2006		2007		2008		
Územie	Vyšetrenia (ošetrenia) detí	1 - 5 roční		1 - 5 roční		1 - 5 roční		1 - 5 roční		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
SR	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	2 189	100,00	2 172	100,00	2 262	100,00	2 265	100,00	
	v tom	liečebné	1 926	88,00	1 910	87,95	2 002	88,55	2 002	88,42
		preventívna prehliadka	746		882		987		909	
		sestrami v návštevnej službe	262 839	12,00	261 710	12,05	259 085	11,45	262 360	11,58
		8 048	0,37	9 960	0,46	6 276	0,28	6 282	0,28	
Bratislavský kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	202 090	100,00	234 721	100,00	232 226	100,00	240 527	100,00	
	v tom	liečebné	177 665	87,91	207 739	88,50	204 476	88,05	211 263	87,83
		preventívna prehliadka	24 425	12,09	26 982	11,50	27 750	11,95	29 264	12,17
		sestrami v návštevnej službe	528	0,26	650	0,28	616	0,27	431	0,18
Trnavský kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	218 817	100,00	220 207	100,00	223 899	100,00	231 812	100,00	
	v tom	liečebné	196 716	89,90	193 955	88,08	201 969	90,21	205 381	88,60
		preventívna prehliadka	22 101	10,10	26 252	11,92	21 930	9,79	26 431	11,40
		sestrami v návštevnej službe	395	0,18	442	0,20	437	0,20	419	0,18
Trenčiansky kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	222 036	100,00	208 677	100,00	232 572	100,00	233 321	100,00	
	v tom	liečebné	194 497	87,60	180 786	86,63	206 374	88,74	201 643	86,42
		preventívna prehliadka	27 539	12,40	27 891	13,37	26 198	11,26	31 678	13,58
		sestrami v návštevnej službe	467	0,21	402	0,19	296	0,13	325	0,14
Nitriansky kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	266 931	100,00	257 771	100,00	261 670	100,00	247 693	100,00	
	v tom	liečebné	241 734	90,56	227 525	88,27	230 871	88,23	222 182	89,70
		preventívna prehliadka	25 197	9,44	30 246	11,73	30 799	11,77	25 511	10,30
		sestrami v návštevnej službe	1 024	0,38	969	0,38	837	0,32	1 126	0,45
Žilinský kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	280 408	100,00	273 432	100,00	288 278	100,00	264 800	100,00	
	v tom	liečebné	240 092	85,62	240 919	88,11	251 471	87,23	232 514	87,81
		preventívna prehliadka	40 316	14,38	32 513	11,89	36 807	12,77	32 286	12,19
		sestrami v návštevnej službe	413	0,15	454	0,17	429	0,15	317	0,12
Bansko-bystrický kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	235 587	100,00	231 295	100,00	248 925	100,00	249 041	100,00	
	v tom	liečebné	205 733	87,33	205 219	88,73	221 284	88,90	219 794	88,26
		preventívna prehliadka	29 854	12,67	26 076	11,27	27 641	11,10	29 247	11,74
		sestrami v návštevnej službe	1 633	0,69	792	0,34	1 123	0,45	937	0,38
Prešovský kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	390 791	100,00	393 644	100,00	394 203	100,00	419 317	100,00	
	v tom	liečebné	341 317	87,34	343 102	87,16	350 705	88,97	374 122	89,22
		preventívna prehliadka	49 474	12,66	50 542	12,84	43 498	11,03	45 195	10,78
		sestrami v návštevnej službe	2 651	0,68	4 333	1,10	1 396	0,35	1 368	0,33
Košický kraj	Vyšetrenia (ošetrenia) v zariadení spolu	372 925	100,00	352 845	100,00	380 299	100,00	378 758	100,00	
	v tom	liečebné	328 992	88,22	311 637	88,32	335 837	88,31	336 010	88,71
		preventívna prehliadka	43 933	11,78	41 208	11,68	44 462	11,69	42 748	11,29
		sestrami v návštevnej službe	937	0,25	1 918	0,54	1 142	0,30	1 359	0,36

Povinné hlásenia a spracovanie štatistických údajov

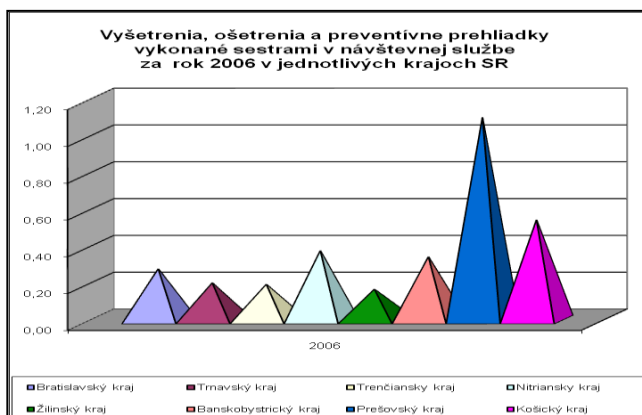
Všeobecní lekári pre deti a dorast tým, že registrujú všetky deti, majú k dispozícii údaje, ktoré môžu byť použité ako indikátory zdravia. Všeobecní lekári pre deti a dorast spolupracujú s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a s Národným centrom zdravotníckych informácií pri tvorbe dotazníkov, štatistických hlásení a dát podľa potrieb vyžadovaných Svetovou zdravotníckou organizáciou, týkajúcich sa zdravotného postihnutia a zdravia a vývoja detí a mládeže (Konceptia zdravotnej starostlivosti..., 2006)

V ambulanciách VLDD v rokoch 2005 – 2008 vykonali detskí lekári a sestry u detí vo vekovom období 1-5 r., liečebné prehliadky, v priemere predstavujúcom 88% a preventívne prehliadky priemere predstavujúcom necelých 12%. V rámci uvedených intervencií sú samostatne vyhodnotené i prehliadky vykonané sestrami v rámci návštevnej služby predstavujúcej v priemere 0,347 %. Všetky údaje sú v rámci celého Slovenska.

Návštevna služba sestier z ambulancií PLDD je realizovaná v rodinách a je zameraná na prevenciu, ktorej hlavným cieľom je poznanie rodiny, úrovne bytu, spolunažívania, typu možného rizika v rodine, záujem členov rodiny o zdravý spôsob života detí i celej rodiny. Vo veku dieťaťa 1- 5 r., sa návštevna služba vykonáva ojedinele. Najviac návštev sestry vykonávajú pri poskytovaní liečebno-preventívnej starostlivosti o novorodencov.



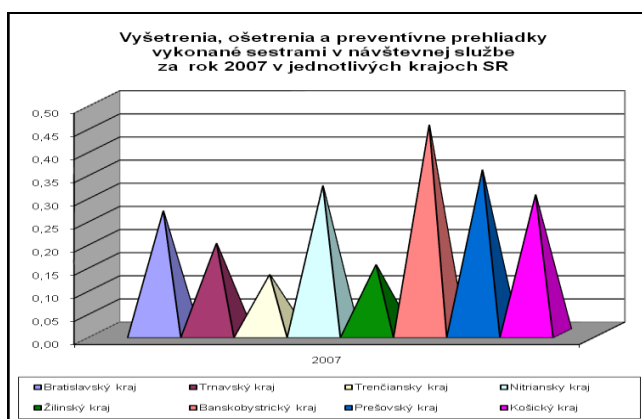
Graf č. 1: Vyšetrenia a ošetrovania vykonané sestrami v návštevnej službe v r. 2005 v jednotlivých krajoch v SR u detí v období 1 – 5. r



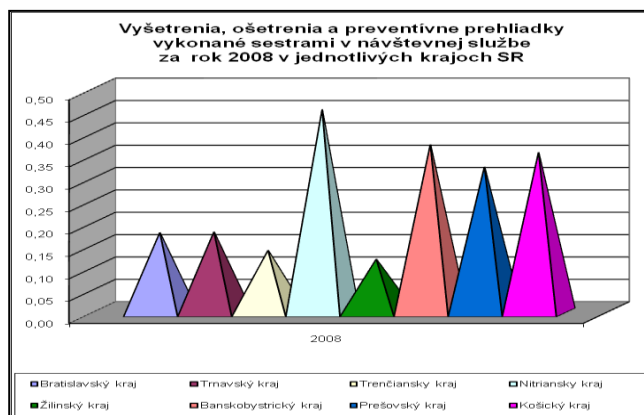
Graf č. 2: Vyšetrenia a ošetrenia vykonané sestrami v návštevnjej službe v r. 2006 v jednotlivých krajoch v SR u detí v období 1 – 5. r.

V roku 2005 (graf č. 1) sestry v návštevnjej službe realizovali svoje intervencie u detí vo veku 1- 5 r. v Banskobystrickom a Prešovskom kraji v najvyššom percentuálnom zastúpení v porovnaní s ostatnými kraji.

V roku 2006 (graf č. 2) najčastejšie sestry v návštevnjej službe realizovali svoje intervencie u detí vo veku 1- 5 r., v Prešovskom kraji v najvyššom percentuálnom zastúpení v porovnaní s ostatnými kraji. Percentuálne zvýšenie je viditeľné v Košickom kraji ale prudký pokles nastal v Banskobystrickom kraji v porovnaní s rokom 2005.



Graf č. 3: Vyšetrenia a ošetrenia vykonané sestrami v návštevnnej službe v r. 2007 v jednotlivých krajoch v SR u detí v období 1 – 5. r.

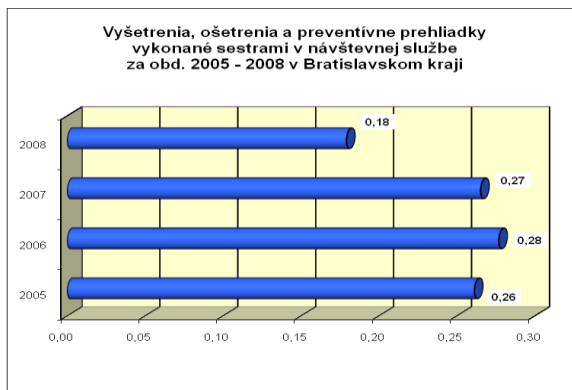


Graf č. 4: Vyšetrenia a ošetrenia vykonané sestrami v návštevnjej službe v r.2008 v jednotlivých krajoch v SR u detí v období 1 – 5. r.

V roku 2007 (graf č. 3) je možné konštatovať, že sestry realizovali svoje intervencie u detí vo veku 1- 5 r. v návštevnjej službe vo vyššom percentuálnom zastúpení v porovnaní s rokmi 2005 a 2006. Percentuálne zvýšenie je viditeľné v Banskobystrickom, Košickom, Nitrianskom i v ďalších krajoch, ale opäť je možné sledovať pokles, ktorý nastal v Prešovskom kraji v porovnaní s rokom 2006.

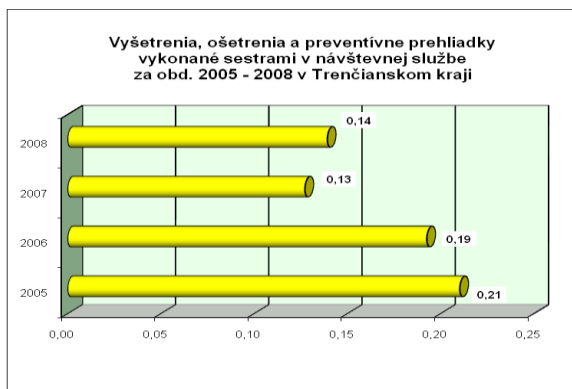
V roku 2008 (graf č. 4) sestry realizovali svoje intervencie v návštevnjej službe u detí vo veku 1- 5 r. v najvyššom percentuálnom zastúpení v Nitrianskom kraji porovnaní s rokmi 2005, 2006 a 2007. Zvýšenie v percentuálnom zastúpení je postupne v ďalších krajoch Banskobystrickom, Košickom, Prešovskom, Trnavskom, Bratislavskom, Trenčianskom a Žilinskom kraji, v porovnaní s uvedenými rokmi 2005, 2006 a 2007.

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v jednotlivých krajoch u detí vo veku 1. – 5. roku



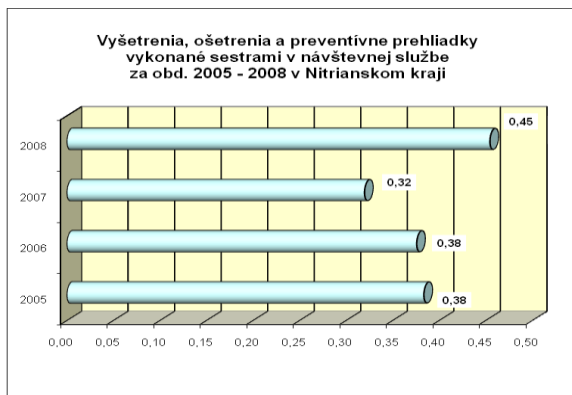
Graf č. 5

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Bratislavskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



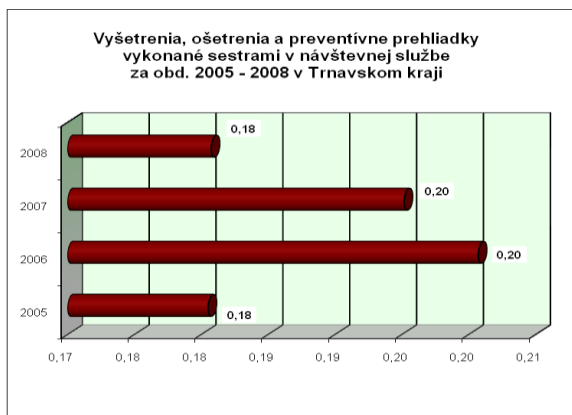
Graf č. 6

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Trenčianskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



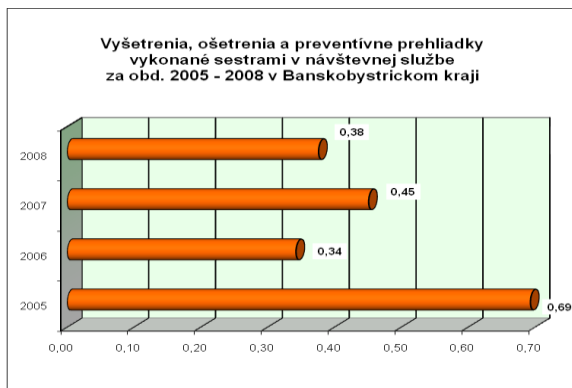
Graf č. 7

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Nitrianskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



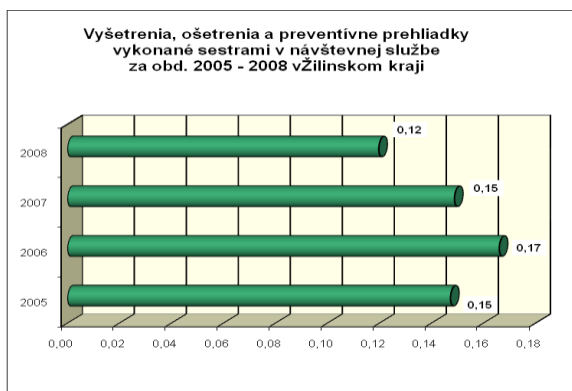
Graf č. 8

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Trnavskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r



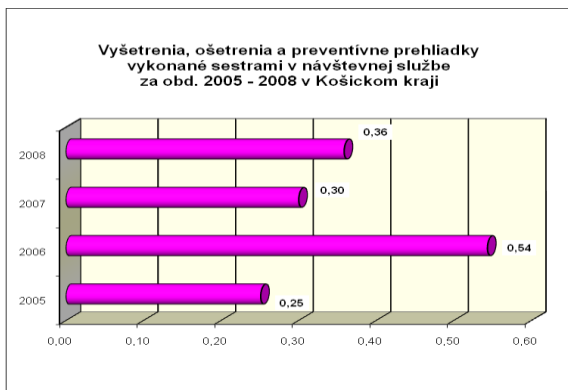
Graf č. 9

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Banskobystrickom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



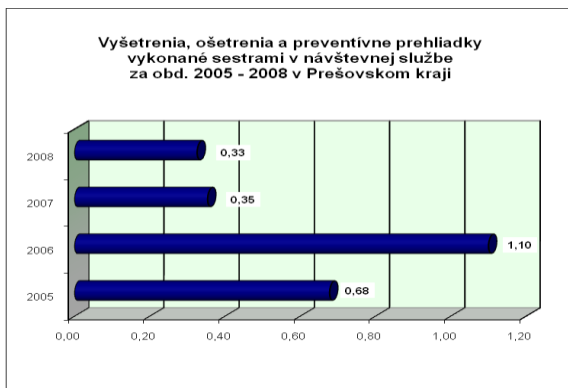
Graf č. 10

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Žilinskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



Graf č. 11

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Košickom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.



Graf č. 12

Štatistické údaje o vyšetreniach, ošetrovaniach a preventívnych prehliadkach realizovaných sestrami v návštevnjej službe v Prešovskom kraji u detí vo veku 1. – 5. r.

Výsledkami zistení bol neadekvátny pomer liečebných a preventívnych prehliadok v ambulancii PLDD, pokles počtu návštevných služieb sestrami u detí vo vekovom období 1 - 5 r. v Bratislavskom, Trnavskom, Žilinskom Banskobystrickom a Prešovskom kraji, a zvýšenie počtu prehliadok v rámci návštevnjej služby sestrami u detí období vo vekovom období 1 - 5 r. v Nitrianskom kraji.

Záver

V Zbierke zákonov č. 51/2009 podľa Nariadenia vlády Slovenskej republiky z 18. februára 2009, ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 663/2005 Z. z., prílohe sa nachádzajú konkretizované

Indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Poskytovateľ, ktorý poskytuje všeobecnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre deti a dospelých v hodnotenej oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti pod názvom indikátora kvality má uvedenú i hodnotiteľnú oblasť „**Úroveň návštevnosti detí a dospelých**“. Popis indikátora konkretizuje ako pomer počtu návštev v domácnosti (výkony č. 25, 26, 29) k počtu kapitovaných poistencov (Príloha k nariadeniu vlády č. 752/2004 Z.z.).

Z uvedeného vyplýva, že návštevná služba v rodinách má svojej opodstatnenie v liečbe, ošetrovaní, ale hlavne v prevencii ochorení mladej generácie. Postavenie sestry vo vzťahu k deťom v každom vekovom období, si priam vyžaduje sestru, ktorá pomáha deťom riešiť ich zdravotné problémy a poskytuje im rady, ako sa môžu o svoje zdravie starať v predškolskom, školskom období a až do obdobia dospelosti, tzv. školskú sestru.

Literatura

- [1] Boledovičová, M. et al. 2006 *Pediatrické ošetrovateľstvo* Osveta, Martin, 2006, 2. vyd. ISBN 80-8063-211-1
- [2] Hanzlíková, A. et al. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo* Osveta, Martin, 2004, 1. vyd., ISBN 80-8063-155-7
- [3] Hegyi, L., Takáčová, Z., Brukkerová, D. 2004. *Výchova ku zdraviu a podpora zdravia*. SZU, Bratislava, 2004, ISBN 80-89171-20-6
- [4] *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dospelých*. Číslo: 15988 – 1/2006 – OZS. [online] [cit. 2010-08-31] Dostupné na internete: www.detskylekar.sk
- [5] *Povinné hlásenia a spracovanie štatistických údajov In.: Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecná starostlivosť o deti a dospelých* Číslo: 15988 – 1/2006 - [online] [cit. 2010-08-31] Dostupné na internete: <http://www.detskylekar.sk/zc/img/koncepcia.pdf>
- [6] Príloha k nariadeniu vlády č. 752/2004 Z. z. [online] [cit. 2010-08-31]. Dostupné na internete <http://www.zbierka.sk/zz/predpisy/>
- [7] Údaje z výkazu A5 - Ročný výkaz o činnosti všeobecných ambulancií pre deti a dospelých za SR a kraje za roky 2005 - 2008. Zdroj: NCZI, Odbor Public relations/riadenie vzťahov s verejnosťou, Bratislava 28. 06. 2010, IC-658-2010.

Kontaktní údaje

PhDr. Eva Červeňanová, PhD., PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

Katedra ošetrovateľstva

Fakulta zdravotníctva

Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne

e-mail: cervenanova@tnuni.sk

nikoleta.poliakova@tnuni.sk

Postoj studentů oboru Všeobecná sestra ke kouření a k edukaci kuřáků

Lenka Drahošová

Abstrakt

Tento příspěvek se snaží odpovědět na otázky problematiky kouření studentů oboru Všeobecná sestra na VŠPJ v Jihlavě. Konkrétně sleduje, kolik studentů je aktivními kuřáky a jaký je jejich postoj ke kouření. Dále mapuje názor respondentů na edukační činnost sester a její aplikaci v praxi. Zjišťuje, zda se již v průběhu své praxe s výchovnou činností zaměřenou na kuřáky setkali či ji dokonce sami prováděli. Objasňuje, do jaké míry jsou studenti sami s riziky kouření seznámeni.

Klíčová slova

Kouření, rizika kouření, edukační činnost sester.

Úvod

Jednou ze základních povinností a každodenních profesionálních činností zdravotnických pracovníků, která významným způsobem ovlivňuje komfort pacientů a kvalitu poskytované péče, je edukační činnost sester (Juřeníková, 2010). Sestry se mohou edukovat vzájemně o nejnovějších aktualitách, jakými jsou například postupy v přípravě k některým vyšetřením, aplikací nových léků, postupů v péči o hygienu rukou (Cetlová, 2010) atd. Jejich hlavní náplní je ale edukace pacientů. Ta se promítá téměř do všech oblastí ošetrovatelské problematiky. Například do problematiky správného stravování, dodržování léčebných diet, zdravého životního stylu. Důležitou roli mohou sehrát v pomoci při odbourávání nežádoucích zlovyků. A to nejen u dětí, jak například popisuje Stančiak (Stančiak, 2010) v souvislosti s výskytem uroinfekcí, ale i u širší populace – u adolescentů či u dospělých. Jedním z nejvýznamnějších faktorů, kde může sestra sehrát významnou roli je kouření.

Kouření je v naší společnosti dlouhodobý problém navzdory různým kampaním proti kouření, legislativním úpravám či zdražování tabákových výrobků. Proto má svůj nezastupitelný význam i postoj zdravotníků. Ti mají, ve svém pracovním prostředí a díky svému postavení, jedinečnou možnost kuřáky vhodně motivovat

a zdůrazňovat zdravotní rizika. Zvláště, pokud je zdravotní stav pacienta kouřením bezprostředně ovlivněn.

První studie, které zkoumaly vliv kouření na zdraví, se objevily až v 50. letech 20. století, kdy byla prokázána souvislost mezi kouřením a karcinomem plic. Od té doby bylo řadou výzkumů zjištěno, že má vliv na 24 nemocí, jak zmiňuje například Stančiak (Stančiak, 2007).

Průzkum mezi studenty byl zaměřen na zjištění, kolik z nich je aktivními kuřáky, zda znají rizika, která jsou s fumátorstvím spojena. Dále pak, zda se podíleli na edukaci kuřáků během své dosavadní praxe v nemocnici a zda si myslí, že by tuto činnost měly sestry provádět.

Materiál a metody

Průzkum byl proveden koncem prosince 2010. Osloveni byli studenti I. a III. semestru oboru Všeobecná sestra VŠPJ Jihlava. Vzorek tvořilo 118 respondentů, z toho 113 žen a 5 mužů ve věku 19 až 21 let. Z I. semestru se zúčastnilo průzkumu 55 studentů, z toho 9 z nich nebylo absolventy středních zdravotnických škol a tudíž ještě nemělo zkušenosti s praxí ve zdravotnickém zařízení.

Byl použit dotazník, který měl 2 části a byl tvořen otázkami uzavřenými nebo polootevřenými. První část dotazníku byla určena pro všechny účastníky průzkumu, druhá část pak pouze pro kuřáky. Ta sledovala typ závislosti na kouření a vycházela z Fragerstömova testu nikotinové závislosti (Kalina, 2003).

Výsledky a diskuze

V první části bylo zjišťováno, kolik studentů patří mezi kuřáky a kolik mezi nekuřáky.

Výsledky jsou následující: za nekuřáky se považuje 78 (66 %) studentů, za kuřáky 40 (34 %).

U 5 (13 %) respondentů se nedá kouření považovat za závislost – v testu uváděli většinou, že nekouří pravidelně, zapalují si často první cigaretu až v odpoledních hodinách, nekouřit jim nedělá žádný problém a vykouří max. 1 až 5 cigaret za den. 9 studentům (23 %) vyšla podle daných kritérií závislost slabší. Stejně početné jsou však skupiny kuřáků středně silných (12) a silných (12), které dohromady dávají téměř 60 %. Ve všech případech se jedná o ženy.

2 respondenti (5 %) pak spadají do kategorie velmi silné závislosti, konkrétně se jedná o jednoho muže a jednu ženu.

V porovnání s výzkumem (Sovinová, 2010) byly výsledky velice podobné. Sovinová uvádí, že ve věkové kategorii 15 – 24 let kouří 36,7 %. Nutno podotknout, že se ale jedná o jinou skladbu respondentů. V našem průzkumu je převážná většina žen (96 %), Sovinová však uvádí v této věkové kategorii větší zastoupení mužů než žen. V celorepublikovém průměru pak vychází, že v roce 2009 kouřilo celkově ve věkové kategorii 15 – 64 let 20,2 % žen. To znamená, že ani výsledky toho průzkumu nejsou nijak překvapující.

Další část byla zaměřena na znalost rizik spojených s kouřením. V dotazníku měli respondenti za úkol vypsát 5 onemocnění, která jsou s kouřením provázána. Výsledky jsou interpretovány zvláště u skupiny nekuřáků a u skupiny kuřáků.

Ze skupiny nekuřáků (78 respondentů) uvedlo alespoň 5 správných odpovědí 58 % (45 respondentů). 4 onemocnění uvedlo 9 % (7 respondentů), 3 onemocnění vyjmenovalo 22 % (17 respondentů), 2 onemocnění 5 % (4 respondenti), 1 onemocnění 2 % (2 respondenti) a 4 % (3 respondenti) neuvadla onemocnění žádná.

Ze skupiny kuřáků (40 respondentů) uvedlo alespoň 5 onemocnění (rizik) spojených s kouřením celkem 48 % (19 respondentů). 4 správné odpovědi uvedlo 13 % (5 respondentů), 3 onemocnění vyjmenovalo 17 % (7 respondentů), 2 onemocnění také 17 % (7 respondentů), 1 onemocnění 0 % (žádný respondent) a 5 % (2 respondenti) neuvadla onemocnění žádná.

Dá se říci, že znalosti ohledně rizik spojených s kouřením jsou tedy přibližně stejné u kuřáků i nekuřáků.

Pro přehlednost zde uvádím tabulku porovnání v procentech.

Tabulka č. 1 Znalost rizik spojených s kouřením

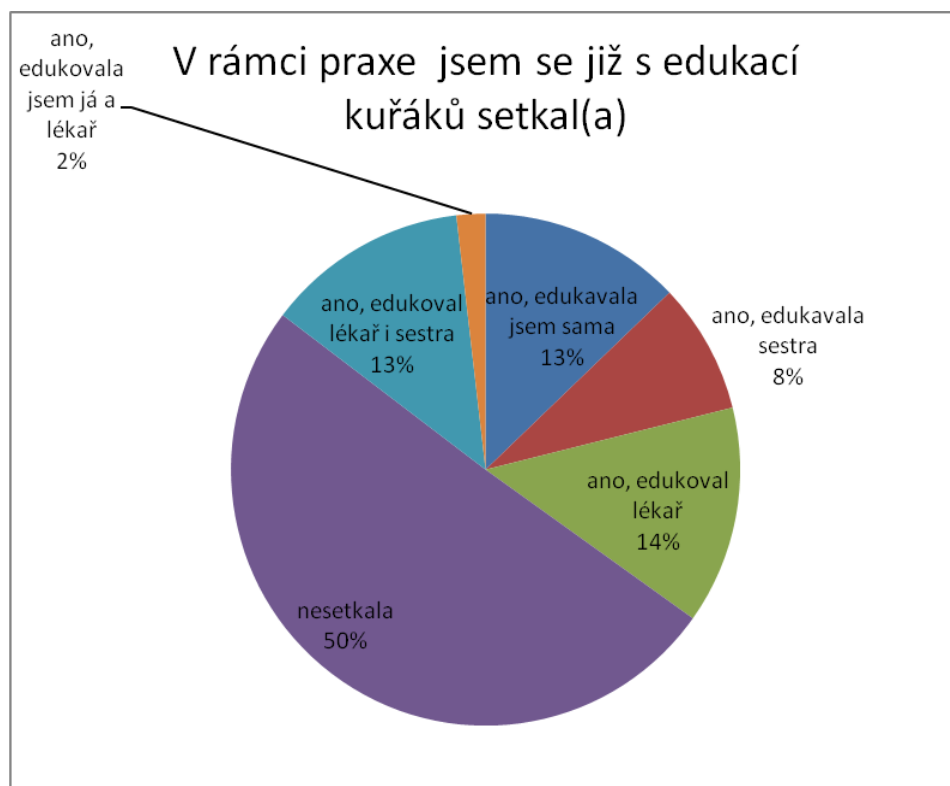
	5 rizik	4 rizika	3 rizika	2 rizika	1 riziko	0 rizik
nekuřáci	58 %	9 %	22 %	5 %	2 %	4 %
kuřáci	48 %	13 %	17 %	17 %	0 %	5 %

Z onemocnění, která jsou riziková v souvislosti s kouřením, uváděli respondenti nejčastěji hypertenzi, což je dobré si uvědomit i v kontextu s nimi samotnými – i pro ně může být v souvislosti s kouřením toto riziko aktuální i v období

adolescence či mladé dospělosti, jak uvádí například Cetlová. (Cetlová, 2008). Dalším často zmiňovaným onemocněním byl infarkt myokardu, chronická obstrukční plicní nemoc, astma bronchiale, bronchogenní karcinom, ale objevila se zde i obezita či těhotenství, což je neustále problém, jak popsala např. Kopáčiková (Kopáčiková, 2009) či zhoubný nádor hrtanu,

Následující část průzkumu zjišťovala zkušenost studentů s edukací pacientů v rámci jejich odborné praxe.

Graf č. 1



Z dotazníku vyplynulo, že žádnou zkušenost s edukací pacientů nemá 50 % dotazovaných, naopak 15 % studentů již aktivně samo s kuřáky ohledně škodlivosti kouření a nutnosti přestat komunikovalo. Zbývajících 35 % se již s edukací setkala pasivně, tzn., vidělo personál (sestru nebo lékaře) o této problematice s nemocným komunikovat. Zajímavé je, že aktivně se na edukaci podílelo téměř o polovinu více kuřáků (17,5 %) než nekuřáků (8 %).

Výsledky pak byly podrobeny ještě analýze dle jednotlivých ročníků a tudíž i přibližné doby praxe studentek v nemocničním zařízení. Dalo se očekávat, že se výsledky budou mírně lišit podle toho, kolik času strávili respondenti již na praxi. Z analýzy byli vyloučeni studenti prvního semestru, kteří neabsolvovali střední zdravotnickou školu, jelikož zde je předpoklad, že ještě v roli zdravotníka neměli možnost praxi vykonávat a výsledek by tudíž zkreslili.

Studenti III. semestru absolvovali o 250 hodin praxe více než studenti I. semestru. Jak ukazuje následující tabulka, výsledky se od sebe příliš neliší. Zde mohla sehrát roli řada faktorů – například všímavost studentek, typ oddělení, skladba pacientů s určitými diagnózami, zařízení, ve kterém praxi vykonávali, a jiné.

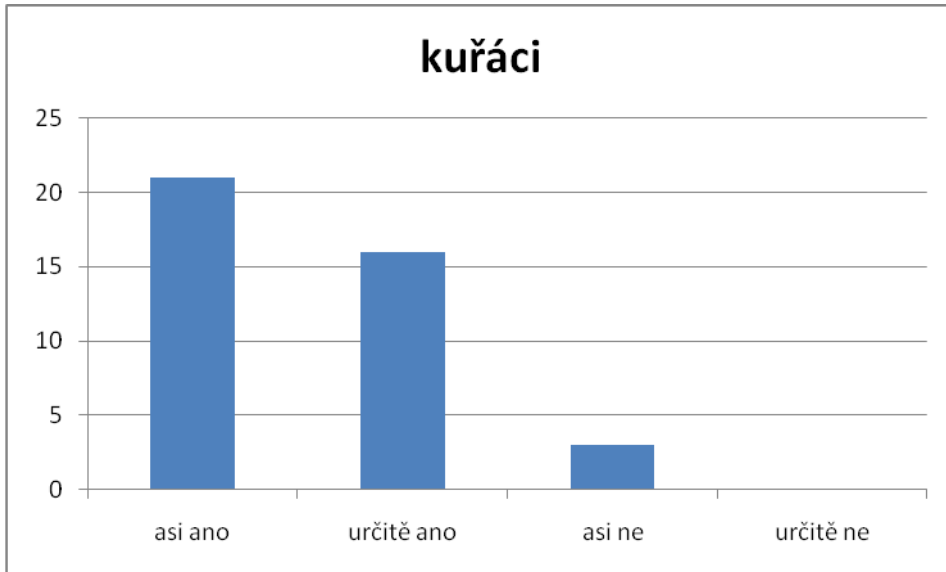
Tabulka č. 2 Zkušenosti studentů s edukací o škodlivosti kouření dle ročníku

	I. sem	%	III. sem	%	celkem	%
ano, edukovala jsem sama	6	13	8	13	14	13
ano, edukovala sestra	1	2	8	13	9	8
ano, edukoval lékař	7	15,5	8	13	15	14
nesetkala	24	52	31	49	55	50
ano, edukoval lékař i sestra	7	15,5	7	11	14	13
ano, edukovala jsem já a lékař	1	2	1		2	2
studenti, kteří neabsolvovali praxi	9		0		109	
celkem	55		63			

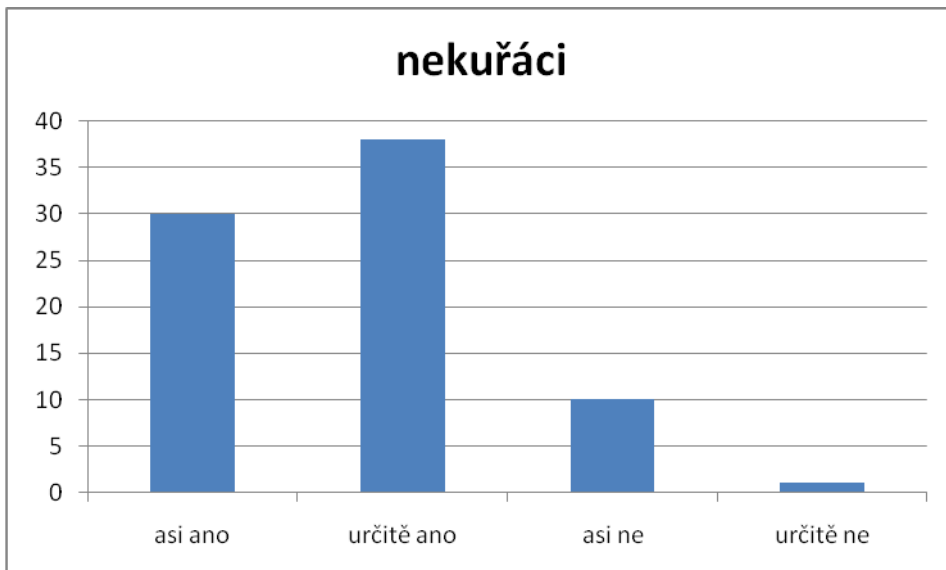
V další části práce jsme se pokoušeli zjistit, zda by studenti jako budoucí zdravotníci měli edukovat o škodlivosti kouření členy své rodiny.

Otázka byla položena v podmiňovacím způsobu, protože cílem autorů bylo zjistit názor respondentů. Výsledky ukazují následující grafy.

Graf č. 2 Měli by se zdravotníci ve vlastní rodině podílet na edukaci kuřáků?



Graf č. 3 Měli by se zdravotníci ve vlastní rodině podílet na edukaci kuřáků?



Tabulka č. 3 Porovnání názoru kuřáků a nekuřáků, zda by se měli zdravotníci podílet na edukaci kuřáků ve vlastní rodině

	kuřáci		nekuřáci	
asi ano	21	52 %	30	38 %
určitě ano	16	40 %	38	48 %
asi ne	3	8 %	10	13 %
určitě ne	0	0	1	1 %
celkem	40		79	

Z tabulky vyplývá, že kuřáci jsou poněkud méně rozhodnější v tom, zda by se na ovlivňování kuřáků své vlastní rodiny měli podílet. Nicméně obě skupiny se shodují ve výrazné většině (přes 80 %), že ať už kuřáky sami jsou či nikoli, měli by zdravotníci kuřáky ve svém postoji uvlivňovat správným směrem.

V další části práce jsme se zaměřili na zjištění názoru, zda by se respondent měli podílet na edukaci kuřáků v nemocnici z pozice budoucí zdravotní sestry. Výsledky shrnuje následující tabulka.

Tabulka č. 4 Porovnání názoru kuřáků a nekuřáků, zda by se měli zdravotníci podílet na edukaci kuřáků v nemocnici.

	kuřáci		nekuřáci	
asi ano	26	74 %	32	41 %
určitě ano	2	6 %	41	52 %
asi ne	4	11 %	5	6 %
určitě ne	3	9	1	1 %
celkem	35		79	

Otázka byla v dotazníku položena jako polootevřená. Studenti tak měli možnost vyjádřit svůj názor. Možnosti využili především kuřáci. Zaznívalo zde především to, že by edukovat asi měli, ale cítili by se při rozhovoru trapně nebo nepříjemně, protože sami kouří. Řada kuřáků se však nad touto skutečností nepozastavovala a zvolila možnost “asi ano” nebo “určitě ano” aniž by to nějak komentovala.

Závěr

Při zjišťování počtu kuřáků mezi studenty I. a III. semestru oboru všeobecná sestra bylo zjištěno, že je přibližně srovnatelný s celorepublikovými výzkumy, jak popisuje například Sovinová. (Sovinová, 2009). Za pravidelné kuřáky se považuje celkem 40 (34 %), za nekuřáky se považuje 78 (66 %) studentů. Jistě by bylo žádoucí, pokud by mezi studenty zdravotnických oborů bylo toto číslo menší a bylo by vhodné v další výuce při různých příležitostech studenty patřičně motivovat a neustále zdůrazňovat vhodnými formami rizika kouření i nevhodnost tohoto zlozvyku nejen pro pacienty, ale i pro zdravotní sestry.

Další výsledky poukazují na to, že co se týče znalosti rizik kouření, skupina kuřáků se od nekuřáků příliš neliší a jsou relativně dostačující. Téměř 60 % nekuřáků a téměř polovina kuřáků dovedla správně vyjmenovat alespoň 5 onemocnění, která s kouřením úzce souvisí a která tento jev negativně ovlivňuje.

V rámci zjišťování zkušenosti studentů s edukací pacientů ve zdravotnických zařízeních přímo jimi samými nebo zdravotnickým personálem, byla zjištěna následující fakta. 13 % studentů z I. semestru již samo někdy vedlo rozhovor s klientem – kuřákem na téma škodlivosti kouření na jeho zdraví. Stejně procento respondentů III. semestru mělo totožnou zkušenost. 15 % respondentů již vidělo v nemocnici o této problematice informovat pacienta sestrou. Přibližně 50 % studentů se s touto činností ještě vůbec nesetkalo, přičemž se ale shodují v tom, že by měla být běžnou součástí náplně sesterské práce. Odpověď “asi ano” nebo “určitě ano” volilo celkem 80 % kuřáků a 93 % nekuřáků. Zde je tedy široké pole působnosti pro nás vyučující, abychom studenty vhodně motivovali a k této činnosti je vedli nejenom v rámci školní výuky, ale především přímo v rámci odborné praxe v nemocnici.

Literatura

- [1] CETLOVÁ, Lada; STANČIAK, Jaroslav; NOVOTNÝ, Jozef. Minimalizace rizikových faktorů u adolescentních hypertoniků. In . *Zborník príspevkov : Súčasné trendy vo vzdelávaní odborném a laickém verejnosti v zdravotnických disciplínach.* . Trnava : [s.n.], 2008. s. 50-57. ISBN 978-80-8082-214-9.
- [2] CETLOVÁ, Lada; STANČIAK, Jaroslav. Nozokomiální nákazy ve zdravotnickém zařízení. In *Zborník z IVX. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou : Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na aktuálne problémy klinickej*

praxe v Ošetrovatel'stve I a vo Verejnom zdravotníctve, Varia. Skalica : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, : [s.n.], 2010. s. 95 -103. ISBN 978-80-89271-92-4, EAN 9788089271924.

- [3] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- [4] KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vydání. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 640 s. Dostupné z WWW:<http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/ucebnice_drogy_a_zavislosti/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2>. ISBN 80-86734-05-6.
- [5] KOPÁČIKOVÁ, Mária; STANČIAK, Jaroslav; NOVOTNÝ, Jozef *Fajčenie v gravidite – stále aktuálny problém*. In *Zborník z medzinárodného sympózia: Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III.*, Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009. s. 424 -431. ISBN 978-80-8094-554-1.
- [6] Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. 2003 -2006. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006 [cit. 2010-12-28]. Info. Dostupné z WWW: <<http://www.drogy-info.cz/index.php/info>>.
- [7] SOVINOVÁ, Hana. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření období 1997 - 2009* [online]. Praha, 2010. 41 s. Výzkumná zpráva. Státní zdravotní ústav. Dostupné z WWW: <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>>.
- [8] STANČIAK, Jaroslav; CETLOVÁ, Lada; NOVOTNÝ, Jozef. *Specifics of nursing care and educational plan for children admitted to hospital with renal disease and disease of genito-urinary tract*. In. *Zborník Zdrowie publiczne a pielęgniarsstwo XXI wieku – nowe problemy, nowe wyzwania*. Rzeszów: Uniwersitet Rzeszowski, 2010.

Kontakní údaje

Mgr. Lenka Drahošová,
KZS VŠP Jihlava,
e-mail: drahoso@vspj.cz

Preventívne prehliadky – súčasť prevencie ochorení

Angelika Dudžáková

Abstrakt

Zvyšujúci sa výskyt civilizačných ochorení poukazuje na nutnosť preventívnych prehliadok. Na aké preventívne prehliadky máme nárok? Tejto problematike sa venujeme v nasledujúcom príspevku, kde popisujeme vo všeobecnosti na aké vyšetrenia máme nárok bezplatne. Podrobnejšie sme rozpracovali preventívnu prehliadku v odbore všeobecné lekárstvo, kde sme poukázali na úspešnú komunikáciu s klientom a na ošetrovateľský proces.

Kľúčové slová

Prevencia, osobnosť človeka, preventívna prehliadka, ošetrovateľský proces, sestra.

Abstract

The increasing incidence of lifestyle-related diseases highlights the need for preventive examinations. For what we are entitled to preventive check-ups? This issue is discussed in a subsequent contribution, where we describe in general what we are entitled to free tests. We have outlined a detailed preventive examination in general medicine, where we pointed to successful communication with clients and the nursing process.

Key words

Prevention, Personality, preventive inspection, nursing process, nurse.

Úvod

Neustále sa zvyšujúci výskyt civilizačných ochorení poukazuje na potrebu primárnej prevencie a motivuje zdravotníckych pracovníkov zvýšiť úsilie v udržaní a podpore zdravia populácie. Stratégia boja proti vysokému výskytu chorôb sa dostala na popredné miesto medicínskeho a ošetrovateľského

prístupu k prevencii. Ak má byť prevencia úspešná, musí sa obrátiť proti rizikám, ktoré ohrozujú populáciu.

V centre záujmu medicíny a ošetrovateľstva zostáva primárna prevencia civilizačných ochorení a tým aj snaha pozitívne ovplyvniť kvalitu života človeka.

Trvale rastúce náklady na liečenie chorých skôr či neskôr povedú k postupnému pochopeniu významu slov zdravie, primárna prevencia a reálnemu presadeniu ich zásad do zdravotníckej praxe.

Najjednoduchšie vysvetlenie pojmu prevencia je, že ide o predchádzanie vzniku alebo možného vzniku zdravotných, sociálnych alebo iných problémov.

Ošetrovateľstvo svojim zameraním na zdravie a jeho podporu plní dôležitú rolu v oblasti prevencie.

Úlohou **primárnej prevencie** je posilniť zdravie človeka a zvýšiť jeho odolnosť proti chorobám, pôsobí ešte pred vznikom ochorenia. Za primárnu prevenciu možno pokladať zdravotnú výchovu, ktorá upozorňuje na rizikové správanie, alebo špecifickú ochranu proti určitým ochoreniam (napr. očkovanie). Patrí sem i včasné vyhľadávanie rizikových faktorov a úsilie o kontrolu a intervenciu u rizikových osôb.

Sekundárna prevencia sa uplatňuje v záujme predchádzania plného rozvoja choroby a vzniku komplikácií, prípadne také zameranie liečby, aby riziko následných komplikácií bolo čo najmenšie. Obnovenie dobrého zdravotného stavu môže zahŕňať zmenu pacientovho správania, dodržiavanie liečebného režimu, zvládnutie starostlivosti o seba a sebestačnosti.

Terciárna prevencia jej cieľom je obnova zdravia po prepuknutí choroby, obnova optimálneho fungovania organizmu a rehabilitácia.

Je nepochybné, že zo škály preventívnych opatrení pri samotnej realizácii je jednotlivé druhy prevencií veľmi ťažké od seba oddeliť (Rovný, 1995, Požonská, 2010).

Osobnosť človeka a jej vzťah k zdraviu

Osobnosť človeka je charakterizovaná určitými vlastnosťami, názormi a vzťahmi, vlastnými morálnymi potrebami, úrovňou aktivity a radom ďalších dôležitých schopností, ktoré sa neutvárajú naraz, ale postupne. Na psychickú a preukázateľne i fyzickú stránku človeka má vplyv to, ako človek koná, čo cíti a čo si myslí. Mimoriadne dôležité je, aby ľudia mali k sebe dobrý postoj, ak sa dobre cítia medzi inými ľuďmi a sú schopní zvládať požiadavky života. Preto je

veľmi významný rozvoj osobných i sociálnych kompetencií v prevencii a podpore zdravia, pretože priamo ovplyvňujú správanie človeka.

Spôsob života je najvýznamnejším kľúčom k zdraviu. Riziká sa dotýkajú každého rozhodnutia v rámci životného štýlu. Ide jednak o vedomé správanie sa vo vzťahu k zdraviu, rovnako ako nevedomé správanie a postupy, ktoré jedinec vykonáva v nepriamom vzťahu k zdraviu, avšak obsahujú zdravotné dôsledky alebo riziká.

Rizikóvymi formami správania možno rozumieť jednak rôzne sociálno - patologické javy ako napr. fajčenie, požívanie alkoholu, užívanie nelegálnych drog, nebezpečné riadenie auta, rizikové športy, nechránené sexuálne aktivity, porušovanie sociálnych noriem. Nemenej dôležité sú však aj otázky nezdravej výživy ako aj optimalizácie pohybovej aktivity vo vzťahu k prevencii kardiovaskulárnych, metabolických a onkologických ochorení.

Preventívne zdravotné prehliadky, na ktoré máme nárok zadarmo.

Detský lekár:

- deväť preventívnych prehliadok poistenca verejného zdravotného poistenia do jedného roku veku, z toho najmenej tri preventívne prehliadky do troch mesiacov veku
- jedna preventívna prehliadka poistenca vo veku 18 mesiacov
- sedem preventívnych prehliadok od 3 rokov veku do 18 rokov a 364 dní.

Všeobecný lekár:

- Každý poistenec nad 18 rokov má právo na bezplatnú preventívnu prehliadku raz za dva roky alebo raz za rok, ak je evidovaným darcom krvi, alebo, ak je zdravotne postihnutý.

Čo obsahuje prehliadka:

- odbery krvi na:

- hematologické vyšetrenie (sedimentácia erytrocytov, krvný obraz aj trombocyty)
- biochemické vyšetrenie (glykémia, cholesterol, triacylglyceroly)

- odber moču (moč chemicky a močový sediment).

Výška a hmotnosť klienta.

Zmeranie tlaku krvi a pulzu.

Lekár začne prehliadku pohovorom, skontroluje aj stav očkovania (tetanus). Potom nasleduje vyšetrenie celého tela od hlavy po päty (pohľadom, posluchom, pohmatom, poklepom).

- Klienti nad 40 rokov: súčasťou vyšetrenia je aj EKG záznam.
- Klienti nad 50 rokov alebo s pozitívnou rodinnou anamnézou karcinómu hrubého čreva a konečníka sa vyšetruje aj prítomnosť krvi v stolici.

Zubný lekár

- jedna preventívna prehliadka poistenca do 18 rokov veku dva razy v kalendárnom roku u zubného lekára
- u poistencov, ktorí dosiahli 18 rokov veku, jedenkrát v kalendárnom roku.
- u tehotných poistenkýň dva razy počas toho istého tehotenstva, a to na začiatku prvého a na začiatku tretieho trimestra

Lekár - gynekológ

- jedna preventívna prehliadka poistenkyne od 18 rokov veku alebo od prvého tehotenstva raz za rok u lekára
- ultrasonografia prsníkov raz za dva roky
- jedna preventívna prehliadka tehotnej poistenkyne raz za mesiac a jedna preventívna prehliadka šesť týždňov po pôrode
- ultrazvukové sledovanie tehotenstva najviac 3 razy počas fyziologického tehotenstva

Lekár - urológ

- jedna preventívna prehliadka poistenca vo veku od 50 rokov veku raz za tri roky,
prehliadka obsahuje fyzikálne vyšetrenie, vyšetrenie prostaty cez konečník a vyšetrenie semenníkom. Súčasťou prehliadky je aj ultrazvukové vyšetrenie prostaty a laboratórne vyšetrenie moču.

Lekár - gastroenterológ

- jedna preventívna prehliadka poistenca od 19 do 20 rokov veku s vykonaním dychového testu na *Helicobacter pylori*

preventívnu prehliadku konečníka a hrubého čreva u poistencov vo veku nad 50 rokov jedenkrát za 10 rokov a u poistencov so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečníka jedenkrát za 5 rokov (<http://www.vszp.sk/showdoc.do?docid=431>).

Preventívne prehliadky v odbore všeobecné lekárstvo

Konkrétne aktivity vo všeobecnom lekárstve zamerané na profylaxiu chorôb majú prispieť k predchádzaniu vzniku chorôb a zníženiu počtu ich komplikácií.

Preventívna činnosť je časovo i organizačne náročná, najdôležitejší je však pri nej aktívny prístup všetkých zdravotníckych pracovníkov a podľa Jurgovej (1 994) spočíva:

- V aktívnom a systematickom vyhľadávaní chorých a na zdraví ohrozených osôb;
- V kompletnom vyšetrení pacienta za účelom zhodnotenia zdravotného stavu, pracovnej schopnosti, stupňa porušenia niektorých funkcií a určenie presnej diagnózy;
- V sústavnom, pravidelnom sledovaní zdravotného stavu podľa individuálneho plánu dispenzárnej starostlivosti;
- Vo zvyšovaní odolnosti ľudského organizmu všetkými dostupnými metódami;
- Vo vlastnom predchádzaní chorobám;
- Vo vyhľadávaní chorôb v čo najvčasnejšom štádiu, kedy je liečba zvyčajne menej náročná, znamená menší zásah do organizmu s priaznivejšou prognózou;
- Vo výchove k zdravému spôsobu života a stanovenia navrhovaných opatrení a životných podmienok dispenzarizovaných osôb.

Preventívna činnosť sa nedá vytýčiť len na čas, kedy pacient preventívnu prehliadku absolvuje. Prakticky sa stáva súčasťou každej návštevy ambulancie.

Úlohou sestry preto je:

- Kontrolovať dokumentáciu a informovať pacienta o nároku na preventívnu prehliadku;
- Motivovať pacienta k návšteve ambulancie za účelom preventívnej prehliadky, ponúknuť konkrétny termín preventívnej návštevy;

- Poskytovať informácie týkajúce sa priebehu a zamerania preventívnej prehliadky;
- Vzbudzovať u pacienta záujem a zodpovednosť za svoje zdravie;
- Poskytovať informácie týkajúce sa zdravia, jeho upevňovania a ochraňovania;
- Využívať efektívne formy a metódy edukačnej komunikácie;
- Ísť príkladom svojim správaním;
- Prejavovať vlastné presvedčenie o význame preventívnych intervencií.

Preventívne prehliadky a ošetrovateľstvo

Súčasnú ošetrovateľstvo stavia pacienta do roly aktívneho účastníka ošetrovateľskej starostlivosti. Ak má byť takáto starostlivosť účinná, je potrebné splniť podmienku synergického vzťahu medzi sestrou a pacientom. Sestry do prevencie vstupujú metódou ošetrovateľského procesu a metódou edukačného procesu.

V záujme holistického prístupu k pacientovi nachádza ošetrovateľský proces uplatnenie ústavnej, ale aj v ambulantnej ošetrovateľskej starostlivosti. Z ponúkaných teórií modelov ošetrovateľstva na realizáciu preventívnej prehliadky pokladáme za najvhodnejší model funkčných vzorcov zdravia podľa Marjory Gordon, ktorý spĺňa požiadavku na **rámcový štandard** pre systematické **ošetrovateľské hodnotenie** zdravotného **stavu pacienta** v ktorejkoľvek oblasti systému zdravotnej starostlivosti – v primárnej, sekundárnej i terciárnej. Vychádza z holistickej a humanistickej filozofie.

„Gordonová vo svojom modeli vychádza z toho, že všetci ľudia majú spoločné určité vzorce správania, ktoré súvisia s ich zdravím, kvalitou života, s rozvojom ich schopností a dosiahnutím ľudského potenciálu” (Farkašová, 2005). Pacient je holistická bytosť s biologickými, psychologickými, sociálnymi, kultúrnymi, behaviorálnymi, kognitívnymi, duchovnými a spirituálnymi potrebami; pacient je jedinec s funkčným alebo dysfunkčným typom zdravia. Úlohou sestry je získavanie informácií v oblastiach vzorcov zdravia, analýza získaných informácií so záverom: funkčné alebo dysfunkčné zdravie. Pri dysfunkčnom zdraví sestra pokračuje podľa krokov ošetrovateľského procesu, určí zdroj ťažkostí, ohnisko zásahu a spôsob intervencie tak, aby výsledkom boli funkčné vzorce zdravia.

Vzorce zdravia – tvorí ich 12 oblastí, označených ako 12 funkčných vzorcov zdravia. Každý vzorec predstavuje istú časť zdravia, ktorá môže byť funkčná (v zdraví) alebo dysfunkčná (v chorobe).

Dysfunkčný vzorec zdravia – je prejavom aktuálneho ochorenia jedinca, alebo môže byť znakom potenciálneho problému. Ak sestra takýto vzorec identifikuje, musí ho označiť, sformulovať ošetrovateľskú diagnózu a následne pokračovať v ostatných krokoch ošetrovateľského procesu.

Je nevyhnutné pamätať na dôležitosť ošetrovateľských úkonov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorá prispieva ku konečnej spokojnosti pacienta s poskytnutou starostlivosťou ako celkom.

Sestry a lekári, ktorí vedia účinne komunikovať, sa stávajú úspešnejšími iniciátormi zmeny zameranej na upevňovanie zdravia, ľahšie vytvárajú dôverný vzťah s pacientom a predchádzajú právnym problémom spojených s ošetrovateľskou praxou. Najrozšírenejším druhom verbálnej komunikácie v zdravotníctve je rozhovor s pacientom. Rozhovor nechápeme len ako výmenu slov, zahrňujeme doň aj neverbálne komunikačné prejavy, schopnosť empatickej komunikácie a umenie počúvať druhého. Vo vzťahu pacient – zdravotnícky pracovník je dôležité, aby sa počas rozhovoru vytvorila priaznivá atmosféra vzájomnej dôvery. Veľmi záleží na dobrom začiatku rozhovoru a získaní dôvery. Prvý dojem často ovplyvní jeho priebeh a výsledok. Dôležité je správne osloviť pacienta, a to vždy menom presne a neskreslene. Vlastné meno znie človeku veľmi príjemne a dôležito. Aj zdravotnícky pracovník by sa mal pacientovi predstaviť svojim menom a vysvetliť mu cieľ rozhovoru.

„ Zmysluplnosť kontaktu a komunikácie závisí od toho, do akej miery je sestra schopná uplatňovať zásady produktívnej komunikácie” (Kristová, 2004).

V zásade platí:

- Začať komunikáciu pozdravom a privítaním;
- Oslovovať pacienta priezviskom alebo menom;
- Nechať pacienta rozprávať, trpezlivo vypočuť;
- Aktívne, pozorne a zaujato počúvať;
- Striedať rolu počúvajúceho a rozprávajúceho;
- Rozprávať o tom, o čo má pacient záujem;
- Vyhnúť sa stereotypnému poučovaniu, radám;
- Schopnosť poskytnúť psychickú podporu;
- Adekvátne využiť neverbálne prejavy;
- Vylúčiť odbornú terminológiu a slangové výrazy, rozprávať zreteľne;
- Prispôbiť sa rečovému prejavu pacienta;
- Vyhnúť sa afektívnym rečovým prejavom;

- Vytvoriť spätnú väzbu, ubezpečiť sa, či pacient porozumel;
- Prejaviť empatiu;
- Hľadať podstatu konania a správania pacienta, nájsť spoločné východisko;
- Všímať si, čomu sa pacient počas rozhovoru vyhýba;
- Ubezpečiť pacienta, že sa informácie nezneužijú;
- Rešpektovať želania a rozhodnutia pacienta;
- Nekritizovať pacienta pred inými osobami, chváliť pacienta verejne;
- Konkretizovať problém pacienta v pravú chvíľu;
- Zladiť verbálny a neverbálny prejav;
- Využívať parafrázovanie;
- Poskytnúť reflexiu emócií pacienta.

Záver a odporúčania pre prax

Zdravie je najvyššou hodnotou človeka, je predpokladom kvalitného a plnohodnotného života. Ochorenie zmení celý režim života, vzťahy v rodine, na pracovisku i celú sociálno-spoločenskú situáciu jedinca. Najefektívnejšou metódou, ako predchádzať vzniku ochorenia respektíve zabrániť jeho nežiaducim následkom sa javí prevencia. Preventívne prehliadky sú časovo náročné ako pre zdravotníckych pracovníkov, tak aj pre človeka, ktorý sa momentálne cíti zdravý a nevidí dôvod prečo by mal navštíviť lekára.

Preto je veľmi dôležitá osвета a zdravotné povedomie obyvateľstva.

Na základe získaných poznatkov a skúseností navrhujeme nasledovné riešenia:

- aktívny prístup zdravotníckych pracovníkov k preventívnym prehliadkam,
- odporúčame zvýšiť informovanosť laickej verejnosti o bezplatných preventívnych prehliadkach,
- zabezpečiť dostatok informačných materiálov,
- v spolupráci s ambulanciami lekárov pre deti a dorast, praktických lekárov a stomatológov zabezpečiť informovanosť laickej verejnosti,
- medializovať dôležitosť preventívnych prehliadok.

Literatúra

- [1] AVDIČOVÁ, M. 2005. Zdravie a choroba. Prevencia prenosných ochorení v praxi praktických lekárov pre deti, dorast a dospelých. In: REVUE medicíny v praxi, 2005, roč. 3, č. 4, s. 5-9. ISSN 1336-202X.

- [2] DOLINA, J. 1990. Léčebně preventivní péče o dospělé obyvatelstvo v ambulantní složce. Brno: IDV SZP., 1990, 62 s. ISBN 80-7013-044-X
- [3] FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. Ošetrovatel'stvo – teória. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4
- [4] JURGOVÁ, E. 1994. Praktické a rodinné lekár'stvo. Bratislava: Západoslóvenské tlačiarne, š.p., 1994, 212 s. ISBN 80-967207-8-3
- [5] KIMÁKOVÁ, T. 2008. Čo ovplyvňuje naše zdravie. In: Bedeker zdravia, 2008, roč. 4, č. 6, s. 120-121. ISSN 1337-2734
- [6] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Práca pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulancii. In: Zdravotnícke štúdie, Roč. 2, č. 2/2009, Fakulta zdravotníctva KU, Ružomberok, s. 36-38, ISSN 1337-723X
- [7] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. Edukácia v kontexte podpory zdravého starnutia. In: zborník Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2010, s. 140-146. ISBN 978-80-7318-978-5.
- [8] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Efektívnosť komunikácie pri ošetrovaní seniora. In: zborník Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie, Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, KU, 2010, s. 94 - 102, ISBN 978-80-8084-548-3
- [9] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. Ošetrovatel'stvo 1. Martin: Osveta, 1995. 842 s. ISBN 80-217-0528-0. ZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. Ošetrovatel'stvo 1. Martin: Osveta, 1995. 842 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [10] KRISTOVÁ, J. 2004. Komunikácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
- [11] POŽONSKÁ, M., KOLLÁROVÁ, B., DERŇÁKOVÁ, L., VRÁBL'OVÁ, G. 2010. Primárna prevencia ochorení ako jeden zo strategických zámerov ošetrovatel'stva. Dostupné na 20.2.2010 <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/pozonska.pdf>
- [12] Preventívne prehliadky. Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s. Dostupné na: <http://www.vszp.sk/showdoc.do?docid=431>
- [13] ROVNÝ, I. 1995. Preventívne lekár'stvo. Martin: Osveta, 1995. 271 s. ISBN 80-217-0574-4.

Kontaktní údaje

Mgr. Angelika Dudžáková, MPH

e-mail: Angelika.dudzakova@gmail.com

Kojení a jeho podpora

Vlasta Dvořáková

Abstrakt

Kojení dětí bylo v dřívějších dobách obecným rysem všech kultur a všech časů, neboť na něm záviselo samotné přežití kojence. Ve 20. století se začal klást ve výživě důraz především na kvantitu. Mnoho pozornosti se věnovalo výzkumu a výrobě náhrad mateřského mléka a v padesátých letech převládá názor, že umělá výživa obecně je schopna plně nahradit mateřské mléko. Tento omyl přetrvává mezi laiky i mezi některými zdravotníky až do dnešní doby.

Klíčová slova

Kojení, mateřské mléko, výživa, výhody kojení, podpora kojení.

Úvod

Výzkumy z posledních let potvrzují četné výhody kojení nebo krmení kojenců mateřským mlékem jak pro matku, dítě a rodinu, tak pro celou společnost. Kojení přináší výhody z hlediska výživy dítěte, jeho zdraví a vývoje, zdraví matky, z hlediska psychologického, sociálního a ekonomického.

Složení mateřského mléka je dokonalé. Ve všech směrech splňuje nároky rostoucího a rychle zrajícího organismu dítěte. Mateřské mléko je pokaždé „trochu jiné“, ale stále splňující aktuální potřebu dítěte. To vše platí pro dítě donošené nebo téměř donošené, s malým dovětkem i pro dítě těžce nezralé nebo nemocné.

Složení mateřského mléka

Mateřské mléko se začíná tvořit v posledních týdnech těhotenství a v prvních dnech po porodu. Počáteční mléko, tzv. kolostrum (mlezivo), se liší složením od zralého mléka produkovaného od 2. týdne po porodu. Je velmi husté, obsahuje více bílkovin a solí, méně tuků a sacharidů. Asi 1/4 bílkovin kolostra tvoří obranné látky (sekreční imunoglobulin A, lysozym a laktoferin). Mlezivo je to pro dítě zvláště významné v prvních dnech života, kdy se příchodem na svět dostává do kontaktu se zevním prostředím. Mateřské mléko obsahuje další

bílkoviny (laktalbumin a kasein), které způsobují lehčí stravitelnost oproti kravskému mléku.

Tuky jsou velmi proměnlivou složkou mateřského mléka. Množství se mění během dne i během jednoho kojení, na konci je ho až 5x více než na začátku kojení. Mateřské mléko poskytuje dítěti jak tuky, tak i enzym, který je rozkládá.

Cukry poskytují dítěti až 40 % energie. Laktóza a střevní flóra (laktobacillus bifidus) usnadňují vstřebávání [vápníku](#) a železa.

Vitamíny jsou obsaženy jak v kolostru, tak v mateřském mléku. [Vitamín K](#) obsažený nejvíce v kolostru potřebuje novorozenec po porodu, kde zabraňuje vzniku "krvácivé nemoci novorozenců". Dále mateřské mléko obsahuje [vitamín E](#), D, B a C.

Další složkou mateřského mléka jsou minerální látky a stopové prvky, které dítě může naprosto dokonale využít. Např. [železa](#) využije z mateřského mléka 49 %, zatímco z kravského by využilo pouze 10 %.

[Jód](#), který je v mateřském mléku také obsažen, v našich podmínkách je v menší dávce než jakou bychom potřebovali. Proto se ženám doporučuje strava obsahující jód.

Složení mateřského mléka a jeho proměnlivost, která se přizpůsobí potřebám dítěte je nejdokonalejším způsobem zabezpečení potřeb dítěte. Žádná náhražka mateřského mléka, i kdyby byla sebedokonalejší, nedokáže složení a proměnlivost mateřského mléka nahradit. Výživa dítěte od narození do šesti měsíců věku mateřským mlékem zůstává i v dnešní době nedostižným ideálem.

Význam kojení pro dítě a matku

1) Kojení je imunologickou komunikací s matkou

Kolostrum obsahuje množství protilátek. Tím dochází k poklesu četnosti a tíže infekcí. V mateřském mléce je komplex látek tzv. bifidus faktor, který ovlivňuje osídlení zažívacího traktu dítěte bakteriemi správného typu. Střevo dítěte obsahuje cca 70 % imunitního systému. Osídlení střeva je proto velice důležité pro správnou stimulaci imunitního systému dítěte a pro snížení četnosti alergií a dalších poruch imunity v pozdějším věku. I malé množství mateřského mléka v časných dnech nebo týdnech po porodu pozitivně ovlivňuje zdraví dítěte v kojeneckém i dětském období. Na osídlení zažívacího traktu po porodu závisí další vývoj obranyschopnosti dítěte.

V mateřském mléce je maximálně důležitý hlavně sekreční IgA, který pokrývá

nezralé střevo dítěte a tak chrání před usídlením a průnikem infekce. Sekrečního IgA je v kolostru 2x více než ve zralém mléce.

Mateřské mléko obsahuje řadu imunologických a protizánětlivých faktorů, které pomáhají dítěti v obraně proti infekci. Některé faktory přímo škodlivé bakterie ničí, jiné látky umožňují, aby ve střevě vzniklo příznivé prostředí.

V mateřském mléce je zastoupena většina důležitých hormonů, které ovlivňují organismus dítěte.

V kolostru jsou látky, které pomáhají střevu předčasně narozeného dítěte dozrát a vykonávat pohyby správným směrem. Vyprazdňovací čas žaludku je kratší u dětí živěných mateřským mlékem.

U velmi nedonošených dětí, které dostávaly mateřské mléko je možný rychlejší přechod na plnou výživu, tj. bez dodávky živin nitrožilně.

2) Lepší vývoj nervových a poznávacích funkcí.

Vlivem obsahu omega 3 nenasycených mastných kyselin a vlivem jejich vyváženého poměru dochází k správnému budování membrán buněk. Zásadní význam to má u zrání nervového systému, dotváření nervových drah, zrání smyslových orgánů a hormonálních tkání. Je zdokumentováno vyšší IQ v 7,5-8 letech u kojených dětí. Výsledky studií také ukazují na vliv kojení na urychlení vývoje poznávacích funkcí dítěte a na vliv na pozdější výsledky ve škole. S výše uvedeným souvisí těsně ochrana oční sítnice u těžce nezralých dětí.

3) Lepší stravitelnost

Poměr důležitých složek (laktalbuminu a kaseinu) je v mateřském mléce lépe vyhovující než v mléku umělém. Poměr těchto složek přímo ovlivňuje stravitelnost a dobu setrvání mléka v žaludku dítěte. Obsah aktivních enzymů v mateřském mléce nahrazuje zatím chybějící enzymy v nezralém střevě.

4) Menší zátěž ledvin

Méně solí a bílkovin v mateřském mléce chrání nezralé ledviny.

Kojení je u dětí všech hmotnostních kategorií mimo jiné i způsobem budování vazby a vzájemného pochopení mezi maminkou a dítětem.

5) Epidemiologický výzkum ukazuje významně nižší riziko řady akutních a chronických onemocnění u kojeného dítěte. U dětí je méně průjmových onemocnění, infekcí dolních dýchacích cest, zánětu středouší, nekrotizující enterokolitidy, alergií, diabetu, ulcerózní kolitidy a mnoha dalších chorob gastrointestinálního traktu.

Výhody kojení pro matku

- děloha se po porodu rychleji vrací do původního stavu
- poporodní ztráty krve jsou menší
- ženy trpí méně chudokrevností
- chrání ženu před rakovinou prsu, vaječnicků a osteoporózou
- rychlejší návrat postavy ke stavu před těhotenstvím
- antikoncepční účinek v průběhu kojení, pokud matka plně a často kojí
- podpora citové vazby matka–dítě
- levnější, než umělá výživa

Kojení a jeho podpora v současné době

Mateřské mléko je jednoznačně svým složením a proměnlivostí jedinečné pro výživu kojence. Všechny děti by měly být výlučně kojeny do 6 měsíců a 97 % žen je schopno kojit své děti. Fakt, že skutečná situace tomu neodpovídá, svědčí o malé podpoře, která je kojení věnována zejména ze strany zdravotníků a o nízkém zdravotním uvědomění žen i jejich okolí.

Většina žen se rozhoduje o způsobu výživy svého dítěte již v těhotenství. Ve snaze podpořit úspěšné zahájení kojení a zvýšit počet dětí kojených po doporučenou dobu, vyhlásily WHO a UNICEF na začátku 90. let celosvětový program Baby Friendly Hospital. V roce 1992 byl přijat Valným shromážděním WHO požadavek, aby každá porodnice uvedla do praxe tzv. „10 kroků k úspěšnému kojení.“

Dále podporu kojení zaručuje „Národní akční plán prevence a léčby obezity na léta 2007–2017“.

Právo dítěte na kojení je také zakotveno v Úmluvě o právech dítěte, která u nás vstoupila v platnost v roce 1991 (Sbírka zákonů č. 104/1991, článek 24).

Kojení je i součástí našeho Národního programu podpory zdraví a součástí preventivních programů pro 21. století.

Baby friendly hospital

Motto: "Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě mají pak právo na odpovídající péči před i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení." (Sbírka zákonů č. 104/1991, článek 24.1., 24.2)

I když se odborníci shodují v názoru, že kojení je nejvhodnějším způsobem výživy dítěte, řada nemocnic v ČR stále uplatňuje staré rutinní postupy a praktiky, které kojení brání.

Již v roce 1989 vzniklo společné prohlášení Světové zdravotnické organizace a UNICEF. Jeho záměrem bylo upozornit na významnou roli, kterou hrají zdravotníci při podpoře kojení. Hlavní zásady byly shrnuty do 10 kroků k úspěšnému kojení, které by se měly v porodnicích dodržovat. Celá iniciativa je označována jako Baby Friendly Hospital Initiative a nemocnice, které dodržují těchto 10 kroků k úspěšnému kojení jsou Baby friendly hospital (BFH, nemocnice přátelské dětem).

Deset kroků k podpoře kojení

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je rutinně předávána všem členům zdravotnického týmu
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie
3. informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí
6. nepodávat novorozencům žádnou jinou potravu ani nápoje kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů
7. praktikovat rooming-in - umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte (nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu)
9. nedávat kojeným novorozencům žádné náhražky, šidítka, dudlíky apod.
10. povzbuzovat zakládání skupin dobrovolných matek pro podporu kojení (breast-feeding support groups) a upozorňovat na ně matky při propouštění z porodnice

Situace BFH v České republice

V ČR se tato iniciativa uskutečňuje již od roku 1992. Ze 124 porodnic v ČR je pouze 65 nemocnic BFH. První BFH nemocnicí v ČR je Fakultní Thomayerova nemocnice, novorozenecké oddělení, které koordinuje ve spolupráci s Českým výborem pro UNICEF tuto iniciativu (školí zdravotnický personál v technice kojení, hodnotí nemocnice).

Proč je v ČR tak málo nemocnic dodržujících 10 kroků?

Někteří zdravotníci nepochopili význam těchto kroků a často mají nedostatečné znalosti o kojení a malou zkušenost. Často pohlížejí na kojení jako na zastaralou a samozřejmou záležitost, která nevyžaduje péči a podporu. Staré praktiky a rutinní péče (paušální dokrmování, omezování kojení, používání lahví, dudlíků, neznalost techniky kojení) rozvoji kojení brání a jsou příčinou neúspěchu při kojení. Zřídka jsou v úvahu brány důsledky takových postupů. Protože kojení není samozřejmost, musí se matka technice kojení naučit pod dohledem zkušených zdravotníků, kteří umí správnou techniku kojení a také odhalit a odstranit problémy vzniklé při kojení.

Jaká je situace v praxi

- 90 % žen v ČR chce kojit své dítě
- jen část žen prochází předporodní přípravou
- většina matek považuje informace o kojení získané v prenatální poradně za nedostatečné
- některé matky již z porodnice volají na Horkou linku na kojení a dožadují se pomoci a podivují se, že dané zařízení nedodrжуje 10 kroků k úspěšnému kojení
- v některých porodnicích jsou děti paušálně dokrmovány atd.

Cílem aktivit na podporu kojení není, aby všechny nemocnice byly BFH, jde o to, aby všichni zdravotníci, kterých se týká péče o matku a dítě si uvědomili, zda jejich služby směřují k podpoře a ochraně kojení. Pro úspěch kojení má rozhodující vliv realizování režimových opatření obsažených v 10 krocích a správná technika kojení.

Doporučení pro prenatální péči (Metodické doporučení pro ČR)

- Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a technice kojení,
- vytypovat faktory, které působí pozitivně nebo negativně na rozhodnutí budoucí matky kojit své dítě,
- věnovat pozornost prvorodičkám a ženám s předchozí špatnou zkušeností s kojením,
- vyšetřit prsy (příprava vpáčených bradavek na kojení pomocí formovačů bradavek),
- odstranit doposud překonané způsoby péče o prsy (otužování bradavek, kartáčování, povytahování, dezinfekce atd.),
- informovat o výživě těhotné a kojící ženy a medikaci během porodu.

Doporučení pro porodnice a novorozenecká oddělení (Metodické doporučení pro ČR)

- Sjednotit péči na všech úsecích péče o novorozence zavedením [10 kroků k úspěšnému kojení](#).
- umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu, kdy sekrece prolaktinu a oxytocinu a chuť dítěte sát je největší,
- kojít bez omezování délky a frekvence, nikoliv podle předem stanoveného časového harmonogramu,
- dokrmovat jen v lékařsky indikovaných případech alternativním způsobem (lžičkou, šálkem, po sondě, po prstu) ne lahví,
- nepoužívat žádné náhražky, dudlíky a láhve, které interferují s kojením, kazí techniku kojení,
- praktikovat rooming-in po celých 24 hodin,
- podporovat správnou techniku kojení,
- naučit matku jak udržet laktaci, když je oddělena od svého dítěte,
- umět řešit problémy s prsy (bolestivé nalití, ragády)
- odstříkávání mateřského mléka v případě problémů správnou technikou,
- podporovat kojení ve speciálních situacích (vícečetné porody, porod císařským řezem, novorozenci s nízkou porodní hmotností, s rozštěpem rtu nebo patra, nemocná matka...),
- nabídnout matkám pomoc při kojení po propuštění z porodnice (horká linka),
- nedovolit propagaci volných výrobků umělé kojenecké výživy, dudlíků a kojeneckých lahví, respektovat doporučení daná Mezinárodním kodexem marketingu náhrad mateřského mléka.

Doporučení pro praktické lékaře pro děti a dorost (Metodické doporučení pro ČR)

- Praktický lékař pro děti a dorost by měl znát zásady správné techniky kojení, umět řešit problémy při kojení a kojení podporovat. Výlučné kojení do 6. měsíce věku a v kojení pokračovat s postupně převládajícím příkrmem až do 2 let věku dítěte a déle by se mělo stát normou a právem každého dítěte.
- podporovat kojení bez omezování délky a frekvence,
- zpočátku dítě pije velmi často (12 - 15x za den), zhruba po šesti týdnech se v kojení dostaví určitá pravidelnost,
- platí zásada - kojít tak často a tak dlouho, jak si dítě žádá,

- nejčastější příčinou odstavení dítěte je nedostatečná sebedůvěra matky, obavy z nedostatku mléka a předčasné zavedení umělé výživy,
- aby dítě vypilo dostatek zadního tučného mléka, doporučuje se po propuštění z porodnice kojit v průběhu jednoho kojení jen z jednoho prsu, dítě si samo určí, zda to bude jeden či prsy dva,
- po kojení není nutné pravidelně odstříkávat, jen v případě přebytku mléka v prsou je odstříkávání dočasně na místě,
- odstříkání mléka musí být prováděno správnou technikou, kterou by matka měla znát již z porodnice, dává se přednost odstříkávání rukou před odsávačkou,
- znalosti o váhové křivce a růstových spurtech kojeného dítěte (kolem 3. a 6. týdne a 3. a 6. měsíce dítě rychleji roste, což se projeví spíše na jeho délce než váze),
- váhová křivka kojeného dítěte nemusí mít trvale stoupající trend a váhový přírůstek není jediným ukazatelem prospívání dítěte, není také dobré srovnávat váhu nebo váhové přírůstky dětí mezi sebou, protože se liší,
- kojené dítě dosahuje někdy porodní váhy až ve 3 týdnech, ne do 8. dne, jak se traduje,
- dobře kojené dítě má 6–8 pomočených plen, první čtyři týdny 2-4 stolice denně s pozdější možnou několikadenní absencí,
- méně pomočených plen, hnědá páchnoucí stolice s hlenem spolu s plochou váhovou křivkou a neklidem dítěte svědčí pro nedostatek mléka,
- tak často tradovaná zelená stolice sama o sobě není známkou nedostatku mléka,
- nesprávným a zbytečným postupem při řešení nedostatku mléka je podání umělé výživy jako prvního opatření,
- bezpečným způsobem jak tvorbu mléka opět zvýšit je častější přikládání k oběma prsům v průběhu jednoho kojení a zvláště časté kojení v noci, kdy sekrece hormonu prolaktinu je největší,
- nesledovat jen váhové přírůstky, ale i růst dítěte,
- řídit se růstovými [percentilovými grafy](#) (hmotnostně-výškový a délkový),
- odstranit staré praktiky nepříznivě zasahující do kojení (časové omezení délky kojení, časně zavádění příkrmu, formule, kontrolní kojení, odstříkávání když to není nutné, dezinfekce bradavek),
- umět řešit problémy vzniklé při kojení (problémy s množstvím mléka, problémy s prsy...),

- kojící žena by měla dodržovat zásady správné výživy, není nutné zvyšovat kalorickou potřebu ani množství tekutin,
- ženy alergičky by měly dítě kojit co nejdéle s pozdějším zaváděním příkrmu,
- matka může kojit i v případě horečnatého onemocnění, kojení v průběhu onemocnění představuje naopak pro dítě významný zdroj vznikajících protilátek,
- existuje jen malá skupina léků, která je při kojení kontraindikována, běžná antibiotika, léky proti bolesti, teplotě dítě neohrozí,
- kojící žena by neměla kouřit a pít alkohol, pokud se cigarety nedovede vzdát, měla by kouřit do 5 cigaret za den a vždy až po kojení,
- kojení v průběhu dalšího těhotenství nepoškozuje matku, dítě ani plod.

Banky mateřského mléka

Mateřské mléko je jedinou fyziologickou potravou novorozence a kojence. Jestliže dítě nemůže být z jakýchkoliv důvodů kojeno, měla by mu být poskytnuta plnohodnotná náhrada. K tomuto účelu začaly ve světě při nemocnicích vznikat banky mateřského mléka. První, kdo formuloval myšlenku o konzervaci mateřského mléka byl pražský pediatr Epstein. Bylo to v roce 1907 a za 2 roky na to vznikla banka lidského mléka ve Vídni. V současné době je v České republice pět bank mateřského mléka, většinou při perinatologických centrech (Hradec Králové, Most, České Budějovice, Česká Lípa, Praha-ÚPMD).

Od roku 1987 je v ČR zakázáno dle doporučení WHO kojit dítě cizí matkou či krmit dítě cizím neošetřeným mateřským mlékem, vzhledem k možnému přenosu HIV. V takových případech je nutné cizí mateřské mléko před podáním pasterizovat.

Organizace dárcovství

Nemocnice, ve které se nachází banka mateřského mléka musí mít vypracovanou strategii pro manipulaci a skladování mléka a zdravotnický personál musí být pravidelně školen v této problematice. Tato strategie musí být každým rokem revidována a podepsána zdravotníkem pověřeným vedením mléčné banky a epidemiologem nemocnice.

Dárkyně mateřského mléka se získávají na porodnicích nebo ve spolupráci s praktickými lékaři pro děti a dorost. Dárkyně musí být zdravé (potvrzení od

obvodního či závodního lékaře) a vyšetřené na HIV, HBsAg, RRR, AST, ALT, výtěry - krk, stolice, vyšetření moče.

Důvody pro použití mléka z banky

Současná věda považuje jednoznačně přirozenou výživu mateřským mlékem za nejlepší a má přednost před použitím náhražek i v případech, že dítě musí být z lékařské indikace na novorozeneckých oddělení dokrmeno. Novorozenci v takových případech by neměli být dokrmováni čajem, glukózou, převařenou vodou či Fantomaltem nebo náhražkami mateřského mléka, byť adaptovaného. V posledních letech se také změnil názor na otázku výživy patologických novorozenců včetně extrémně nedonošených. S enterální výživou se u nich začíná co nejdříve, již za několik hodin po narození se snahou co nejrychleji přejít z parenterální výživy na plnou enterální výživu. Časně enterální krmení přispívá ke vzniku optimální střevní flóry, růstové faktory mateřského mléka usnadňují adaptaci zažívacího traktu (stimulace střevní motility, zvýšená sekrece regulačních hormonů).

Čím je dítě nedonošenější, tím důležitější je použití nativního mateřského mléka vlastní matky.

Příjem kravského mléka v novorozeneckém a časném kojeneckém věku může být spojen s pozitivní autoimunitou proti beta-buňkám pankreatu a tím se zvýšeným výskytem diabetes mellitus (IDDM). Proto vyloučení kravského mléka může hrát roli v prevenci IDDM.

Mléčné přípravky kojenecké výživy obsahují cizorodou bílkovinu, která má v nativní formě vysokou alergizující schopnost. Bílkoviny kravského mléka patří k největším alergenům v kojenecké potravě. Kromě toho kojení chrání dítě před řadou nemocí nejen v raném, ale i v pozdějším věku, zvláště před aterosklerózou, vysokým krevním tlakem, diabetem, osteoporózou.

Využití mateřského mléka z banky

Nutriční indikace jsou nedonošené děti – k zahájení enterálního krmení, neprospívání, bronchopulmonální dysplazie, intolerance stravy, pooperační stavy, syndrom krátkého střeva, renální selhání, popáleniny, vrozené poruchy metabolismu.

Terapeutické indikace jsou infekce (průjmy, sepse), pooperační stavy (omfalokéla, gastroschiza, po kolonostomiích, atrézie, stenóza střeva) imunodeficitní stavy, vrozené poruchy metabolismu, orgánové transplantace, neinfekční intestinální onemocnění (sy. dráždivého tračníku, ulcerózní kolitidy).

Preventivní indikace jsou nekrotizující enterokolitida - Crohnova nemoc, kolitidy, alergie na bílkovinu kravského mléka a sóji, během imunosupresivní terapie.

Můžeme konstatovat, že banky mateřského mléka hrají důležitou roli ve výživě novorozence a kojence z hlediska nutričního, terapeutického i preventivního. Používání mléka z banky hraje důležitou roli v redukci mortality a morbidity u kriticky nemocných a nedonošených dětí, což dokazuje řada publikovaných prací a vyplývá ze zkušenosti světových bank mateřského mléka (Kanada, USA, Anglie, Francie, Austrálie, SRN...). Získávání a zpracovávání mateřského mléka je finančně i fyzicky velmi náročná práce, která si zasluhuje uznání a úctu celé společnosti, což se bohužel neděje. Pojišťovny by měly být rutinně hrazeny nezbytné služby a úkony spojené se sběrem a zpracováním mateřského mléka, včetně odsávaček a času, který věnují zdravotníci při dohledu na kojení a řešení problémů při kojení.

Banky mateřského mléka a podpora dárcovství by se měly stát také součástí Národního programu podpory zdraví. Dárcovství mateřského mléka by mělo být chápáno celou společností jako doklad vysokého lidského a mateřského porozumění.

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka byl přijat valným shromážděním SZO v roce 1981 jako doporučení vládám členských zemí. Cílem kodexu bylo přispět k zajištění adekvátní a bezpečné výživy pro kojence prostřednictvím ochrany kojení před nevhodným marketingem náhrad mateřského mléka, lahví a dudlíků a zajištěním správného používání náhrad mateřského mléka, pokud jsou nezbytné, na základě správné informovanosti a prostřednictvím vhodného marketingu. Náhradou mateřského mléka se rozumí jakákoliv kojenecká mléčná výživa a nemléčná kojenecká výživa určená k použití v prvních 6 měsících věku dítěte, kdy je jako optimální strava doporučováno pouze mateřské mléko.

Mezinárodní kodex marketingu náhrad mateřského mléka byl přijat 21. května 1981. Kodex nebyl doposud plně přijat všemi vládami prostřednictvím legislativy, regulačních nebo jiných vhodných opatření.

Důsledkem toho je skutečnost, že kojení není doposud chráněno, jak by mělo být. Výrobci a distributoři stále v některých zemích nabízejí své výrobky prostřednictvím přímého kontaktu s matkami, v jiných se zase vrací ke staré praxi poskytování volných vzorků a dodávek kojeneckých mlék do porodnic. Využívají všechny formy propagace v různých médiích a vyvíjejí nové marketingové techniky jako jsou internetové kluby za účelem propagace svých výrobků. Tyto systematické nedostatky v dodržování kodexu byly potvrzeny nezávislými výzkumy provedenými v různých zemích a publikovanými v prominentních lékařských časopisech.

Laktační liga a podpora kojení

Laktační liga je nezávislá a nevýdělečná organizace a zaměřuje se zejména na:

- konzultační a poradenskou činnost pro kojící ženy a zdravotníky
- školení laktačních poradců z řad zdravotníků a matek
- provoz Laktačního centra s Národní linkou kojení
- školicí akce zaměřené na výživu a péči o novorozence a kojence
- vydávání letáků, brožur a jiných zdravotně výchovných příruček
- propagace Světového týdne kojení (1.8 - 7.8)
- ve spolupráci s UNICEF podpora Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) v ČR
- dodržování mezinárodního kodexu marketingu náhrad mateřského mléka vydávání časopisu MAMITA (časopis pro rodiče a zdravotníky)
- provozování webových stránek www.kojeni.cz a www.mamita.cz
- činnost dokumentačního centra

Závěry z dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření probíhalo na porodnických odděleních a celkem bylo dotázáno 788 žen. Dotazníky s ženami vyplnily studentky oboru Porodní asistentka Vysoké školy Polytechnické Jihlava.

- Výlučně po dobu 6 měsíců a déle kojilo 66,41 % žen.
- Průměrná délka kojení byla 7,92 měsíců.

- Ženy se základním vzděláním kojily v průměru 4,74 měsíců (tzn. nedostatečně dlouho)
 - Ženy, které absolvovaly střední odborné učiliště, kojily v průměru 7,93 měsíců (dostatečně dlouhá doba kojení)
 - Ženy, které absolvovaly střední odbornou školu, kojily v průměru 8,92 měsíců (dostatečně dlouhá doba kojení)
 - Ženy, které absolvovaly vysokou školu, kojily v průměru 10,92 měsíců (dostatečně dlouhá doba kojení)
- Nejčastější důvody pro ukončení kojení byly: málo mléka (dítě nepřibývalo na váze), ragády, onemocnění prsou, onemocnění dítěte, akutní onemocnění matky, rozhodnutí matky.
 - 91% žen chtělo primárně kojit.
 - Na porodním sále bylo miminko přiloženo k prsu u 71 % žen.
 - 68,6 % žen odešlo z porodnice plně kojících
 - 72 % žen je informováno o tom, že existují laktační poradci, horké linky
 - 79 % žen bylo spokojeno s podporou kojení v porodnicích

Závěr

Mateřské mléko je nejpřirozenější a nejhodnotnější výživa pro novorozence a kojence a nelze je v plném rozsahu ničím jiným nahradit. Většina žen je schopna úspěšně kojit. Důležité je, aby nastávající maminky přicházely do porodnice rozhodnuté své děti kojit, jak tomu také většinou je. Je však stejně důležité, aby věřily ve správnost svého rozhodnutí a nevzdávaly se při prvních obtížích, které se mohou zpočátku vyskytnout. K tomu, aby se jim to dařilo, potřebují mnohé ženy povzbuzení a odbornou pomoc, a to právem čekávají především od zdravotníků. Dosavadní zkušenosti však bohužel ukazují, že někteří zdravotníci nejen že nemají vlastní pozitivní zkušenosti a praktické dovednosti, ale chybí jim i teoretické znalosti.

Literatura

- [1] Chvílová Weberová, M.: Kojení je hledání cesty k sobě navzájem. Nedoklubko, 2009
- [2] Kudlová E, Mydlilová A.: Výživové poradenství u dětí do dvou let, Grada, 2005
- [3] Mydlilová A.: Standartní praktické pokyny pro kojení v ČR, vydáno v rámci Národního programu zdraví MZ ČR, Projekty podpory zdraví, 2006, č. 9265
- [4] Roztočil a kol. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2

Kontaktní údaje

Mgr. Vlasta Dvořáková
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
e-mail: dvorakvl@vspj.cz
tel.: +420 605 527 140

Ošetřovatelská péče o šestinedělku, alternativní metody v porodnictví

Věra Erbenová, Markéta Moravcová

Abstrakt

Inovace studijního předmětu "Ošetřovatelská péče o šestinedělku, alternativní metody v porodnictví" byla vytvořena tak, aby navazovala na probranou látku v předmětu "Porodnictví", dále pak "Psychologie" a "Komunikace". Alternativní metody v porodnictví jsou zvláštní kombinací moderního a v neposlední řadě i módního porodnictví. Jsou nutné pro komplexní pohled na současné porodnictví. Základním cílem inovace studijního předmětu bylo umožnit studentům se seznámit s celostní péčí o ženu v průběhu těhotenství, porodu a s péčí o ženu a novorozence po porodu.

Klíčová slova

Ošetřovatelská péče; Porodnictví; Porodní asistentka; Alternativní metody v porodnictví

Úvod

Výuku studijního předmětu: Ošetřovatelská péče o šestinedělku, alternativní metody v porodnictví na naší Fakultě zdravotnických studií, Univerzity Pardubice řeší projekt, který byl podán jako grant v rámci FRVŠ v roce 2010. Byl vytvořen jako inovace výukového předmětu, který navazuje na stávající výuku v porodnictví, komunikaci a psychologii.

Cíle a postupy řešení

Cílem řešení bylo vytvořit inovovaný studijní předmět, který plynule navazuje na probranou látku v předmětech porodnictví, komunikace, psychologie. Cílovou skupinou projektu jsou stávající i budoucí studenti Fakulty zdravotnických studií. Dopad projektu se týká zkvalitnění výuky studentů, získání nových poznatků, propojení teorie a praxe. Projekt umožňuje též dokonalejší přípravu studentů pro praktickou výuku a následné povolání porodní asistentky. V první polovině roku jsme se zaměřily na přípravu odborné učebny a zajistily nezbytné pomůcky k výuce alternativních metod vedení porodu. Mimo jiné byly zakoupeny

pomůcky jako: sedací vaky, molitanové matrace - žíněnky, gymbally, šátky na nošení novorozenců a kojenců, příslušná literatura a CD a DVD nosiče s příslušnou tematikou. Vyučující inovovaného předmětu absolvovala 2x víkendový kurz aromaterapie spojený s masážími. Pro studenty proběhl 2x seminář na téma aromaterapie a relaxace, kterého se účastnily 2. a 3. ročníky studijního oboru Porodní asistence. Objednány a dokoupeny byly též pomůcky pro aromaterapii a pro základní masáže pro těhotné ženy, rodičky a ženy po porodu. Současně probíhalo vytvořena database studijních textů a nástěnných obrázků, vztahujících se k vedení alternativních porodů pro studenty.

Výsledky a výstupy řešení

Studenti se po absolvování tohoto předmětu budou orientovat v celostní péči o ženu v průběhu těhotenství, porodu a péči o ženu a novorozence po porodu. V rámci předmětu se seznámí s pomůckami a studijní literaturou, získají v rámci cvičení I další přehled v dané problematice. Porodní asistentka, která umí zvýšit pocit připravenosti a odpovědnosti rodičky, bude mít přehled o nefarmakologických metodách vedení šetrného porodu a veškeré znalosti použije ve své další profesi s tím, že je bude nadále rozvíjet.

Závěr

Přínos projektu spatřujeme v tom, že studenti po absolvování výuky najdou v praxi daleko větší uplatnění, získají přehled v dané problematice. Znalosti a dovednosti získané v rámci tohoto studijního předmětu mohou rozvíjet nadále v další praxi a též to přispěje ke kvalitnější ošetrovatelské péči o ženu v době těhotenství, porodu i šestinedělí.

Na základě zpětných vazeb od studentů, které získáme a teprve budeme mít k dispozici po skončení výuky inovovaného předmětu v letním semestru ak. roku 2010 - 2011, budeme projekt nadále rozpracovávat a zdokonalovat.

Literatura

- [1] ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
- [2] FORSSTROMOVÁ, A., HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu* .1. vyd. Brno : BARRISTER a PRINCIPAL, 1996. ISBN 80-85947-11-0

- [3] LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
- [4] PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha : Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.
- [5] Roztočil, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
- [6] ZRUBECKÁ A., AŠENBRENEROVÁ I. *Aromaterapie v životě ženy*. 1. vydání. Praha : Mladá fronta , 2008. ISBN 978-80-204-1938-5

Kontaktní údaje

Mgr. Věra Erbenová
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: vera.erbenova@upce.cz

Mgr. Markéta Moravcová
Fakulta zdravotnických studií
Průmyslová 395
532 10 Pardubice
e-mail: marketa.moravcova@upce.cz

Řízení bezpečnosti informací v nemocnici

Jozef Filka

Abstrakt

Článek objasňuje proces řízení bezpečnosti informací a popisuje hlavní důvody pro jeho zavedení v nemocnici dle normy ISO/IEC 27001.

Klíčová slova

Řízení bezpečnosti informací, ISMS, ISO/IEC 27001, nemocnice.

Úvod

V dnešní době se žádná organizace nemůže obejít bez řízení bezpečnosti informací. Bezpečnost se stala nedílnou součástí každodenního řízení a vnitřní kultury organizace. Zatímco ochrana a bezpečnost osobních informací je důležitá pro všechny jednotlivce, společnosti, instituce a vlády, v sektoru zdravotnictví musí být splněny zvláštní požadavky, aby tak byla zajištěna důvěrnost, integrita a dostupnost osobních a citlivých zdravotnických informací. Potřeba efektivního managementu bezpečnosti informací ve zdravotnictví naléhavě stoupá s rostoucím počtem bezdrátových a internetových technologií v poskytování zdravotní péče.

Nemocnice jsou poskytovatelem zdravotní péče ve vymezeném regionu. Kromě profesionality a špičkových znalostí zdravotního personálu, zázemí kvalitního přístrojového vybavení, stimulačního prostředí pro pacienty a dalších náležitostí je pro jejich úspěšnou působnost též nezbytné vytvoření vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem a s tím spojená jistota pacienta, že jeho osobní a citlivé údaje jsou náležitě chráněny v souladu s legislativními předpisy. Také další informace, s nimiž nemocnice musí pracovat, musí být chráněny a zůstat věrohodnými po dobu stanovenou v příslušných zákonech nebo ve smlouvách uzavřených s jinými právními subjekty.

Specifikum zdravotnických informací

Zdravotnické informace jsou považovány za nejdůvěrnější ze všech druhů osobních informací, protože obsahují i tzv. **citlivé údaje**, tj. údaje o zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů, genetický údaj subjektu údajů,

diagnózy, citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů. Ochrana této důvěrnosti je nezbytná, pokud má být zajištěno soukromí subjektů zdravotní péče. Integrita zdravotnických informací musí být chráněna, aby tak bylo zajištěno bezpečí pacientů. Dostupnost zdravotnických informací je také rozhodující z hlediska efektivity výkonu zdravotní péče. Systémy zdravotnické informatiky musí splňovat zvláštní požadavky, aby byly akceschopné při přírodních katastrofách, systémových selháních a při útocích typu odmítnutí služby. Ochrana důvěrnosti, integrity a dostupnosti zdravotnických informací tudíž vyžaduje odbornou způsobilost v oblasti rezortu zdravotnictví.

Převážná část informací, které nemocnice vytváří, zpracovává, uchovává, doplňuje, skartuje apod., tak obsahuje citlivé údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, a proto nemocnice musí zajistit všechny náležitosti, které tento zákon, zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění a další relevantní právní předpisy k ochraně informací vyžadují.

Management bezpečnosti informací ve zdravotnictví

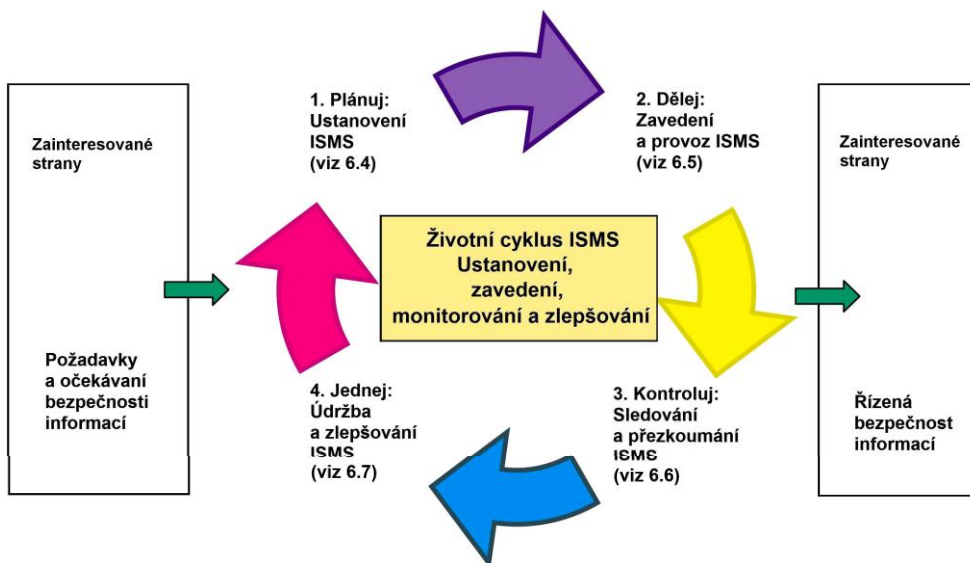
Pokyny, jak nejlépe zajistit důvěrnost, integritu a dostupnost zdravotnických informací, poskytuje zdravotnickým a jiným organizacím mezinárodní norma **ISO/IEC 27001**. Tato mezinárodní norma specifikuje požadavky na ustavení, zavedení, provozování, monitorování, přezkoumání, udržování a zlepšování systému managementu bezpečnosti informací (Information Security Management System nebo ISMS) v kontextu celkových rizik činností organizace. Základem systému řízení bezpečnosti informací je důsledné dodržování pravidel normy ISO/IEC 27001, která prosazuje přijetí procesního přístupu pro ustavení, zavádění, provozování, monitorování, udržování a zlepšování ISMS v organizaci. Na všechny procesy v rámci ISMS může být aplikován model známý jako „Plánuj-Dělej-Kontroluj-Jednej“ (Plan-Do-Check-Act nebo PDCA) viz obr. 1. ISMS je navržen tak, aby zajistil odpovídající a přiměřená bezpečnostní opatření chránící informační aktiva a poskytující odpovídající jistotu zainteresovaným stranám.

Tato norma se vztahuje na zdravotnické informace ve všech aspektech, bez ohledu na jejich formu (slovní a číselnou, zvukové nahrávky, kresby, video a lékařské snímky), na prostředky k jejich ukládání (tisk, zápis na papíře nebo elektronické uložení) a na prostředky využívané k jejich přenosu (ručně, faxem,

přes počítačové sítě či poštou), protože tyto údaje musí být vždy náležitě chráněny.

Za **aktivum** se považuje cokoliv, co má pro organizaci nějakou hodnotu. Aktiva z pohledu bezpečnosti zdravotnických informací zahrnují:

- a) lékařské a ošetrovatelské informace (dokumentace, personál),
- b) služby IT,
- c) hardware a software,
- d) komunikační zařízení,
- e) média (nosiče dat),
- f) IT zařízení,
- g) lékařská zařízení, která zaznamenávají nebo poskytují data.

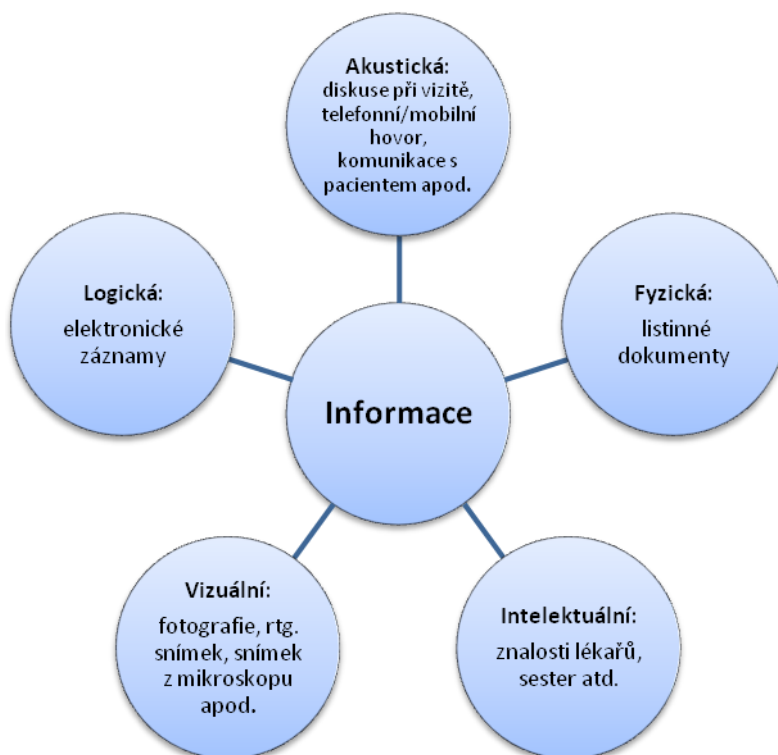


Obr. 1. Model PDCA pro řízení bezpečnosti informací

Informační aktiva, s nimiž musí nemocnice při svých aktivitách nakládat, mohou mít různé formy, viz obr. 2. S přihlédnutím k platné legislativě musí ISMS v nemocnici zahrnovat všechna informační aktiva, jež jsou nutná k zajištění jejich podnikatelských aktivit, a to ve všech formách, v nichž se při zajišťování potřebných činností vyskytují.

Informace jsou tedy velmi významná aktiva každé nemocnice. Jejich ochrana včetně zajištění infrastruktury počítačových a komunikačních technologií na potřebné úrovni je pro působení nemocnice vzhledem k závazným legislativním požadavkům a důrazu na jejich dodržování klíčová. Přijetí všestranných a účinných opatření k zajištění bezpečnosti informací je nejzákladnějším předpokladem pro sdílení informací, které je nutnou podmínkou pro týmovou práci při zajišťování nepřetržitého provozu na většině lůžkových oddělení zdravotních úseků nemocnice a při zajišťování lékařských pohotovostí v některých oborech. Řízené sdílení informací a jejich operativní předávání, zpracovávání, vyhodnocování atp. umožňují především informačně komunikační technologie.

Rozsah úrovně ochrany důvěrnosti, integrity a dostupnosti závisí na povaze informací, jejich použití a rizicích, kterým jsou informace vystaveny. Posouzení rizik umožňuje správně určit intenzitu ochrany důvěrnosti, integrity a dostupnosti. Výsledky pravidelného posuzování rizik musí odpovídat prioritám a zdrojům organizace, která ho provádí.



Obr. 2. Typy informací, jejichž důvěrnost, integritu a dostupnost je třeba chránit

Hrozby a zranitelnosti bezpečnosti zdravotnických informací

Zdravotnické organizace fungují tak, že přítomnost široké veřejnosti nikdy nemůže být zcela vyloučena. Ve velkých zdravotnických organizacích je značný objem lidí, pohybujících se provozními prostory. Tyto faktory zvyšují zranitelnost systémů vůči fyzickým hrozbám. Pravděpodobnost výskytu takové hrozby se může zvýšit přítomností citově založených nebo duševně nemocných subjektů péče nebo jejich příbuzných obdobně postižených.

Mnoho zdravotnických organizací je chronicky podfinancováno a jejich zaměstnanci někdy pracují pod značným stresem. To může často vést ke zvýšené chybovosti, zahrnující výkon nesprávných procedur. Dalšími důsledky nedostatku zdrojů je příliš neuvážené navrhování, zavádění a provozování systémů, stejně jako udržování v chodu systémů, které by již dávno měly být vyřazeny. Tyto faktory mohou zvyšovat potenciál určitých typů hrozeb a mohou umocnit zranitelnosti. Na druhou stranu, klinická péče je proces plný odborných, technických, administrativních, pomocných a dobrovolných zaměstnanců, z nichž mnozí chápou svou práci jako poslání. Jejich obětavost a rozsah zkušeností často mohou účinně snížit míru zranitelnosti. Vysoká úroveň kvalifikované přípravy odborných zdravotnických pracovníků staví zdravotnictví do jiné pozice než mnoho jiných průmyslových odvětví při snižování výskytu vnitřních hrozeb.

Informační aktiva jsou vystavena působení mnoha potenciálních hrozeb, jako jsou stále sofistikovanější počítačové viry, hacking, zlovolné nebo kriminální jednání, chyby zaměstnanců, selhání provozních a podpůrných systémů, havárie či katastrofy aj. Potenciál řady rizik zvyšují technické nedostatky operačních systémů, databází a aplikací. Uplatní-li se tyto hrozby, může dojít k nedostupnosti dat po kratší či delší dobu, v horším případě k jejich zničení, úniku, nebo poškození, a tím ke krátkodobějšímu či dlouhodobějšímu možnému omezení kapacity a širě poskytované léčebné péče, k finanční ztrátě, k poškození dobrého jména nemocnice aj. Pro systém klinického řízení je proto efektivní management rizik bezpečnosti informací stejně důležitý, jako plány léčebné péče, strategie prevence nozokomiálních nákaz a jiné závažné otázky klinického řízení.

Kromě zajištění vysoké kvality poskytované péče a snahy o získání akreditace je tedy řízení bezpečnosti informací neméně důležitým úkolem managementu každé nemocnice.

Cíle bezpečnosti zdravotnických informací

Zastřešujícím cílem ISMS je zachování důvěrnosti, dostupnosti a integrity informací. Existují ještě další skutečnosti, které utváří cíle bezpečnosti zdravotnických informací. Mezi ně patří:

- a) dodržování legislativních závazků, uvedených v platných zákonech a předpisech na ochranu dat, které zajišťují ochranu práva na soukromí subjektu péče;
- b) zachování ustanovených osvědčených postupů na soukromí a bezpečnost ve zdravotnické informatice;
- c) udržování individuální a organizační odpovědnosti mezi zdravotnickými organizacemi a odbornými zdravotnickými pracovníky;
- d) podpora zavádění systematického managementu rizik v rámci zdravotnických organizací;
- e) plnění bezpečnostních potřeb, zjištěných v běžné zdravotnické praxi;
- f) snižování provozních nákladů větším využíváním technologií bezpečným a dobře řízeným způsobem, který podporuje – ale neomezuje – stávající zdravotnické aktivity;
- g) udržování důvěry veřejnosti ve zdravotnické organizace a informační systémy, na které tyto organizace spoléhají;
- h) udržování profesionálních standardů a etických zásad stanovených odbornými lékařskými sdruženími (vzhledem k tomu, že bezpečnost informací zachovává důvěrnost a integritu zdravotnických informací);
- i) provozování elektronických zdravotně-informačních systémů v prostředí vhodně zabezpečeném proti hrozbám;
- j) usnadnění interoperability mezi zdravotnickými systémy, protože zdravotnické informace rostoucí měrou proudí mezi organizacemi a přes hranice soudní působnosti (zvláště když taková interoperabilita zdokonaluje správné zacházení se zdravotnickými informacemi k zajištění jejich stálé důvěrnosti, integrity a dostupnosti).

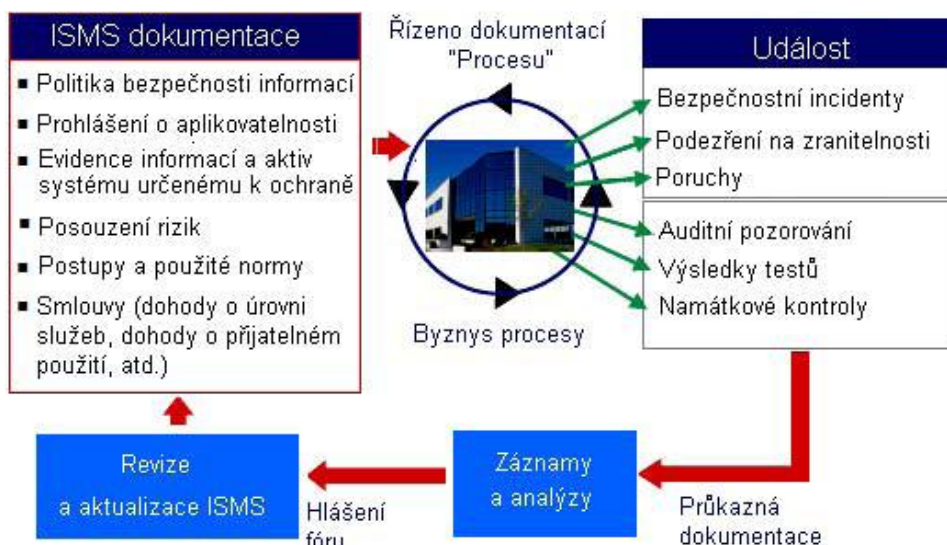
Zavedení ISMS dle normy ISO/IEC 27001

Podpora vedení

Je nezbytné, aby zdravotnická organizace měla před pokusem o dosažení shody s ISO/IEC 27001 podporu vedení. Aktivní zapojení a podpora ze strany vedení jsou pro úspěch **zásadní**. Toto zapojení by mělo zahrnovat písemná i verbální prohlášení o odpovědnosti vůči významu bezpečnosti zdravotních informací a uznání jeho výhod.

ISO/IEC 27001 představuje pojetí tzv. "Systému řízení bezpečnosti informací (ISMS)" a popisuje potřebu detailního rámce opatření, kde je snaha splnit bezpečnostní požadavky plynoucí z posouzení rizik. Hodnocení rizik s sebou nese potenciál pro odhalování závažných rizik, která postupně vyžadují značné změny stávajících procesů, aby se taková rizika zmírnila. Musí být jasně dána najevo osobní ochota managementu podrobit sebe i organizaci změnám v procesech a být průkopníky takových změn.

Systém řízení bezpečnosti informací je znázorněn na obr. 3.



Obr. 3. Systém řízení bezpečnosti informací

Ustanovení, provoz, údržba a zlepšování ISMS

Norma ISO/IEC 27001 poskytuje návod na ustavení a provoz ISMS. To vyžaduje provádění cyklu aktivit, zobrazených v obrázku 1.

Na počátku zavádění systému je potřeba identifikovat a ohodnotit aktiva nemocnice, ohodnotit hrozby a zranitelnosti. Na základě provedení této analýzy je potřeba vybrat příslušná ochranná opatření, které by snížili riziko na co nejnižší možnou míru.

Sada dokumentů ISMS

Základní dokumenty požadované normou jsou:

- a) politika bezpečnosti informací v organizaci;
- b) prohlášení o rozsahu;
- c) prohlášení o aplikovatelnosti;
- d) výčet informačních a systémových aktiv určených k ochraně;
- e) plány a hlášení posuzování rizik;
- f) dohodnuté postupy a normy;
- g) smluvní dohody (včetně dohod o úrovni poskytovaných služeb a dohod o akceptovatelném použití).

Implementace a fungování ISMS

Implementace ISMS zahrnuje několik kroků.

- a) **Vytvoření plánu ošetření rizik:** Jakmile jsou rizika díky analýze rizik identifikována, musí být prověřena a buď akceptována vyšším vedením, nebo alespoň zmírněna tam, kde je riziko nepřijatelné.
- b) **Přidělování zdrojů:** zásadní úlohou vedení je poskytovat nezbytné zdroje (lidé, systémy a finance) k zajištění bezpečnosti aktiv zdravotnických informací.
- c) **Výběr a zavedení bezpečnostních kontrol:** norma poskytuje rady a návod ke správnému výběru bezpečnostních kontrol ve zdravotnickém prostředí.
- d) **Školení a vzdělávání** všech zaměstnanců, smluvních stran, odborných zdravotnických pracovníků a dalších, kdo mají přístup k zdravotnickým informačním systémům a osobním zdravotním informacím.

- e) **Řízení činností:** kompetentní průběžná činnost ISMS je zásadním předpokladem k zachování důvěrnosti, integrity a dostupnosti zdravotnických informací a informačních systémů.
- f) **Řízení zdrojů:** efektivní bezpečnost informací může být nákladná a kompetentních lidských zdrojů je nedostatek. Stanovením priorit ISMS a řádným řízením lidí a zdrojů je možné zajistit, aby probíhající operace byly efektivní.
- g) **Řízení bezpečnostních incidentů:** aby byly minimalizovány následky bezpečnostních incidentů, je důležité incidenty správně identifikovat a podniknout kroky k nápravě. K řešení incidentů je potřeba připravit příručky o postupech (metodiky) a pravidelně je revidovat. Je zvláště důležité definovat odpovědnosti a akční kroky hned v počáteční reakci na incident, protože vývoj událostí může být rychlý a vzhledem ke kritické povaze zdravotnických informačních systémů je velmi málo času na reakci při vzniku bezpečnostních incidentů. Jasně postupy pro hlášení bezpečnostních incidentů jsou také důležité pro zachování důvěry zainteresovaných stran. Osoby odpovědné za klinické řízení a řízení organizace by měly být informovány o významných událostech a jejich následcích.
- h) **Kontroluj: sledování a přezkoumání ISMS** prováděním interních auditů prostřednictvím řádně vyškolených interních auditorů anebo auditorskou a konzultační firmou.
- i) **Certifikační audit na základě ISO/IEC 27001:** Je prováděn kompetentním a nezávislým auditorským orgánem většinou s cílem získání certifikace. Po získání certifikátu provádí certifikační orgán pravidelné dozorové audity, které probíhají nejméně v ročních intervalech. V rámci dozorových auditů se prověřuje, zda je ISMS i nadále plně funkční. Platnost certifikátu ISMS je omezena na 3 roky, a tak musí každé 3 roky proběhnout tzv. recertifikace.

Závěr

Proces zavádění ISMS samozřejmě není tak jednoduchý, jak je popsáno a často je jeho zavádění spojeno s nevůlí a odporem zaměstnanců. Implementace této normy však pomáhá nemocnicím zajistit dodržování důvěrnosti a integrity dat při jejich péči o pacienty, zachování dostupnosti

kritických zdravotnických informačních systémů a prosazovat odpovědnost za zdravotnické informace.

Literatura

- [1] ČSN ISO/IEC 27001:2005 Informační technologie – Bezpečnostní techniky – Systémy managementu bezpečnosti informací – Požadavky
- [2] ČSN ISO/IEC 27002:2005 Informační technologie – Bezpečnostní techniky – Soubor postupů pro management bezpečnosti informací
- [3] ČSN ISO/IEC 27799:2008 Zdravotnická informatika – Systémy řízení bezpečnosti informací ve zdravotnictví využívající ISO/IEC 27002
- [4] Doucek, P., Novák, L., Svatá V. Řízení bezpečnosti informací. Praha: Professional Publishing, 2008. 239 s. ISBN 978-80-86946-88-7
- [5] Národní akreditační standardy pro nemocnice, 2. vyd. Praha: SAK ČR a Tigis, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2

Kontaktní údaje

MUDr. Jozef Filka, CSc.,
Nemocnice České Budějovice, a.s.,
B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice
e-mail: filka@nemcb.cz
www.nemcb.cz

Význam edukácie v prevencii rakoviny prsníka u žien

Zuzana Garneková

Abstrakt

GARNEKOVÁ, Zuzana. Význam edukácie v prevencii rakoviny prsníka u žien. [Príspevok na medzinárodnú konferenciu Jihlavské zdravotnícke dny 2011].

Hlavnou témou práce je význam edukácie so zameraním na prevenciu rakoviny prsníka u žien. Cieľom práce bolo poukázať na význam edukácie. V práci sa realizoval prieskum. Cieľom prieskumu bolo zistiť úroveň informovanosti žien o sekundárnej prevencii rakoviny prsníka. Na zber údajov sa využila kvantitatívna metóda zberu údajov, dotazník. Analyzované údaje boli interpretované a tabuľkovo i graficky znázornené. Výsledky prieskumu prezentujú, že až 70 % dotazníkových žien disponuje nedostatočnými informáciami o prevencii rakoviny prsníka.

Záver: Z analýzy štatistických výsledkov o trvalom náraste rakoviny prsníka a analýzy údajov prieskumu vyplýva, že je potrebné zintenzívniť prevenciu a zdravotnú výchovu obyvateľstva, smerujúcu k optimálnemu životnému štýlu a kvalitnému plošnému skríningu, ktoré povedie k včasnej detekcii a nižšej úmrtnosti na karcinóm prsníka.

Kľúčová slova

Rakovina prsníka. Prevencia a skrínig rakoviny prsníka. Rizikové faktory rakoviny prsníka. Samovyšetovanie prsníkov. Edukácia.

Úvod

Karcinóm prsníka je najčastejším zhubným nádorovým ochorením žien. Svojimi dôsledkami zasahuje nielen do všetkých oblastí života ženy a jej rodiny, ale aj do celej spoločnosti. Podľa štatistických údajov incidencia a mortalita rakoviny prsníka neustále stúpa. Každý rok pribudne na Slovensku viac ako 1900 nových prípadov rakoviny prsníka. Karcinóm prsníka je ochorenie so starovekou históriou, ktoré doprevádza ľudstvo od začiatku jeho dejín. Rakovina prsníka nie je preventabilná natoľko, aby zníženie až odstránenie rizikových faktorov viedla k úplnej eliminácii vzniku rakoviny prsníka. V boji proti rakovine prsníka je

stále prioritná včasná detekcia a efektivita liečby. Včasná diagnostika karcinómu prsníka vedie k operáciám zachovávajúcim prsník. Skríning karcinómu prsníka znižuje úmrtnosť na rakovinu prsníka, predlžuje prežitie postihnutých žien, znižuje utrpenie a zlepšuje kvalitu života postihnutých žien. Aby tento trend pokračoval, je dôležité, aby ženy mali dostatok informácií o rizikách, možnostiach prevencie, edukácie a liečby. V boji proti rakovine prsníka je zapojených mnoho organizácií na úrovni európskej Donna, na úrovni medzinárodnej Liga proti rakovine a štátnej Avon.

Cieľom práce bolo:

- zistiť úroveň informovanosti žien o sekundárnej prevencii, skríningu vzniku rakoviny prsníka,
- poukázať na význam edukácie v prevencii rakoviny prsníka u žien v rôznych vekových skupinách.

Cieľ prieskumu:

Zistiť úroveň informovanosti žien o sekundárnej prevencii, skríningu rakoviny prsníka.

- 1) zmapovať úroveň informovanosti respondentiek o samovyšetovaní prsníkov a efektivitu vykonávania samovyšetovania prsníkov,
- 2) zistiť úroveň informovanosti respondentiek o rizikových faktoroch, ktoré zvyšujú nebezpečenstvo a ich podiel u respondentiek na vzniku rakoviny prsníka,
- 3) zistiť vedomosti žien o príznakoch rakoviny prsníka,
- 4) zistiť možnosti edukácie zamerané na udržanie zdravia a prevenciu rakoviny prsníka.

Metóda výberu vzorky

- Charakteristika spoločných vlastností cieľovej populácie:
 - okres, v ktorom klientky bývajú
 - ambulancia ktorú navštevujú
- Výber vzorky: systematický (zámerný)
- Algoritmus výberu: zoradenie žien číslom (1, 2) príchodu a každá 2. žena bola vybratá do základného súboru vzorky

Metóda a techniky zberu dat

- Metóda kvantitatívna: empirická – dotazník
- Spôsob administrácie: kombinovaný
- Časti dotazníka:
 - I. časť pozostáva z 36 prieskumných otázok
 - II. Časť pozostáva z 3 demografických otázok

Výsledky a diskusia

Diskusia

Pri vyhodnotení dotazníka sme dospeli k skutočnostiam, ktoré nám pomohli objasniť stanovený hlavný a čiastkové ciele a poskytli nám odpovede na formulované prieskumné otázky.

Prvou prieskumnou otázkou bolo zistiť úroveň informovanosti žien o samovyšetovaní prsníkov a efektívnosť vykonávania samovyšetovania prsníkov. Pre získanie odpovede na túto prieskumnú otázku sme použili v dotazníku otázky č. 8 až č. 15. Z analyzovaných výsledkov nášho prieskumu vyplýva, že len 25 % respondentiek pokladá samovyšetovanie prsníkov za sekundárnu prevenciu, 85 % respondentiek vie, čo je samovyšetovanie prsníkov, ale alarmujúce bolo zistenie, že až 78 % respondentiek si nevykonáva samovyšetovanie prsníkov vôbec. Technicky správne si vyšetruje prsia len 15 % respondentiek. Abrahámová (2003, s. 52) uvádza výsledky pilotného projektu mamografického skríningu o vedomostiach samovyšetovania žien v ČR, že 90 % respondentiek vie čo je samovyšetovanie, ale len 10 % respondentiek si vykonáva samovyšetovanie prsníkov pravidelne. Hodeková (2006, s. 39) uvádza, že z analyzovaných údajov vyplynulo, že 52,5 % respondentiek si vykonáva samovyšetovanie prsníkov a 47,5 % respondentiek si ho nevykonáva. Raschidi (2000; podľa Abrahámovej, 2003, s.) uvádza, že islamské ženy sa podrobili dotazníkovej akcii a zistilo sa, že 85 % žien už niekedy počulo o samovyšetovaní prsníkov, 74 % žien si samovyšetovanie nikdy nevykonávalo túto praktiku. Hodeková (2006, s. 39) uviedla, že informovanosť o spôsobe samovyšetovania stúpa v súvislosti s medializáciou problému potreby včasného diagnostikovania rakoviny prsníka. Svojím výskumom nepotvrdila, že informovanosť o samovyšetovaní prsníkov je

dostačujúca. Pri porovnaní výsledkov nášho prieskumu, projektu a výskumu sme zistili, veľmi podobné výsledky, z čoho plynie, že väčšina respondentiek si nevykonáva samovyšetovanie prsníkov, čím sa zvyšuje riziko neskorého odhalenia možnej rakoviny prsníka. Myslíme si, že tieto výsledky môžu ovplyvniť zmeny v edukačnej činnosti sestry, ktoré by mali brať viac do úvahy individualitu ženy. Domnievame sa, že nedostatočnú informovanosť o samovyšetovaní prsníkov a nesprávne vykonávanie techniky samovyšetovania, by mohlo zmierniť až eliminovať ošetrovatelstvo prostredníctvom edukačných aktivít v ambulantnej, lôžkovej forme starostlivosti, ale aj prostredníctvom spolkov, klubov a verejných knižníc.

Druhou prieskumnou otázkou sme skúmali informovanosť žien o rizikových faktoroch vzniku rakoviny prsníka a podiel rizikových faktorov u respondentiek. Pre získanie relevantných odpovedí sme použili v dotazníku otázky č. 16 až č. 28. Prieskumom sme zistili, že ženy nedisponujú informáciami o rizikových faktoroch vzniku rakoviny prsníka. Z výsledkov prieskumu sme zistili, že len 24 % respondentiek vie, čo sú rizikové faktory, len 25 % respondentiek pozná vplyv rizikových faktorov a 72 % respondentiek nepozná rizikové faktory rakoviny prsníka.

Abrahámová (2003, s. 63) uvádza výsledky v pilotnom štúdiu Fakultnej Tomayerovej nemocnice, že až 63 % respondentiek nevedelo nič o rizikových faktoroch vzniku rakoviny prsníka. Hodeková (2006, s. 38) uvádza, že z výsledkov výskumu vyplýva, že až 75 % respondentiek nad 25 rokov nevedelo vymenovať žiadne rizikové faktory rakoviny prsníka a 93 % respondentiek do 25 rokov nepozná žiadne rizikové faktory.

Myslíme si, že dôvodom zistenie takých markantných čísel je zaostávajúca osвета a vzdelávanie žien vo všetkých vekových deceniách.

Výskyt hormonálnych rizikových faktorov – vek respondentky pri prvom pôrode sme zistili, že 75 % žien rodilo vo veku od 18 – 30 rokov. Kampert (1988; podľa Abrahámovej, 2003, s. 201) uvádza, že nižší vek ženy pri prvom pôrode je dlhodobou preukázaný a všeobecne uznávaným faktorom, ktorý znižuje riziko vzniku rakoviny prsníka. Abrahámová (2003, s. 201) uvádza, že priemerný vek prvoroďčiek v ČR je 25 – 29 rokov a mierne narastajúci trend prvoroďčiek vo veku nad 33 rokov, čo zvyšuje populačné riziko karcinómu prsníka. White (1987; podľa Abrahámovej, 2003, s. 201) uviedol, že zvyšujúci sa vek prvoroďčiek je veľmi závažným faktorom, ktorý podstatne zvyšuje populačné riziko vzniku karcinómu prsníka. Z hormonálnych rizikových vplyvov ako je vek ženy pri menarche, vyplýva, že 95 % respondentiek uviedlo vek menarche

v období 12 – 18 rokov a len 2 % respondentiek uviedlo menarche vo veku 9 – 11 rokov. Abrahámová (2003, s. 50) uvádza výsledky z pilotného mamografického projektu v ČR, že 29,7 % respondentiek uviedlo menštruáciu vo veku pred dvanástym rokom života a 74,4 % respondentiek uviedlo menarche po 12 roku. Jasienska (2000; podľa Abrahámovej, s. 46) uviedla, že vek menarche pred 12. rokom patrí k opakovaným významným validným rizikovým faktorom rakoviny prsníka. Z hormonálnych rizikových faktorov ako je užívanie hormonálnych farmakologických prípravkov sme z výsledkov prieskumu zistili, že 77 % respondentiek užíva hormonálnu antikoncepciu. Abrahámová (2003, s. 62) uvádza, že je nutné, aby lekári starostlivo sledovali ženy, užívajúce antikoncepciu, ktorá by mohla zvýšiť riziko vzniku karcinómu prsníka. Výskyt genetických rizikových faktorov – v našom prieskume sme zistili, že u 93 % respondentiek sa nevyskytuje karcinóm prsníka v rodine, 4 % respondentiek uviedlo rakovinu prsníka v rodine a 3 % respondentiek nevie o výskyte rakoviny prsníka v rodine. Abrahámová (2003, s. 48) uvádza výsledok z pilotného mamografického skríningu v ČR, že u 93 % respondentiek sa nevyskytuje v rodine rakovina prsníka a 7 % respondentiek uviedlo rakovinu prsníka v rodine. Pri porovnaní nášho prieskumu a projektu vyplýva, že výsledky genetických faktorov boli veľmi podobné. Pri výskyte rizikových faktorov súvisiacich so životným štýlom sme zistili, že až 59 % respondentiek sa nevenuje pravidelne pohybovej aktivite, čo má za následok rýchle životné tempo a neznalosť pozitívnych účinkoch pre duševnú stránku a preventívnych účinkoch pri vzniku nádorových ochorení prsnej žľazy. Zistili sme, že 50 % respondentiek nepreferuje racionálne stravovanie z čoho vyplýva, že len 5 % respondentiek konzumuje denne čerstvú zeleninu a len 12 % respondentiek konzumuje denne čerstvé ovocie. Ako sme sa mali možnosť presvedčiť je to oblasť, kde väčšina respondentiek nepozná vplyv racionálnej výživy, na zdravie človeka, ako významný preventívny faktor rôznych druhov ochorení. Domnievame sa, že za tento výsledok môžu stravovacie návyky, kultúra národa, slabosť ľudskej vôle a nevedomosť. Vplyv životného štýlu na riziko vzniku rakoviny prsníka uviedlo mnoho autorov ako je Thune (1996; podľa Abrahámovej, 2003, s. 206) o športových aktivitách, o konzumácii alkoholu Hiatt (1984; podľa Abrahámovej, 2003, s. 206), o stravovacích návykoch a užívaní vitamínov Zhang (1999; podľa Abrahámovej, 2003, s. 206). Napriek všeobecnému rastu povedomia o zdravom životnom štýle, o stravovacích návykoch o pozitívnych účinkoch športu, ženy nepristupujú zodpovedne k zdraviu a prevencii vzniku rakoviny prsníka. Vedomosti o rizikových faktorov, pravidelne gynekologické prehliadky, pravidelne vykonávanie samovyšetovanie

prsníkov môže i pri zistení nádoru významne uľahčiť jeho úspešnú liečbu a je v podstate v rukách konkrétnych žien.

Tretou prieskumnou otázkou bolo zistiť, či respondentky poznajú varovné príznaky rakoviny prsníka. Na objasnenie tretej prieskumnej otázky nám pomohli položené otázky v dotazníku č. 29 a č. 30. Pri analýze úrovni vedomostí žien o príznakoch rakoviny sme zistili, že 51 % respondentiek uviedlo, že pozná príznaky rakoviny prsníka. Avšak pri otvorenej otázke na príznaky rakoviny prsníka sme zistili, že až 25 % respondentiek v dôsledku neznalosti neuviedlo ani jeden zo symptómov, čo svedčí o nedostatočnej edukácii žien v oblasti primárnej prevencie, 54 % respondentiek uviedlo typický príznak nádorového ochorenia prsníka - hrčku, 25 % respondentiek uviedlo jednu zo základných príznakov všetkých chorôb - bolesť, 18 % uviedlo sekret z bradavky, 11 % uviedlo zdurené lymfatické uzliny, 3 % zmenu tvaru prsníka, 3 % uviedlo vpadnutú bradavku. Z prieskumu vyplýva, že respondentky, ktoré majú znalosti týkajúce sa oblasti prevencie rakoviny prsníka vymenovali dve až tri varovné symptómy vyskytujúce sa pri nádorových ochoreniach prsníka.

Prieskumnou otázkou č. 4 bolo zistiť využitie možnosti edukácie zamerané na udržanie zdravia a v prevencii rakoviny prsníka. Pre túto otázku sme použili otázky v dotazníku č. 31 až č. 34. Pri analýze údajov o edukácii sme zistili, že 10 % respondentiek vie o realizácii odborných prednášok, 52 % respondentiek nevie, či sa realizujú prednášky o zdraví, 30 % respondentiek uviedlo, že sa v ich blízkosti neuskutočňujú prednášky zamerané na zdravie a 8 % respondentiek sa vôbec nezaujíma o prednášky zamerané na zdravie. Myslíme si, že ¾ respondentiek nemá dostatočný prehľad či informovanosť o realizácii prednášok kvôli nedostatočnej osвете a aktivite miestnych spolkov a organizácií. Nemilým prekvapením bolo zistenie, že len 8 % respondentiek sa zúčastňuje odborných prednášok zamerané na udržanie zdravia, prekvapením bolo taktiež zistenie, že len 45 % respondentiek má záujem o edukáciu v prevencii rakoviny prsníka. Domnievame sa, že výsledok nezájmu súvisí s nízkou alebo neprimerane vedenou osvetou a nízkou aktivitou prezentácií odborných prednášok v minulosti i súčasnosti v mieste bydliska. Myslíme si, že nízka informovanosť žien o samovyšetrovaní prsníkov, rizikových faktorov, príznakov rakoviny prsníka, je pádnym dôvodom pre edukáciu a do popredia sa dostáva jej význam, čím sa zníži incidencia a mortalita rakoviny prsníka u žien.

O význame edukácie uvádza zistenie Abrahámová (2003, s. 176), že edukáciou si respondentky výstupným dotazníkom po prednáške prehľadli vedomosti

o 91 %. Lutz (2003; podľa Abrahámovej, 2003, s. 179) uvádza, že vo Švajčiarsku je zdravotná výchova a povedomie tak vysoké, že zvyšuje počet rutinných mamografov o 35 %, čím sa znižuje mortalita žien na rakovinu prsníka. Gilet (2001; podľa Abrahámovej, 2003, s. 173), uvádza že vplyv edukácie v prospech skríningu sa u edukovaných žien zvýšilo z 20 % na 60 %, ktoré si pravidelne každý mesiac vykonávali samovyšetovanie prsníkov. Ku, YU (2001; podľa Abrahámovej, 2003, s. 173) študovali význam samovyšetovania, vzťah schopnosti edukácie k tejto praktike k detekcii karcinómu prsníka, k dobe prežitia a mortalite prostredníctvom rozsiahlych publikácií v ošetrovateľských i lekárskejších časopisoch. Táto práca vyzdvihuje kľúčovú úlohu zdravotných sestier v edukačnom procese. Bragg (2000; podľa Abrahámovej, 2003, s. 174) prezentuje výsledky štúdie, ktoré kladú dôraz na dôkladnosť edukáciu samovyšetovania prsníkov prostredníctvom výučby na modely. Kline (2000; podľa Abrahámovej, 2003, s. 174) uvádza, že materiál nabádajúci k samovyšetovaniu nie je vždy úplne inštruktívny a neposkytuje informácie v potrebnej miere.

Výsledky

Zistili sme, že úroveň informovanosti, dotazovaných žien o primárnej a sekundárnej prevencii rakoviny prsníka nie je adekvátna ochrane, podpore a udržaniu zdravia a včasnej detekcii rakoviny prsníka.

Záver pre prax

- Zlepšiť a podporovať zdravotno - výchovnú činnosť v gynekologických ambulanciách.
- Informovať klientky prostredníctvom edukačných letákov o význame skríningu, sekundárnej prevencii.
- Zmeniť prístup ku klientom (počúvať, vyjadrovať pochopenie, empatiu, prejavíť skutočný záujem o klientku, venovať klientke čas, ktorý je potrebný pre odstránenie potrieb z každej oblasti.)
- Vypracovať edukačné brožúrky so zameraním na oblasti, v ktorých sa nachádza najviac nedostatkov (stravovanie, pohybová aktivita, význam gynekologických prehliadok).

- Vypracovať jasné, stručné a prehľadné edukačné plány so zameraním na samovyšetovanie prsníkov.
- Edukovať o samovyšetovaní prsníkov prostredníctvom modelov, kde je možné nacvičiť si hĺbku palpácie a vyskúšať rôzne manévry.
- Vytvoriť sieť privátnych sestier edukátoriek, ktoré by edukovali klientky v nemocničných zariadeniach.
- Šíriť osvetu prevencie prostredníctvom odborných stretnutí v kluboch, na prednáškach.
- Usporiadať kurzy o samovyšetovaní prsníkov vedené sestrami špecialistkami a medializovať kurzy prostredníctvom masovokomunikačných prostriedkov.

Záver

Naše telo začína byť vyčerpané neustálym súbojom s nezdravým životným štýlom, ktorý nakoniec vyúsťuje do rôznych chorôb. Zahrávame sa so zdravím, dokiaľ nás nezaskočí zlyhanie organizmu, či zákerná choroba. Za posledné storočie sa významne zmenila zdravotná starostlivosť. Prelomové metódy, ktoré odhalia zmenu v bunkách skôr, než sa vyvinie tumor objavujú výskumníci takmer denne. Napriek tomu, rakovina prsníka štatisticky stúpa. Popri účinnosti lekárskeho metód má nezastupiteľné miesto prevencia. Niektorým typom a lokalizáciám rakoviny je možné veľmi úspešne predchádzať. Všeobecne však pretrvávajú predstava, že rakovina je nevyliciteľná choroba. Mnoho ľudí zanedbáva počiatočné príznaky a tým aj možnosť diagnózy včasných foriem rakoviny a žiaľ, tým aj šancu na úplné vyliečenie.

Cieľom tejto práce bolo zistiť úroveň informácií o sekundárnej prevencii, skriningu rakoviny prsníka a poukázať na význam edukácie v prevencii rakoviny prsníka žien v rôznych vekových kategóriách. Prieskum dokázal, že kvalita informácií zameraných na prevenciu vzniku rakoviny prsníka nie je na takej úrovni, ktorá by predchádzala vzniku nádorových ochorení prsníka u žien. Tomu zodpovedá aj výsledok, že väčšina respondentiek nevedie zdravý životný štýl a nedbajú na pravidelné samovyšetovanie prsníkov a preventívne gynekologické prehliadky. V budúcnosti by sa mala zlepšiť úroveň zdravotno - výchovnej činnosti v oblastiach, ktoré sú chybné alebo nedostatočne vysvetlené ako aj vytvoriť priestor pre sebarealizáciu sestier edukátoriek v nemocničnom zariadení.

Je veľmi dôležité:

- aby sa odstránil strach, ktorý je mnohokrát zábranou pre včasné vyhľadanie odbornej lekárskej rady a vyšetrenia, keď sa objavia alarmujúce príznaky typické pre rakovinu,
- aby sa u žien vzbudil pocit zodpovednosti za vlastné zdravie a viedol ich ku krokom, ktoré môžu byť účinné v prevencii rakoviny.

Literatura

- [1] ABRAHÁMOVÁ, J.: *Rakovina prsu*. 1. vyd. Praha : Triton, 2000(b). 37 s. ISBN 80-7254-136-6.
- [2] ABRAHÁMOVÁ, J. – DUŠEK, L a kol.: *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. 1. vyd. Praha : Grada Publisching, 2003. 227 s. ISBN 80-247-0499-4.
- [3] ABRAHÁMOVÁ, J. – POVÝŠIL, C. – HORÁK, J. a kol.: *Atlas nádoru prsu*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2000. 326 s. ISBN 80-7169-771-0.
- [4] ANDRAŠINA, I.: *Rizikové a prognostické faktory u karcinómu prsníka*. In: *Acta chemoterapeutica*, roč. 12, 2003, č. 5, s. 78-88. ISSN 1335- 0579.
- [5] BALÍKOVÁ, J.: *Samovyšetrenie prsníkov*. [online], [citované 10.1.2008]. Dostupné na internete: <<http://ruzovastuzka.host.sk/samovysetrenie.htm>>
- [6] BELLA, V.: *Diagnostika karcinómu prsníka*. In: *Trendy v onkológii*, roč.1, 2006, č. 2, s. 3-8. ISSN 1337-0081.
- [7] BENEŠOVÁ, E.: *Nepodceňujte samovyšetření prsu*. [online], [citované 25.9.2007]. Dostupné na internete: <<http://http://www.zena-in.cz/archiv>>
- [8] DRLIČKOVÁ, K.: *Myslíte na svoje prsia!* [online], [citované 25.9.2007]. Dostupné na internete: <<http://www.sarm.sk/index.cfm?module=articles&page=ArticleShow&ArticleID=5543>>
- [9] DOENGES, E. MARILLYN – MOORHOUSE, M. FRANCES: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha : Grada Publisching, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- [10] DYJAKOVÁ, H.: *Samovyšetřovanie prsníkov*. [online], [citované 12.1.2008]. Dostupné na internete: <<http://zena.centrum.sk/clanek.phtml?id=500901>>
- [11] FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Ošetrovateľstvo teória*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

- [12] GRODOVSKÁ, Ľ. : *Dá sa poraziť rakovina prsníka?* In: Slovenka, roč. 59, 2006, č. 47, s. 10-12, ISSN 0231-6676.
- [13] HODEKOVÁ, V.: *Vplyv rizikových faktorov na vznik rakoviny prsníka.* In: Ošetrovateľský obzor, roč. 3, 2006, č. 2, s. 35- 40. ISSN 1336-5606.
- [14] HRDINOVÁ, E.: *Pravdy, mýty a predsudky o rakovine prsníka.* [online], [citované 13.1.2007]. Dostupné na internete: <http://www.sme.sk/článok.asp?=1946045>
- [15] JANEK, Ľ. – PUŠKA, P.: *Skríning karcinómu prsníka.* In: Slovenská gynekológia a pôrodnictvo, roč.11, 2004, č. 4, s. 203-206. ISSN 1335-0862.
- [16] KAUŠITZ, J. – ALTANER, Č. a kol. : *Onkológia.* 1. vyd. Bratislava : Veda, 2003. 659 s. ISBN 80-224-0711-9.
- [17] KLENER, P. a kol.: *Doporučené postupy onkologickej péče.* 1.vyd. Praha : Galén, 2000. 59 s. ISBN 80-7262-058-4.
- [18] KNOTEK, J.: *Nádory prsníka.* In : Interná medicína, roč. 4, 2004, č. 12, s. 642, ISSN 1335- 8359.
- [19] KONEČNÝ, M – VIZVÁRYOVÁ, M. – WEISMANOVÁ, E.: *Máme v rodine rakovinu prsníka.* Bratislava : Liga proti rakovine, 2005. 26 s. ISBN 80-89201-14-8.
- [20] KUZMA, M.: *Rakovina prsníka.* 6.vyd. Bratislava : Liga proti rakovine, 2004. 56 s. ISBN 80-89201-05-9.
- [21] LEIFER, G.: *Úvod do porodnického a pediatickeho ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.
- [22] MEŠKO, D. – KATUŠČÁK, D. – FINDRA, J. a kol.: *Akademická príručka.* 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 496 s. ISBN 80- 8063-200-6.
- [23] ONDRUŠOVÁ, M., PLEŠKO, I., SAFAEI-DIBA, CH., OBŠITNÍKOVÁ, A., ŠTEFAŇÁKOVÁ, D., ONDRUŠ, D: *Komplexná analýza výskytu a úmrtnosti na zhubné nádory v Slovenskej republike* [online], [citované 18.3.2008] Národný onkologický register SR, NCZI, [cit. 18.3.2008]. Dostupné na internete: <<http://www.nor-sk.org/?lang=sk>>
- [24] POHLODEK, K. – LEHOTSKA, V.: *Druhy nádorov.* [online], [citované 10.10.2007]. Dostupné na internete: <<http://www.europadonna.sk/index.php?sid=15>>
- [25] PRACHÁROVÁ, B.: *Zhubný nádor prsníka.* In: Lekárske listy, roč. 7, 2005, č. 9, s. 32. ISSN 1335- 5821.

- [26] PLEŠKO, I. – BARÁKOVÁ, A. – DUDODVÁ, M.: *Epidemiológia zhubných nádorov v Slovenskej Republike*. 1.vyd. Bratislava : Ústav zdravotníckých informácií a štatistiky, 2005. 75s. ISBN 80- 968936-6-1.
- [27] PLEŠKO, I. – OBŠTINKOVÁ, A. – CUNINKOVÁ, M.: *Epidemiologické aspekty in situ karcinómov u žien na Slovensku*. In: Klinická onkologie, roč. 16, 2003, č. 5, s. 227-230. ISSN 0862- 495X.
- [28] POKORNÁ, M.: *Včasná diagnóza a liečba dokázu zázraky*. In: Imidž, roč. 7, 2005, č. 4, s. 6-7. ISSN 1336-0272.
- [29] RAVINGER, J. – UHARČEK, P. – METEJKA, M. – MLYNČEK, M.: *Prognostické faktory Ca prsníka*. In: Slovenská gynekológia a pôrodnictvo, roč. 10, 2003, č. 1, s. 25 – 26. ISSN 1335-0862.
- [30] REDAKCIA. [online], [citované 20.12.2007], Dostupné na internete: <http://a-z-kupele.slovenske.info/clanok127.html>
- [31] REPKOVÁ, A. a kol.: *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2007. 138 s. ISBN 80- 8063-236-7.
- [32] RIMARČÍK, M.: *Základy štatistiky*. 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2006, 94 s. ISBN 80-969449-2-4.
- [33] SAKSUN, L. – Ostró, A. – Toporecová, S. – Adam, J.: *Vyšetrovanie prsníkov a skrining karcinómu prsníka*. In: Zdravotnícke noviny, roč. , 2004, č. 17, s. 23. ISSN
- [34] SCHUMACHER ,G.: *Anatómia pre stomatólogov*. 2. vyd. Martin : Osveta, 1992. 360 s. ISBN 80-217-0435-7.
- [35] SLOBODNÍKOVÁ, J.: *Poraziteľná rakovina prsníka*. In: Harmonia, roč .5, 2004, č. 11, s. 49-50. ISSN 1335-1281. ISSN 1335-4477.
- [36] STUPACHEROVÁ, B.: *Keď ochorie symbol ženskosti*. In: Pravda: Zdravie. Bratislava, 2005, roč. 15, č. 60, s. 35-36. ISSN 1335-4051.
- [37] ŠARMÍROVÁ, M.: *Stabilný nárst nádorov prsníka*. In: Zdravotnícke noviny, roč. 8/52, 2003, č. 24, s. 2. ISSN 1335-4477.
- [38] ŠPÁNIK, S. : *Včasný karcinóm prsníka*. In: Via practica: Onkológia. Bratislava, 2005, roč. 2, č. 1, s. 22-25, ISSN 1336- 4790.
- [39] VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. a kol.: *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

[40] ŽIAKOVÁ, K. a kol.: *Ošetrovateľstvo a vedecký výskum*. 1. vydanie. Martin : Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.

Kontaktní údaje

Mgr. Zuzana Garneková

Murmanská 5

Praha 10, Vršovice, 100 00

e-mail: garnekova.z@zoznam.sk

tel.: 0420/775535472

Prevenca detských úrazov v domácnosti

Katarína Gerlichová

Abstrakt

Ústrednou témou práce sú detské úrazy v domácnosti, ktoré sa v súčasnej modernej dobe objavujú stále častejšie. Práca kladie dôraz na úlohu prevencie, pretože má v tejto problematike nezastupiteľnú úlohu. Cieľom práce je zistiť, na akej úrovni je prevencia v oblasti detských úrazov zo strany rodičov a tým úroveň prevencie detských úrazov v domácnosti.

Klíčová slova

Úraz. Prevencia. Detský vek. Sestra. Komunitné ošetrovatel'stvo. Rodina.

Úvod

„Svetová zdravotnícka organizácia odhaduje, že v roku 2004, približne 830 000 detí mladších ako 18 rokov zomrelo v dôsledku neúmyselného zranenia“ (WHO, 2008, s. 211). Milióny detí sú každoročne hospitalizované s úrazmi ako sú napr. nehody na cestách – „...úmrtnosť na dopravné úrazy sa celosvetovo nachádza na desiatom mieste...“ (Krug et al., 2000, s. 523), utopenia, pády, popáleniny, otravy a iné, ktoré môžu mať celoživotné dôsledky. Úrazy sú vedúcou príčinou smrti u detí vo veku nad 9 rokov (WHO, 2008).

Zo socio-ekonomického hľadiska sa takmer 95 % detských úrazov stane v krajinách s nízkym alebo stredným príjmom (WHO, 2008). „Celkový dopad na rodinu závisí... aj od sociálnych a finančných obmedzení“ (Nemčeková et al., 2004, s. 180). Vo všetkých krajinách sú deti žijúce v chudobnejších komunitách vystavené väčšiemu riziku poranenia. Toto riziko pramení práve z prostredia, v ktorom žijú. Zároveň sú pre ne preventívne programy oveľa menej dostupné (WHO, 2008).

Na Slovensku má počet úrazov detí a ich závažnosť rastúci trend, ročne viac ako 200 000 detí utrpí úraz, približne 20 000 je v dôsledku úrazu hospitalizovaných, takmer 2 000 ich zostáva trvalo postihnutých, viac ako 200 detí zomiera do 24 hodín po úraze a v lete pravidelne stúpa počet úrazov detí až o 100 % (Aby deti nezomierali, 2007).

Medzi najčastejšie miesta úrazov detí a mládeže patrí domáce prostredie (36 %), ďalej športoviská (23 %), cesta (21 %) a škola, resp. predškolské zariadenia (17 %) (Rovný, 2006).

Podľa projektu „Epidemiológia úrazov detí a mladistvých“ v rámci Národného programu podpory zdravia majú chlapci 2-krát vyššiu úrazovosť ako dievčatá, deti z miest boli 2-krát častejšie ambulantne ošetrované ako deti z vidieka, úrazovosť výrazne stúpa od 10. roku a najvyššiu mieru dosahuje medzi 13. až 15. rokom života, trvalé poúrazové následky majú skôr chlapci ako dievčatá, najčastejšie poranená bola horná končatina, najčastejší typ poranenia bola pomliaždenina a otvorená rana, u vekovej skupiny 1-3 roky bola popálenina najčastejším typom poranenia a úrazy sa najčastejšie stali v domácom prostredí (Rovný, 2006).

V rámci projektu „Bezpečný domov“, ktorého hlavnou úlohou je prevencia detských úrazov v domácnosti je až 91 % rodičov presvedčených, že má bezpečný domov. Napriek tomu sa ročne 42 % zo všetkých úrazov stane v domácnosti (Rovný, 2006).

Materiál a metódy

V prieskume sme použili empirickú metódu získavania informácií prostredníctvom nami vytvorených piatich neštandardných dotazníkov, ktoré boli vytvorené pre 5 skupín rodičov detí rozdielných vekových kategórií. Realizácia prieskumu prebiehala v niekoľkých fázach. Na získanie informácií o prevencii detských úrazov v domácnosti sme použili dotazník vlastnej konštrukcie. Údaje sme zhromažďovali v mesiacoch január – marec 2010.

Prieskumný súbor tvorilo 142 rodičov, z toho 124 (68,32 %) žien a 18 (12,68 %) mužov s deťmi rôznych vekových kategórií, z toho 30 rodičov s dieťaťom vo veku do 3 rokov, 30 rodičov s dieťaťom vo veku 4 – 6 rokov, 30 rodičov s dieťaťom vo veku 7 – 11 rokov, 30 rodičov s dieťaťom vo veku 12 – 15 rokov a 22 rodičov s dieťaťom vo veku 16 – 18 rokov.

Cieľom nášho prieskumu bolo:

1. Zistiť početnosť úrazov detí, ktoré sa stali v domácom prostredí.
2. Zmonitorovať, k akému typu úrazu dochádza v domácom prostredí najčastejšie.
3. Zistiť, na akej úrovni sú informácie rodičov v oblasti prevencie detskej úrazovosti v domácnosti.

4. Zmonitorovať záujem rodičov o nadobúdanie informácií týkajúcich sa úrazovosti detí v domácnosti.

Výsledky a diskusia

Z celkového počtu detí utrpelo úraz v domácnosti 107 (75,35 %), konkrétne to uviedlo 19 (63,33 %) rodičov detí vo veku do 3 rokov, 22 (73,33 %) rodičov detí vo veku 4 – 6 rokov, 25 (83,33 %) rodičov detí vo veku 7 – 11 rokov, 23 (76,67 %) rodičov detí vo veku 12 – 15 rokov a 18 (81,82 %) rodičov detí vo veku 16 – 18 rokov.

Na otázku, o aký typ úrazu išlo, 68 (63,55 %) respondentov uviedlo pád, zlomeninu utrpelo 13 (12,14 %), poranenie hlavy 14 (13,08 %), popálených bolo 8 (7,47 %) detí, krvácalo 8 (7,47 %) detí, otrávil sa 2 (1,87 %) deti, dusili sa 3 (2,80 %) deti, topilo sa 1 (0,93 %) dieťa a 6 (5,60 %) detí bolo pohryzených domácim zvieratom.

Z celkového počtu 34 (31,77 %) úrazov nevyžadovalo odborné lekárske ošetrovanie, s dieťaťom museli rodičia navštíviť lekára v 46 (42,99 %) prípadoch, privolať RZP museli rodičia v 11 (10,28 %) prípadoch, hospitalizácia bola potrebná v 24 (22,42 %) prípadoch.

Do akej miery súhlasia rodičia s tvrdením, že realizujú dostatočné množstvo preventívnych opatrení v oblasti detských úrazov v domácnosti, odpovedali rodičia detí vo veku do 3 rokov odpoveďou úplne súhlasím 14 krát (46,67 %), odpoveďou skôr súhlasím 12 krát (40,00 %). Rodičia detí vo veku od 4 do 6 rokov odpovedali odpoveďou úplne súhlasím 10 krát (33,33 %), odpoveďou skôr súhlasím 16 krát (53,34 %). Rodičia detí vo veku od 7 do 11 rokov uviedli odpoveď úplne súhlasím 8 krát (26,67 %), a odpoveď skôr súhlasím 17 krát (56,66 %). Rodičia detí vo veku od 12 do 15 rokov odpovedali úplne súhlasím 6 krát (20,00 %), skôr súhlasím 16 krát (53,34 %). Rodičia detí vo veku od 16 do 18 rokov odpovedali úplne súhlasím 15 krát (68,18 %), a skôr súhlasím 4 krát (18,18 %). Celkovo s tvrdením úplne súhlasilo 53 (37,32 %) rodičov, skôr súhlasilo 65 (45,78 %) rodičov.

Ďalej sme respondentov - rodičov požiadali, aby uviedli minimálne 5 parametrov bezpečnej domácnosti (mohli uviesť aj viac). Z celkového počtu 140 (98,59 %) rodičov uviedlo pripevnenie bezpečnostných krytiel na elektrické zásuvky, 138 (97,18 %) rodičov uviedlo umiestnenie všetkých potencionálne nebezpečných predmetov mimo dosahu dieťaťa, 127 (87,32 %) rodičov uviedlo zabezpečenie ostrých hrán nábytku, 113 (79,57 %) rodičov uviedlo zabezpečenie podlahy proti

šmýkaniu, 106 (74,65 %) rodičov uviedlo zabezpečenie okien a balkónových dvier proti vypadnutiu dieťaťa, 96 (67,61 %) rodičov uviedlo správne uchytenie a uschovanie elektrických káblov, 77 (54,23 %) rodičov uviedlo bezpečnostnú poistku na sprche, 58 (40,85 %) rodičov uviedlo prípravu stravy na zadných platniach sporáka.

Na otázku, na akej úrovni sú podľa respondentov ich informácie o tom, čo je potrebné v domácnosti zabezpečiť a sledovať z hľadiska bezpečia dieťaťa, uviedlo 44 (30,99 %) respondentov, že ich považujú za veľmi dobré, ako dobré ich ohodnotilo 55 (38,73 %) respondentov, za priemerné ich považuje 35 (24,65 %) respondentov, 1 (3,52 %) respondent ich ohodnotil ako slabé a nevyjadrili sa 3 respondenti, čo predstavuje 2,11 %.

O tieto informácie sa z celkového počtu rodičov pred narodením dieťaťa začalo zaujímať 19 (13,38 %) rodičov, po narodení dieťaťa 101 (71,13 %) a až po prekonaní úrazu dieťaťa 21 (14,79 %) rodičov.

Z celkového počtu 29 (20,42 %) rodičom poskytol informácie detský lekár, 22 (15,49 %) rodičom sestra pracujúca v ambulancii detského lekára, 85 (59,86 %) rodičov získalo informácie z televízie, 89 (62,68 %) rodičov z tlače, 49 (34,51 %) rodičov z odbornej literatúry a až 97 (68,31 %) rodičov uviedlo, že potrebné informácie získali z internetu. 30 (21,13 %) respondentov uviedlo ako zdroj informácií svojich rodičov, príbuzných, priateľov a známych.

Do akej miery súhlasia rodičia s tvrdením, že majú záujem o nadobúdanie informácií o prevencii detských úrazov v domácnosti, úplne súhlasilo 68 (47,89 %) respondentov, skôr súhlasilo 47 (33,10 %) respondentov, a nevyjadrili sa 3 respondenti (2,11 %).

V nasledujúcej položke sme sa rodičov dotazovali, čo by ich zaujímalo z oblasti týkajúcej sa detskej úrazovosti v domácnosti. Z celkového počtu 99 (69,72 %) rodičov uviedlo spôsoby poskytovania prvej pomoci pri jednotlivých typoch úrazov, 107 (75,35 %) rodičov uviedlo spôsoby ošetrovania pri jednotlivých typoch úrazov, 66 (46,48 %) respondentov sa zaujíma o najčastejšie príčiny úrazov v domácnosti, 70 (49,26 %) o najčastejšie typy úrazov v domácnosti, 65 (45,77 %) rodičov by chcelo získať viac informácií o prevencii detských úrazov v domácnosti a nevyjadrilo sa 8 (5,63 %) rodičov.

Na základe predchádzajúcej analýzy zistení odporúčame tieto návrhy pre ošetrovateľskú prax:

1. Venovať dostatok pozornosti komplexnej starostlivosti v rámci primárnej prevencie detských úrazov v domácnosti.

2. Využívať možnosti edukácie, správneho prístupu, ukázať možnosti riešenia – zmeny postojov, získať rodičov pre spoluprácu.
3. Poskytovať rodičom už pred narodením dieťaťa dostatok potrebných informácií o správnom zariadení domova.
4. Informácie podávať predovšetkým v ambulanciách a v domácom prostredí, kde sa sestra počas preventívnych prehliadok dieťaťa môže zamerať na konkrétny problém.
5. Informácie podávať ústnou aj písomnou formou, v krátkosti a jednoduchosti a pre lepšie pochopenie využívať vhodný edukačný materiál (letáky, brožúry, pomôcky,...).
6. Spolupracovať s komunitnou detskou sestrou, ktorá pozná a vie posúdiť základné potreby detskej populácie v komunite.
7. Zriadiť pozíciu školskej sestry, ktorá by v rámci primárnej, sekundárnej prevencie a starostlivosti zastrelila prostredie školy, rodiny, ambulancie holistickým pohľadom na zdravie detí.
8. Skvalitniť prípravu sestier, najmä vo výcviku v potrebných komunikačných a sociálnych zručnostiach.
9. Pomocou zdravotnej výchovy poskytovať verejnosti informácie o možnostiach prevencie detských úrazov v domácnosti.

Záver

Deti boli, sú a budú tými najzraniteľnejšími jedincami spoločnosti, a preto je potrebné ich chrániť. Pomoc deťom si vyžaduje multidisciplinárnu intervenciu, do ktorej je zahrnuté zdravotníctvo, školstvo, sociálna sféra, polícia a legislatíva. Rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej cieľom je zlepšovanie, upevňovanie, udržiavanie a rozvíjanie telesného a duševného zdravia detí, môže byť veľkým prínosom v prevencii detských úrazov v domácnosti. V súčasných podmienkach majú jedinečné postavenie sestry v ambulanciách všeobecných lekárov pre deti a dorast, pretože majú najväčšie možnosti kontaktu s deťmi od narodenia až po dospelosť a s ich rodičmi. K tomu, aby sestry mohli využiť svoj potenciál, sa od nich vyžaduje poznať a posudzovať základné potreby detí a tak dôkladnou starostlivosťou o deti a ich rodiny úrazom v domácnostiach predchádzať (Hanzlíková et al., 2002a).

Literatúra

- [1] *Aby deti nezomierali*. 2007. Bratislava: Detský fond Slovenskej republiky. 2007. [online]. [cit. 2010-20-01]. Dostupné na: <http://www.dfsr.sk/aby-deti-nezomierali>
- [2] HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2002a. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia 1*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského. 2002, 176 s. ISBN 80-223-1533-8.
- [3] NEMČEKOVÁ, M. et al. 2004. *Práva pacientov, Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004. 214 s. ISBN 80-8063-162-X.
- [4] ROVNÝ, I. 2006. *Úrazy detí a mládeže a prevencia pred nimi*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva. 2006 [online]. [cit. 2010-02-11]. Dostupné na: http://www.szu.sk/ine/verejnezdravotnictvo/urazy_Rovny.htm
- [5] WHO. 2008. *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization, 2008. 211 s. ISBN 987 924 156357 4. [online]. [cit. 2010-27-01]. Dostupné na: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563574_eng.pdf

Kontaktné údaje

PhDr. Katarína Gerlichová, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne
Slovenská republika
e-mail: gerlichova@tnuni.sk

Strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů

Lenka Görnerová

Abstrakt

Hlavním tématem práce je zjistit strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů. Jako cíl bylo stanoveno zjistit míru strachu z malé bolesti, velké bolesti a lékařských výkonů u hospitalizovaných pacientů. Ve všech těchto kategoriích podle počtu bodů vychází u pacientů buď strach podprůměrný, průměrný nebo nadprůměrný. Dále bylo ověřováno pět stanovených hypotéz, které porovnávaly strach v daných třech oblastech mezi hospitalizovanými muži a ženami, pacienty před operačním výkonem a po operaci, děti a seniory, pacienty hospitalizované na oddělení konzervativních oborů a operačních oborů, pacienty hospitalizované poprvé a opakovaně. Na základě zjištěného jsme dospěli k názoru, že u pacientů ve většině případů je oprávněný průměrný strach vzhledem ke změně zdravotního stavu a nezvyklému prostředí nemocnice. Pouze u dětských pacientů vyšly zarážející výsledky u strachu z lékařských výkonů, kde u více jak 2/3 je nadprůměrný strach. Doporučení pro praxi jsou využívat holistický přístup, psychologickou přípravu pacientů, herní terapeuti na dětském oddělení, odvádění pozornosti, empatický přístup a klást důraz na celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova

Bolest. Léčba. Sestra. Pacient. Strach. Úzkost.

Úvod

Bolest patří nerozlučně k lidskému životu, je znamením, že se v člověku děje něco špatného, nebo něco důležitého, co by nemělo být opomenuto. Člověk je schopen představit si svou vlastní bolest, a proto každá bolest vyvolává v jedinci určitý strach a duševní tíseň. Úleva od bolesti je za cenu pokory, což pro mnohé jedince často znamená nepřekonatelnou překážku. Každý zdravotnický pracovník, a nejen on, by měl přijmout bolest člověka jako závažný problém, který je nutno zodpovědně řešit. Pokud není bolest dostatečně mírněna, prohlubuje strach a úzkost. Bolest je provázána strachem. Strach z bolesti je reálný a rozšířený jev. Strach z bolesti je oblastí, která by měla zajímat nejen pacienty, ale především zdravotníky, protože z medicínského hlediska

představuje značný problém. Toto téma by mělo vstoupit do každodenních úvah zdravotníků. Jen tak je šance, že nebude strach u pacientů růst a „bobtnat“. Cílem teoretické části je definovat strach, jeho formy a nejčastější psychické obranné mechanismy. Dále objasnit pojmy strach a úzkost. Krátce charakterizovat dvě teorie úzkosti a strachu. Ukázat některé modely strachu z bolesti, které se snaží vysvětlit vzájemné vztahy mezi strachem a bolestí, případně strachem, bolestí a vyhýbavým chováním. Charakterizovat některé empirické výzkumy rozdělené podle charakteru bolesti na strach související s akutní, rekurentní, chronickou bolestí, strach v terminálních stádiích nemoci a rozdíly ve strachu z bolesti mezi pohlavími. Poukázat celkově na problém bolesti, od některých definic, přes teorie bolesti, diagnostiku a léčbu. Objasnit práva pacientů na léčbu bolesti a pocity a postavení sester k pacientovi s bolestí. Cílem empirické části práce je ověřit strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů obecně standardní screeningovou metodou [McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): *Fear of Pain Questionnaire III* (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000]. Zjistit míru strachu z velké bolesti, malé bolesti a lékařských výkonů u pacientů hospitalizovaných na chirurgické, interním, gynekologickém a dětském oddělení a ověřit pět stanovených hypotéz.

Hypotéza č. 1

Předpokládáme, že u žen bude ve všech třech sledovaných oblastech větší strach než u mužů.

Hypotéza č. 2

Předpokládáme, že u pacientů před operačním výkonem bude ve sledovaných oblastech větší strach než u pacientů po operačním výkonu.

Hypotéza č. 3

Předpokládáme, že u pacientů na dětském oddělení bude větší strach než u seniorů nad 60 let v oblasti velké bolesti, malé bolesti i lékařských výkonů.

Hypotéza č. 4

Předpokládáme, že u pacientů v konzervativních oborech (dětské a interní oddělení) bude menší strach než u pacientů hospitalizovaných v operačních oborech (chirurgické a gynekologické oddělení).

Hypotéza č. 5

Předpokládáme, že u pacientů hospitalizovaných poprvé bude větší strach než u pacientů hospitalizovaných opakovaně.

Vzorek a metoda

Vzorek je tvořen pacienty hospitalizovanými na čtyřech základních odděleních. Výběr osob nebyl přísně náhodný, ale byl dán ochotou pacientů spolupracovat na výzkumu. Na interním oddělení tvoří vzorek padesát mužů a padesát žen ve věku nad 60 let, bez ohledu na dosažené vzdělání. Z toho vždy polovina byla hospitalizována poprvé a polovina opakovaně. Na chirurgickém oddělení tvoří vzorek 100 hospitalizovaných mužů, z toho padesát pacientů je před operačním výkonem a padesát mužů po operačním zákroku, bez ohledu na dosažené vzdělání. Z těchto pacientů polovina byla hospitalizována poprvé a polovina opakovaně. Na dětském oddělení tvoří vzorek padesát chlapců a padesát dívek, z nichž vždy polovina podstoupila první hospitalizaci a polovina již byla hospitalizována opakovaně. Na oddělení operační gynekologie tvoří vzorek sto hospitalizovaných žen bez ohledu na vzdělání. Padesát z nich je před operačním výkonem a padesát po operačním výkonu. Polovina z nich je hospitalizována poprvé a polovina opakovaně. Ke sběru dat byla použita metoda standardizovaného dotazníku [McNEIL, W. Daniel (Oklahoma State University), RAINWATER, J. Avie (Medical University of South Carolina): *Fear of Pain Questionnaire III* (Dotazník strachu z bolesti - FPQ-III CZ), 1998. Translation: D. Skorunka, V. Mareš, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, 2000] doplněného o anamnestické údaje. Dotazník byl anonymní a jeho vyplnění nebylo časově omezeno.

Výsledky a diskuse

INTERNÍ ODDĚLENÍ

	nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	35%	43%	22%
strach z malé bolesti	28%	45%	26%
strach z lékařských výkonů	37%	43%	20%

Jak je z výsledků šetření vidět, nejvíce dotazovaných pacientů na interním oddělení má průměrný strach ve všech sledovaných oblastech. Lze tedy říci, že vzhledem ke změněnému zdravotnímu stavu a nezvyklému prostředí nemocnice je strach přiměřený.

CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ

	nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	40%	35%	25%
strach z malé bolesti	45%	45%	10%
strach z lékařských výkonů	35%	50%	15%

Na chirurgickém oddělení byli dotazováni muži a jak je vidět jsou velmi malé rozdíly mezi průměrným a nadprůměrným strachem z bolesti ve všech sledovaných oblastech. Lze tedy říci, že je u mužů poměrně velký strach, který může negativně ovlivnit jejich již celkově změněný zdravotní stav a po operaci přispět k pooperačním komplikacím a zhoršené rekonvalescenci.

DĚTSKÉ ODDĚLENÍ

	nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	35%	50%	15%
strach z malé bolesti	40%	45%	15%
strach z lékařských výkonů	70%	27%	3%

Jak je z výsledků patrné, u dětských pacientů se vymyká z výsledků šetření nejvíce strach z lékařských výkonů, kde má více jak 2/3 hospitalizovaných dětí nadprůměrný strach. Je to velmi závažný výsledek, který je třeba řešit. Nejlepší by bylo, kdyby herní terapeut byl součástí zdravotnického týmu

každého dětského oddělení. Průměrný strach z velké a malé bolesti je odpovídající tomu, že se jednalo o větší děti, kteří jsou hospitalizováni sami bez rodičů, takže jsou vytrženy z rodiny a to způsobuje větší strach.

GYNEKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ

	nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	40%	50%	10%
strach z malé bolesti	40%	45%	15%
strach z lékařských výkonů	40%	50%	10%

Jak je z výsledků vidět, nejvíce žen na gynekologickém oddělení má průměrný strach z bolesti ve všech sledovaných oblastech. Vzhledem k tomu, že ženy vnímají mnohem více odloučení od rodiny, což se odráží v celkovém psychickém rozpoložení, jsou výsledky šetření uspokojivé.

HYPOTÉZA Č. 1

Předpokládáme, že u žen bude ve všech třech sledovaných oblastech větší strach než u mužů.

		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	ženy	39,5%	48%	12,5%
	muži	35,5%	41%	23,5%
strach z malé bolesti	ženy	38%	45%	17%
	muži	38,5%	45,5%	16%
strach z lékařských výkonů	ženy	48%	41,5%	10,5%
	muži	43%	43,5%	13,5%

Jak je z výsledků vidět, hypotéza se dotazníkovým šetřením potvrdila žen je větší strach ve všech třech sledovaných oblastech.

HYPOTÉZA Č. 2

Předpokládáme, že u pacientů před operačním výkonem bude ve sledovaných oblastech větší strach než u pacientů po operačním výkonu.

		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	před operací	45%	40%	15%
	po operaci	35%	45%	20%
strach z malé bolesti	před operací	45%	43%	12%
	po operaci	40%	47%	13%
strach z lékařských výkonů	před operací	43%	45%	12%
	po operaci	32%	55%	13%

Je jasně vidět, že se hypotéza jednoznačně potvrdila. U pacientů před operačním výkonem je větší strach než u pacientů po operaci.

HYPOTÉZA Č. 3

Předpokládáme, že u pacientů na dětském oddělení bude větší strach než u seniorů nad 60 let v oblasti velké bolesti, malé bolesti i lékařských výkonů.

		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	děti	35%	50%	15%
	senioři	35%	43%	22%
strach z malé bolesti	děti	40%	45%	15%
	senioři	28%	46%	26%
strach z lékařských výkonů	děti	70%	27%	3%
	senioři	37%	43%	20%

U dětských pacientů je ve všech sledovaných oblastech větší strach než u pacientů nad 60 let. Hypotéze se jednoznačně potvrdila. Vymyká se strach dětí z lékařských výkonů, jak už bylo uvedeno u výsledků z dětského oddělení.

HYPOTÉZA Č. 4

Předpokládáme, že u pacientů v konzervativních oborech bude menší strach než u pacientů hospitalizovaných v operačních oborech.

		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	konzervativní	35%	46,5%	18,5%
	operační	40%	42,5%	17,5%
strach z malé bolesti	konzervativní	34%	45,5%	20,5%
	operační	42,5%	45%	12,5%
strach z lékařských výkonů	konzervativní	53,5%	35%	11,5%
	operační	37,5%	50%	12,5%

Rozdíl ve strachu z bolesti u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém a gynekologickém oddělení (operační obory) a interním a dětském oddělení (konzervativní obory) je minimální. Mírně převládá strach v operačních oborech, ale rozdíl je téměř zanedbatelný. Hypotéza se tedy nepotvrdila ani nevyvrátila.

HYPOTÉZA Č. 5

Předpokládáme, že u pacientů hospitalizovaných poprvé bude větší strach než u pacientů hospitalizovaných opakovaně.

		nadprůměrný	průměrný	podprůměrný
strach z velké bolesti	poprvé	38%	43%	19%
	opakovaně	37%	45%	18%
strach z malé bolesti	poprvé	34%	45,5%	20,5%
	opakovaně	38%	46%	16%
strach z lékařských výkonů	poprvé	35%	41%	24%
	opakovaně	42%	45%	13%

Tento předpoklad byl vyvrácen. U pacientů hospitalizovaných opakovaně je větší strach z bolesti ve všech třech sledovaných oblastech. Rozdíly nejsou tak velké, ale vyšel větší strach u opakovaně hospitalizovaných pacientů.

Závěr

V práci byl hodnocen strach z bolesti u pacientů hospitalizovaných na interním, chirurgickém, dětském a gynekologickém oddělení, standardizovaným dotazníkem strachu z bolesti doplněného o anamnestické údaje.

Na interním oddělení byl strach hodnocen u hospitalizovaných mužů a žen ve věku nad 60 let. Ve všech třech oblastech strachu z bolesti uvedlo nejvíce dotazovaných průměrný strach.

Na chirurgickém oddělení byl strach z bolesti sledován u hospitalizovaných mužů z nichž padesát bylo před operačním výkonem a padesát po operaci. Ve strachu z velké bolesti uvedlo nejvíce mužů nadprůměrný strach, v situacích malé bolesti vyšel strach stejně průměrný a nadprůměrný.

Na dětském oddělení byl strach hodnocen u hospitalizovaných chlapců a dívek na oddělení větších dětí, kteří již byli schopni porozumět dotazníku. V oblasti velké a malé bolesti uvedlo nejvíce hospitalizovaných dětských pacientů průměrný strach. V oblasti lékařských výkonů uvedlo více jak 2/3 dětí strach nadprůměrný, což je výsledek, kterým jsme byli velice zaskočení. Průměrný strach z velké a malé bolesti jsou vcelku uspokojivé výsledky.

Na gynekologickém oddělení byl dotazník rozdán ženám na oddělení operační gynekologie. Dotazováno bylo padesát žen před operací a padesát po operačním výkonu. Ve všech třech sledovaných oblastech nejvíce žen uvedlo průměrný strach.

Hypotéza č. 1

Tato hypotéza vycházela z předpokladu, že u žen bude větší strach než u mužů. Dotazníkovým šetřením se hypotéza potvrdila.

Hypotéza č. 2

Hypotéza byla dána předpokladem, že u pacientů před operačním výkonem bude větší strach než u pacientů po operaci. Tento předpoklad se u dotazovaných pacientů jednoznačně potvrdil.

Hypotéza č. 3

Tato hypotéza vycházela z předpokladu, že u pacientů nad 60 let bude menší strach než u dětí. Tento předpoklad se jednoznačně potvrdil.

Hypotéza č. 4

Hypotéza byla dána předpokladem, že u pacientů hospitalizovaných na oddělení konzervativních oborů (dětské a interní oddělení) bude menší strach než u pacientů na oddělení operačních oborů (gynekologie a chirurgie). Tento předpoklad se jednoznačně nepotvrdil, ale ani nevyvrátil. Z dotazníkového šetření byly vyhodnoceny téměř stejné výsledky.

Hypotéza č. 5

Tato hypotéza vycházela z předpokladu, že u pacientů hospitalizovaných poprvé bude větší strach než u pacientů hospitalizovaných opakovaně. Tento předpoklad se jednoznačně vyvrátil.

Z pohledu sester uvádíme doporučení, která si myslíme že by mohla snížit strach z bolesti u hospitalizovaných pacientů:

- holistický přístup
- psychologická příprava pacienta
- nácvik relaxace
- instruktážní videofilmy
- herní terapeut na dětském oddělení
- odvádění pozornosti
- vyhledávání informací ze stran pacienta
- empatický přístup
- celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků

Literatura

- [1] ALBE – FESSARD, D. *Bolest – mechanismy a základy léčení*. Praha: Grada, 1998, 224 s. ISBN 80-7169-588-2.
- [2] FRICOVÁ, J. *Etika a léčba bolesti*. Dostupné na: <http://www.umirani.cz/index.php?emd=page&id=234> (staženo 12.11.2008)

- [3] JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007, 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.
- [4] KNOTEK, P., KNOTKOVÁ, H. *Psychologické problémy chronické bolesti*. Československá psychologie, roč. 42, č. 1, 1998, s. 63-74. ISSN 0009-062X.
- [5] LAUSTER, F. *Cesta k vnitřní svobodě*. Praha: Grada, 1994, 220 s. ISBN 80-85213-91-5.
- [6] MAREŠ, J. ET AL. *Dítě a bolest*. Praha: Grada, 1997, 317 s. ISBN 80-7169-267-0.
- [7] MAREŠ, J. *Zvládnání zátěžových situací pomocí sebeznevýhodňujících strategií*. Československá psychologie, roč. 45, č. 4, s. 311-322. ISSN 0009-062X.
- [8] MAREŠ, J., HESOVÁ, M., SKALSKÁ, H., HUBKOVÁ, V., CHMELAŘOVÁ, R. *Children pain during dental treatment*. Acta Medica, vol. 40, n. 4, 1997, p.103-108. ISSN 1211 – 4286.
- [9] MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. *Pokroky ve výzkumu a léčení bolesti*. Bolest – časopis pro studium a léčbu bolesti, roč.3, č.3, 2000, s. 37-38. ISSN 1212-0634.
- [10] MAREŠ, J., RYBÁŘOVÁ, M. *Dětský strach ze stomatologických výkonů*. Praktický zubní lékař, roč. 42, č. 6, 1994, s. 186-192. ISSN 1802-8012.
- [11] RIEMANN, F. *Základní formy strachu, typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. Praha: Portál, 1999, 200 s. ISBN 80-7178-313-7.

Kontaktní údaje

Mgr. Lenka Görnerová, Dis.

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tel.: 723163344

e-mail: lenkagornerova@seznam.cz

Prevenca aterosklerózy v detskom veku na úseku verejného zdravotníctva

Ivica Gulášová, Ivan Riedl

Abstrakt

Autori popisujú významné civilizačné ochorenie súčasnosti, aterosklerózu. V patofyziológii ochorenia poukazujú na jej vznik už v detskom veku a teda potrebu prevencie vzniku aterosklerózy od ranného detstva. Hodnotia význam a ciele primárnej prevencie, jej históriu, ale aj súčasný stav na úrovni regionálnych úradov zdravia.

Kľúčové slová

Kardiovaskulárne ochorenia, ateroskleróza, prevencia

Úvod

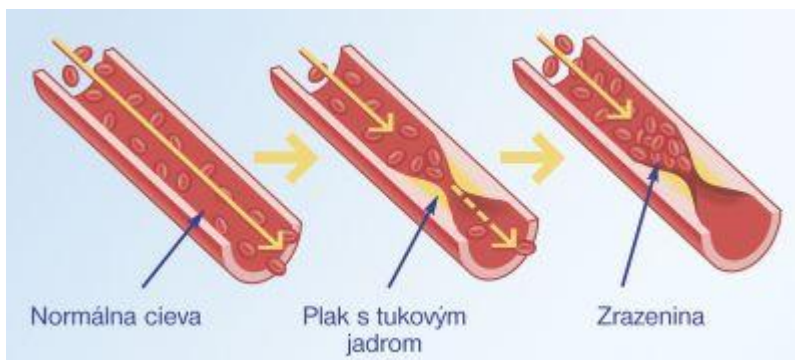
Prevenca kardiovaskulárnych ochorení patrí medzi aktuálne a veľmi dôležité problematiky, ktoré je nevyhnutné z hľadiska ich dlhodobej efektivity začať riešiť už od raného detského veku.

Ateroskleróza bola dlhodobo považovaná ako ochorenie dospelého veku, no odborné poznatky jednoznačne poukazujú na fakt, že ochoreniu koronárnych ciev srdca v dospelosti predchádza vznik a progresia aterosklerózy koronárnych ciev už v detskom veku. (1, s. 11)

Vznik a vývoj aterosklerózy

Ateroskleróza je chronický zápalový proces, ktorý postihuje stenu tepien. Výsledkom uvedeného zápalového procesu sú komplexné lézie v cievnej stene, ktoré sa označujú aj ako plaky. Plaky vyčnievajú do prievitu tepien a zužujú ich. Stena tepny je v mieste plaku zväpatená s obsahom hydroxyapatitu, tento jav sa označuje ako skleróza. Plak má kašovitú jadro, ktoré je podobné ovsenej kaši, pre jeho označenie sa používa výraz gréckeho pôvodu - atero. Odtiaľto pochádza aj označenie tohto procesu – ateroskleróza. (4, s. 48 – 49)

Obr. 1 Proces vzniku aterosklerózy (5)



Ateroskleróza je primárnou príčinou vzniku srdcovo-cievnych ochorení. Ako sme už vyššie uviedli, pri vzniku aterosklerózy, ide o proces ukladania cholesterolu v stenách tepien, ktorý má za následok vytváranie aterosklerotických plátov a následné zúženie a stratu pružnosti ciev. Na vzniku popísaného patologického stavu sa podieľajú dva druhy faktorov. Ovplyvniteľné rizikové faktory (fajčenie, obezita a pasívny spôsob života, zvýšený krvný tlak a hypercholesterolémia, A-typ správania), pri ktorých zvládání dôležitú úlohu zohráva práve primárna prevencia, ktorá je jednou z dôležitých úloh verejného zdravotníctva. Neovplyvniteľné rizikové faktory vzniku aterosklerózy - genetická predispozícia a diabetes mellitus, z tohto pohľadu má veľký význam poznanie podrobnej rodinnej anamnézy.

Kľúčové postavenie medzi viacerými spúšťačmi aterosklerózy v detskom veku a adolescencii majú zvýšené koncentrácie nízkodenzitných lipoproteínov v plazme s vysokým obsahom cholesterolu. Medzi významné rizikové faktory včasnej aterosklerózy patria: dyslipoproteinémia, diabetes mellitus, zložky metabolického syndrómu, aterogénna výživa, nedostatok telesnej aktivity, psychické stresory, socioekonomický stav, fajčenie cigariet, artériová hypertenzia. (2, s. 13 - 14)

V detskom a adolescentnom veku sa nedajú identifikovať jedinci s aterosklerotickými léziami pomocou klinických príznakov, a tak sa pozornosť upriamuje na biochemické ukazovatele (lipidogram), antropometrické vyšetrenia a meranie krvného tlaku, ktoré pomáhajú odkryť rizikové faktory aterogenézy. (3, s. 75)

Prevenia vzniku aterosklerózy u detí

Primárna prevenia aterosklerózy je náplňou práce pediatrov, detských kardiológov a iných pediatrických odborníkov, no významné postavenie v tejto problematike má aj verejné zdravotníctvo.

Význam realizácie primárnej prevencie aterosklerózy v detskom veku spočíva v tom, že:

- existuje možnosť determinácie rizikových faktorov už prenatálnom období,
- proces aterosklerózy začína už v detstve a adolescencii,
- skoré zachytenie rizikových jedincov umožňuje včasnou intervenciou oddialiť prejavy predčasnej aterosklerózy,
- základy životného štýlu (výživové a režimové návyky) vznikajú v detstve a pretrvávajú počas celého života jedinca,
- výživu a režim dieťaťa je možné ľahšie ovplyvniť, a tým dosiahnuť pozitívnu zmenu (v porovnaní s dospelým jedincem).

Ciele primárnej prevencie aterosklerózy v detskom veku:

- správne interpretovať výsledky vyšetrení,
- vyhodnotiť rizikové faktory,
- presadzovať zdravú výživu, vykonať dietetické opatrenia,
- dosiahnuť želateľnú hmotnosť a hodnoty TK,
- zlepšiť telesnú kondíciu,
- odstrániť negatívne vplyvy vonkajšieho prostredia,
- upraviť hypercholesterolémiu, hypertriacylglycerolémiu, nízke hodnoty HDL, cholesterolu,
- zaistiť individuálnu starostlivosť pre vysoko rizikových jedincov,
- motivovať pacienta a rodinu k preventívnej taktike,
- dlhodobo zmeniť a upevniť zdravý spôsob života,
- radikálnejšie ovplyvňovať zdravotnícku a verejnú politiku, mienku a postoje zdravotníckych pracovníkov pri realizácii účinnej prevencie. (1, s. 85)

Primárnu prevenciu aterosklerózy v detskom veku môžeme rozdeliť na celopopulačnú a individuálnu. Celopolučná primárna prevenia - je zameraná na celú detskú populáciu, nielen na deti so zvýšeným rizikom. Cieľom primárnej prevencie tohto druhu je vplývať na tzv. ovplyvniteľne rizikové faktory aterosklerózy a znížiť ich riziko na minimum. Zlepšiť stravovacie návyky, zvýšiť pohybovú aktivitu u detí a adolescentov, zabrániť fajčeniu, celkovo ovplyvniť

životný štýl. Individuálna prevencia aterosklérozy – je zameraná na odhalenie rizikových detských jedincov z pohľadu vývoja predčasnej aterosklerózy a včasne zahájenie liečby. Ako sme už vyššie spomínali u detí nie je možné rozpoznať klinické príznaky tohto ochorenia, rizikové faktory sa zisťujú pomocou biochemických ukazovateľov, antropometrických vyšetrení a meraním krvného tlaku.

Jednou z možností vyhľadávania rizikových detí s vysokým kardiovaskulárnym rizikom je skríning cholesterolómie. Skríning môže byť selektívny, ktorý sa orientuje na detí s pozitívnou kardiovaskulárnou anamnézou, spolu s nálezom signifikantnej dyslipoproteínémie alebo univerzálny, ktorý zahŕňa celoplošné vyšetrenie detí. (3, s. 76).

V roku 2001 - 2003 bol realizovaný - Projekt primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku, ktorý sa uskutočnil za spolupráce pediatrických zložiek a zložiek verejného zdravotníctva. Hlavným cieľom projektu bolo včas zachytiť detských pacientov s dyslipoproteínémiami a inými rizikami vzniku včasnej aterosklerózy a zároveň znížiť výskyt klinických komplikácií aterosklerózy. (2, s. 20) Významným prínosom tejto pilotnej štúdie bolo zavedenie univerzálného skríningu celkového cholesterolu v rámci preventívnych prehliadok u 11. a 17. ročných detí a adolescentov a jeho legislatívne zakotvenie (Metodický pokyn pre primárnu prevenciu srdcovocievnych ochorení u detí a dospelých) .

Metodika a dizajn uvedenej štúdie boli navrhnuté epidemiológmi prípravného odborného tímu. Veľkosť súboru bola určená na 3000 detí v rámci kraja, v primeranom zastúpení mestskej a vidieckej populácie. V rámci štúdie boli vykonané v pediatrických ambulanciách biochemické vyšetrenia cholesterolu u vybraných detí a vyplnené skríningové formuláre a dotazníky.

Deti boli do štúdie zaradené na základe zohľadnenia dvoch kritérií:

1. vek 11 a 17 rokov dovŕšený v roku štúdie,
2. všetky deti vybraného lekára v týchto dvoch vekových kategóriách.

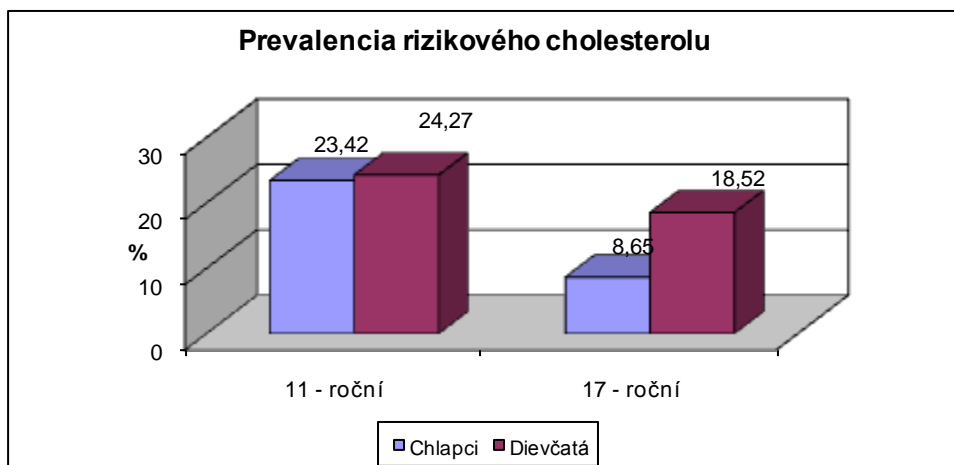
Zhotovenie databáz, čistenie údajov a ich kompletizácia prebiehali pod dohľadom celoslovenského koordinátora pre projekt – RÚVZ Banská Bystrica (vtedajšieho ŠZÚ), zodpovedného za spracovanie údajov a štatistické analýzy, ktoré sa vykonali v spolupráci s odborným pediatrickým tímom. Vkladanie údajov prebiehalo v krajských RÚVZ (vtedajších ŠZÚ). (2, s. 19)

Reálne sa štúdie zúčastnilo 22 056 detí z toho 11 120 chlapcov a 10 936 dievčat, 13 766 detí vo veku 11 rokov a 8 290 detí vo veku 17 rokov.

Tab. 1. Študovaná populácia podľa veku a pohlavia (2, s. 24)

	11 - roční	17 - roční	Spolu
Chlapci	6 965	4 155	11 120
Dievčatá	6 801	4 135	10 936
Spolu	13 766	8 290	22 056

Pri posudzovaní rizikovej hladiny celkového cholesterolu u detí sa vychádzalo referenčnej hodnoty 4,85 mmol/l pre obidve vekové kategórie a pohlavia. Zistené bolo, že prevalencia rizikového celkového cholesterolu bola vyššia u 11-ročných dievčat (24,3 %), kým u chlapcov rovnakej vekovej kategórie bola 23,4 %. U 17-ročných dievčat bola prevalencia rizikového celkového cholesterolu signifikatne vyššia (18,5 %) ako u chlapcov rovnakej vekovej kategórie (8,7 %).



Graf 1. Prevalencia rizikového cholesterolu (2, s. 28)

O 6 mesiacov po 1. skríningu sa uskutočnil u rizikových detí reskríning (za rizikovú hladinu celového cholesterolu sa pokladali hodnoty vyššie ako 4,85 mmol/l alebo nižšie ako 2,85 mmol/l. (2, s. 25)

Súčasný stav primárnej prevencie aterosklerózy u detí poskytovanej regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva

V rámci regionálnych úradov verejného zdravotníctva (ďalej len RÚVZ) sú zriadené oddelenia podpory zdravia, ktoré sa zameriavajú na prevenciu civilizačných ochorení v prevažnej miere dospeljej populácie. Poradne zdravia v rámci svojej činnosti vykonávajú rôzne druhy výchovno-preventívnych aktivít, v rámci poradní zdravia pri jednotlivých RÚVZ alebo v rámci výjazdových skupín do rôznych inštitúcií, na rôzne kultúrno-spoločenské podujatia, prostredníctvom masovokomunikačných prostriedkov, zdravotno-výchovných materiálov a iných foriem. Pri niektorých RÚVZ sú zriadené poradne pre rodiny z deťmi (vznikli na základe realizácie a výsledkov Projektu primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku), ktoré sa v spolupráci s oddeleniami hygieny detí a mládeže zameriavajú na identifikáciu rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení, vrátane rodinnej a osobnej anamnézy; individuálne poradenstvo pre deti a dospelých v oblasti zlepšenia životného štýlu; meranie krvného tlaku, antropometrických vyšetrení, vyšetrení základných biochemických ukazovateľov Reflotrónom – z kapilárnej krvi - celkový cholesterol, LDL, HDL, triglyceridy, glukózu za účelom zahájenia včasnej a účinnej intervencie, ktorej cieľom je odstránenie alebo zmiernenie rizikových faktorov včasného vzniku kardiovaskulárnych ochorení.

V roku 2009 sa v rámci hlavných úloh RÚVZ, začala realizácia projektu Zdravé deti v zdravých rodinách. Jedným zo zámerov projektu je aj rozšíriť sieť poradní pre deti a rodiny a zintenzívniť ich činnosť. V rámci projektu je pripravovaný manuál pre poradenstvo, retrospektívne sa získavajú údaje o hodnotách celkového cholesterolu u vtedajších 11 ročných detí zo štúdie Primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku, ktoré sú získavané na základe preventívnych prehliadok v ich 17 roku, distribuované na jednotlivé pediatrické ambulancie boli skríningové formuláre v regionálnej pôsobnosti participujúcich RÚVZ, s cieľom získať údaje z preventívnych prehliadok detí vo veku 11 a 17 rokov. Ide o porovnávaciu štúdiu, ktorá potrvá do marca 2010. Výsledky štúdie budú známe do konca budúceho roka.

Zoznam citovanej literatúry:

- [1] ŠIMURKA, P. a kol. Primárna prevencia srdcovo-cievnych ochorení u detí. Bratislava : GlaxoSmithKline Slovensko, 2006. 116 s.
- [2] ŠIMURKA, P., ĎATELOVÁ, M., ROSÍPAL, Š. Primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku. Martin : Osveta, 2003. 121 s.
- [3] ŠIMURKA, P. Primárna prevencia srdcovocievnych ochorení v detskom veku. In: Cardiolog., roč. 17, 2008, č. 2, s 75 - 78.
- [4] ŠRAMKA, M. a kol. Klinická patofyziológia. Prešov : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce b. P. P. Gojdiča, 2006. 264 s.
- [5] Vaše srdce: srdcovo-cievne ochorenia. Dostupné na internete:
<<http://www.cholesterol.sk/vase-srdce-srdcovo-cievne-ochorenia.php>>

Zoznam použitej literatúry:

1. Metodický pokyn pre primárnu prevenciu srdcovocievnych ochorení u detí a dospelých. In: Vestník MZ SR, 2004, čiastka 49 – 51, s. 404 - 407.
2. Naše deti môžu byť aj zdravšie: Včasná prevencia kardiovaskulárnych ochorení má svoj význam. Dostupné na internete:
<http://www.vzbb.sk/sk/tlacove_spravy/ts13.php>
3. ŠIMURKA, P. a kol. Primárna prevencia srdcovo-cievnych ochorení u detí. Bratislava : GlaxoSmithKline Slovensko, 2006. 116 s.
4. ŠIMURKA, P. Primárna prevencia srdcovocievnych ochorení v detskom veku. In: Cardiolog., roč. 17, 2008, č. 2, s. 75 - 78.
5. ŠIMURKA, P., ĎATELOVÁ, M., ROSÍPAL, Š. Primárna prevencia aterosklerózy v detskom veku. Martin : Osveta, 2003. 121 .
6. ŠRAMKA, M. a kol. Klinická patofyziológia. Prešov : Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce b. P. P. Gojdiča, 2006. 264 s.
7. URBANOVÁ, Z. a kol. Doporučení pro diagnostiku a léčbu dilipidemií u dětí a dospívajících vypracované výborem české společnosti pro aterosklerózu. Dostupné na internete:
<<http://195.250.138.169/dmev/documents/Urbanova.pdf>>.
8. Vaše srdce: srdcovo-cievne ochorenia. Dostupné na internete:
<<http://www.cholesterol.sk/vase-srdce-srdcovo-cievne-ochorenia.php>>.
9. www.vzbb.sk

Prevention of atherosclerosis in childhood within the public health

Abstract

Significant diseases of current civilization, atherosclerosis, is described by authors in this article. The pathophysiology of the disease shows its origin during childhood and therefore the need for prevention of atherosclerosis from early childhood. Authors evaluate the significance and objectives of primary prevention, its history, but also the current state by the regional health authorities.

Key words

Cardiovascular disease, atherosclerosis, prevention

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.

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

MUDr. Ivan Riedl

Urologické oddelenie FN, Trenčín

Úloha Verejného zdravotníctva v napĺňaní programu Zdravie v 21. storočí: Prevenca závislosti od alkoholu

Ivica Gulášová, Ivan Riedl

Abstrakt

V článku autori popisujú základné úlohy verejného zdravotníctva so zameraním na jednu z aktuálnych prioritných oblastí, alkoholizmus. Podrobne rozvádzajú situáciu v oblasti spotreby tabaku a alkoholu na Slovensku a v Európe. Svetová zdravotnícka organizácia pokladá alkoholizmus za jeden z najzávažnejších problémov súčasného boja o zdravie obyvateľstva. Popisujú dôležité komponenty vzniku alkoholizmu, problematiku u tínedžerov ako aj prejavy a liečbu závislosti, prevenciu a jej ciele.

Kľúčové slová

Verejné zdravotníctvo, alkoholizmus, liečba a prevencia

Úvod

Zdravie je kľúčovým faktorom rozvoja spoločnosti. Hlavným cieľom verejného zdravotníctva je dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov, predĺžiť roky produktívneho kvalitného života bez chorôb, iných zdravotných obmedzení, podporiť a udržiavať telesné, duševné zdravie a predchádzať chorobám, úrazom a invalidite. Mal by byť dosiahnutý cestou ovplyvnenia činiteľov zdravia, zníženia výskytu rizikových faktorov prostredia (životného, pracovného, sociálneho, ekonomického) ako predpokladu zdravšieho a dlhšieho života a pozitívnym ovplyvňovaním životného štýlu a správania sa obyvateľstva.

Úlohy verejného zdravotníctva

Verejné zdravotníctvo má za úlohu monitorovať zdravotný stav, identifikovať a riešiť problémy obyvateľstva, prevenciu a kontrolu prenosných a neprenosných ochorení, diagnostikovanie a vyšetrowanie zdravotných problémov a rizík obyvateľstva, informovať, vzdelávať a posilňovať obyvateľstvo v oblasti zdravia. Taktiež mobilizovať partnerstvá v komunite s cieľom

identifikovať a riešiť zdravotné problémy a tiež vypracovať a plánovať politiku, ktorá podporí individuálne úsilie a úsilie obyvateľov pre lepšie zdravie.

Základné úlohy verejného zdravotníctva

- vymáhať dodržiavanie zákonov a nariadení v oblasti ochrany a bezpečnosti zdravia, vytvárať legislatívu na úseku verejného zdravotníctva a usmerňovať tvorbu legislatívy, ktorá môže mať negatívny, či pozitívny vplyv na zdravie ľudí – štátny zdravotný a potravinový dozor,
- na základe zmien verejného zdravia prispôsobovať rozsah a štruktúru potrebám obyvateľstva,
- prepájať obyvateľov k potrebným zdravotníckym službám a zabezpečiť tieto služby ak nie sú inak zabezpečené,
- zabezpečiť kompetentnú pracovnú silu, manažment verejného zdravotníctva,
- vyhodnocovať efektívnosť, dostupnosť a kvalitu zdravotníckych služieb,
- uskutočňovať výskum vo verejnom zdravotníctve, skúmať nové pohľady a inovačné riešenia zdravotných problémov a problémov súvisiacich so zdravím.

Výkon štátnej správy na úseku verejného zdravotníctva

Štátnu správu na úseku verejného zdravotníctva, teda štátny zdravotný dozor, vykonávajú orgány verejného zdravotníctva, ktorými sú Úrad verejného zdravotníctva SR na čele ktorého je hlavný hygienik a Regionálne úrady verejného zdravotníctva na čele ktorých je regionálny hygienik. Vykonáva sa štátny zdravotný dozor v prevádzkach spoločného stravovania, školského stravovania, v prevádzkach potravinárskej výroby, v potravinárskych obchodných reťazcoch, v oblasti služieb a tiež sa monitoruje kvalita pitnej vody a pracovné prostredie. Zároveň je na každom Regionálnom úrade verejného zdravotníctva zriadená poradňa zdravia, kde sú obyvateľom regiónov dostupné informácie o zdravej výžive, pohybovej aktivite, vykonávajú sa merania cholesterolu, tlaku a podobne. Poradne zdravia sú zamerané najmä na znižovanie rizikových faktorov životného štýlu.

Verejné zdravotníctvo a štátna politika zdravia

Na základe aktuálneho smerovania Slovenskej republiky a trendov v oblasti verejného zdravotníctva v štátoch Európskej únie je treba vnímať verejné zdravotníctvo ako jeden z hlavných smerov určujúcich smerovanie štátu pri starostlivosti o verejné zdravie. Pri tvorbe priorít pre oblasť verejného zdravia je potrebný svedomitý prístup k zdraviu, ktorý musí klásť dôraz na spoluprácu medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, inštitúciami vyvíjajúcimi svoje aktivity na poli verejného zdravotníctva, vrátane inštitúcií zaoberajúcich sa výskumom vo verejnom zdravotníctve a vzdelávaním a ľuďmi prijímajúcimi rozhodnutia.

Prioritné oblasti

Na základe úrovne verejného zdravia, kde dominantnými príčinami mortality sú chronické ochorenia je potrebné presadzovať chronické ochorenia, ako jednu z celospoločenských priorít. Nové znenie Štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky má stanovené nasledovné štyri priority:

1. chronické ochorenia
2. infekčné ochorenia
3. prostredie a zdravie
4. tabak a alkohol

Chronické ochorenia

Najväčšou verejno-zdravotnou výzvou, ktorej čelí Európa sú chronické, neprenosné ochorenia. Podľa štatistík 86 % zo všetkých úmrtí a 77 % záťaže ochoreniami v Európe spôsobuje skupina ochorení, medzi ktoré patria najmä kardiovaskulárne ochorenia, nádory, duševné choroby, diabetes mellitus a chronické choroby pľúc. Spoločné smerovanie krajín Európy v budúcnosti bude charakterizované spoločnými podmienkami, ktoré sú vo vzájomnej interakcii. Spoločnými podmienkami sú: determinanty zdravia, rizikové faktory, protektívne faktory a možnosti intervencií. Orientovanie činností by malo byť zamerané na prevenciu a podporu kontroly nad chronickými ochoreniami v populácii, pretože je možné dosiahnuť pozitívne modifikovanie rizikových faktorov a determinantov zdravia.

Tabak a alkohol

V súčasnosti na Slovensku fajčí približne jedna tretina obyvateľov nad 18 rokov veku. V porovnaní s predchádzajúcimi rokmi sa situácia mierne stabilizovala aj v spojitosti s prijatými opatreniami. Národná rada Slovenskej republiky vyslovila súhlas s uzavretím rámcového dohovoru o kontrole tabaku 4. decembra 2003 uznesením č. 667. Následne bol 4.mája 2004 odovzdaný v sídle Organizácie Spojených národov ratifikačný protokol o uzavretí. Slovensko sa tým zaradilo medzi prvých trinásť štátov sveta, ktoré ho odovzdali. Na procese prípravy a prijímania dohovoru participovala Európska komisia, ktorá pokladá prevenciu fajčenia a kontrolu tabaku za jednu z prioritných oblastí verejného zdravotníctva. Európsky región predstavuje jeden z najväčších užívateľov alkoholických nápojov na úrovni spotreby 11 litrov čistého alkoholu ročne na dospelú osobu. Aj keď došlo k poklesu spotreby z pohľadu sedemdesiatych rokov, ktorá predstavovala až 15 litrov čistého alkoholu na dospelú osobu ročne, problém z pohľadu podpory verejného zdravia trvá dodnes. V Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problémy so závislosťou od alkoholu, čo predstavuje 5 % mužov a 1 % žien. Užívanie alkoholu do veľkej miery ovplyvňuje aj socio-ekonomická úroveň v smere zvýšeného užívania alkoholu u osôb, ktoré majú vyšší príjem. Aj keď na druhej strane, riziko vzniku závislosti je pravdepodobnejšie u ľudí s nízkym socio-ekonomickým statusom. Za priemerný vek začiatku konzumácie alkoholu sa podľa medzinárodných prieskumov považuje 12,5 roka. Z hľadiska zvyšovania rizika možno považovať za varujúci údaj, že mladí ľudia kombinujú súčasne užívanie viacerých druhov alkoholických nápojov než v minulosti. V súvislosti s porovnaním ukazovateľa výskytu užívania alkoholických nápojov v rámci celej EÚ je Slovensko na úrovni priemeru EÚ. Slovensko sa zaraďuje do priemeru krajín EÚ na 25 miesto. Konzum alkoholu je na vysokej úrovni v celej EÚ a je potrebné ho znížiť aj prostredníctvom opatrení so zameraním na komunity. Rámec politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom WHO. Na Slovensku je v súčasnosti aktuálny Akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom, ktorý schválila vláda v roku 2006. Podľa tohto akčného plánu je za výkon politiky kontroly alkoholu zodpovedné Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré má v trojročných intervaloch predkladať na rokovanie vlády SR správu o plnení jeho úloh. V oblasti koordinácie a výkonu politiky kontroly alkoholu je potrebné podporiť kľúčovú úlohu sektoru verejného zdravotníctva. V zahraničí je kompetencia koordinácie a výkonu niektorých nástrojov kontroly alkoholu uložená úradom verejného zdravotníctva. Dokumenty ako Národný program podpory zdravia a Národný akčný plán pre problémy s alkoholom definujú koordinačnú funkciu rezortu zdravotníctva,

respektíve verejného zdravotníctva. Obdobná kompetencia sa vzťahuje aj na výkon prevencie, edukácie a poskytovania poradenstva zo strany úradov verejného zdravotníctva. V tejto súvislosti bude do budúcnosti potrebné personálne a odborne posilniť centrá koordinácie a výkonu kontroly konzumácie alkoholu na Slovensku.

Alkoholizmus

Medzi závislosťami stále jednoznačne vedie alkoholizmus. Alkoholizmus môžeme chápať ako návyk na liehové nápoje, medzi ktoré zaraďujeme pivo, víno a koncentráty. Medzinárodná zdravotnícka organizácia alkoholizmus klasifikuje ako chorobu. Túto klasifikáciu prijalo v roku 1990 aj Ministerstvo zdravotníctva SR. Číslo diagnózy je F10. Svetová zdravotnícka organizácia pokladá alkoholizmus za jeden z najzávažnejších problémov súčasného boja o zdravie obyvateľstva. Podstatným príznakom alkoholizmu je podľa typu pitia strata kontroly alebo schopnosti abstinovať. Alkohol je u nás stále najrozšírenejšou a najnebezpečnejšou drogou. Pokladám za chybu, že sa práve o tomto probléme hovorí menej. Vytlačili ho modernejšie závislosti - počítače, automaty, mobilné telefóny, a to nie je dobré. Alkoholizmus spôsobuje vysokú úmrtnosť, a jeho dôsledky sú neporovnateľne horšie ako pri iných závislostiach. Etylalkohol používa ľudstvo už oddávna na najrozličnejšie účely. Patrí medzi látky ovplyvňujúce predovšetkým nervový systém a metabolizmus. Je to neurotoxická látka, ktorá sa bežne konzumuje a požíva pri mnohých spoločenských príležitostiach ako súčasť spoločenského života, preto je aj priveľa motívov na pitie alkoholu.

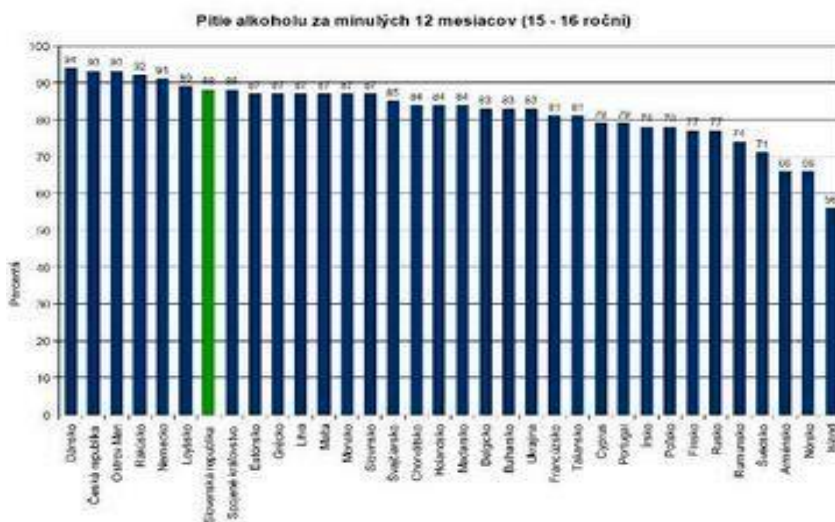
Vznik alkoholizmu

Alkoholizmus sa skladá s troch komponentov. Prvý je závislosť od alkoholu (neschopnosť prestať piť). Druhý problém pitia je to, že alkohol narúša každodenné činnosti a tretím problémom je, že užívanie alkoholických nápojov evokuje stres alebo emocionálne problémy. Medzi príčiny vzniku alkoholizmu patrí predovšetkým genetická predispozícia – veľmi častý u dvojčiek a u adoptovaných detí, ktorých rodičia sú alkoholici, abnormality mozgových neurotransmiterov alebo enzýmov, depresia, úzkosť. Podstatou vzniku alkoholizmu a iných závislostí sú biomechanické zmeny v mozgu človeka.

Alkohol a tínedžeri

Slovenskí tínedžeri v nárazovom pití alkoholu predbiehajú svojich rovesníkov z Ruska, Ukrajiny, Grécka či Talianska. Podľa štúdie ESAPAD (Európsky školský výskum prevencie voči alkoholu a iným drogám) sa za posledný mesiac až polovica mladých Slovákov vo veku od 15 do 16 rokov opila spôsobom "binge drinking," teda ťažkým nárazovým pitím. Čo je však omnoho závažjšie, podľa štúdie až 88 percent mladých ľudí na Slovensku v priebehu posledných 12 mesiacov užilo alkoholické nápoje. Slovenskí tínedžeri tak obsadili 7. miesto v rebríčku 33. krajín, ktoré výskumníci monitorovali. "Binge drinking" sa definuje ako vypitie 5 a viac alkoholických drinkov počas jednej príležitosti. Následkom takéhoto pitia môže byť vážny úraz, otrava alkoholom, agresivita či nechcené sexuálne správanie.

Ako upozornili pracovníci z Centra pre liečbu drogových závislostí, spoločnosť sa musí začať zaujímať o túto problematiku u mladých ľudí. Informovali tiež o tom, že hoci sa v médiách preferuje predovšetkým vypuklý raritný výskyt opitosti u detí, treba poukázať aj na skutočnosť, že alkohol je na príčine najväčšieho počtu úmrtí mladých ľudí vo veku od 15 do 30 rokov. Tínedžerov motivuje k pitiu samotný produkt, jeho cena a miesto predaja. Problémom je aj to, že čoraz častejšie badať toleranciu pitia alkoholu zo strany rodičov. Svoje však urobí najmä reklama. "Spoločnosti, ktoré predávajú alkohol, sa prezentujú pri rôznych športových udalostiach alebo na festivaloch. Napríklad na tričkách športovcov, ktorí by mali prezentovať zdravý životný štýl, vidíme často nápisy alkoholického nápoja," konštatovala Michala Tejová z Centra pre liečbu drogových závislostí.



Prejavy závislosti od alkoholu

Závislosť sa začína prejavovať zvyšovaním tolerancie. Prvý varovný znak je, že človek znesie čoraz väčšie množstvo alkoholu. Chronický alkoholik postupne stráca kvality svojej osobnosti, slabne jeho výkonnosť a upadajú rozumové schopnosti, taktiež telesne chradne. V spoločnosti môže byť spočiatku obľúbený pre svoju družnosť a veselosť, vzápätí však častejšie vynecháva prácu, v spoločnosti sa správa nedôstojne a jeho obľúbenosť sa pomaly stráca. Stráca záujem o rodinu, o prácu, o spoločnosť a zanedbáva svoje rodinné aj pracovné povinnosti. Alkohol utlmuje centrálny nervový systém, preto u alkoholika sú niektoré funkcie zvýšené, aby ako utlmené vyzerali normálne. Po náhlom prerušení pitia alkoholu dochádza k prerušeniu dovtedajšieho tlmivého vplyvu so vznikom abstinenčných príznakov. Tieto sú už prejavom fyzickej závislosti na alkohole.

Liečba závislosti od alkoholu a jeho prevencia

Vyliečenie z alkoholického toxikománie závisí od viacerých činiteľov. Do úvahy prichádza celková štruktúra osobnosti alkoholika, stupeň alkoholického chorobného poškodenia v telesnej i duševnej oblasti, fyzický stav, vek, prostredie, z ktorého alkoholik vyšiel a do ktorého sa po prepustení z protialkoholického liečenia vrátil, jeho profesia a pracovné prostredie, vzdelanie, kultúrna intelektová úroveň, najmä v tom smere, či a do akej miery je alkoholik schopný pripustiť, pochopiť a uznať svoj chorobný stav, akú dôležitosť prikladá skutočnosti, že pitím alkoholických nápojov si podkopáva telesné a duševné zdravie a že sa rúti do záhuby, a najmä či má úprimnú snahu a zvyšky pevnej vôle dostať sa z choroby a vyliečiť sa. Dôležité sú aj faktory, ktoré alkoholizmus vyvolali, teda etiológia a patogenéza alkoholizmu. Cieľom prevencie je presadzovať zdravý spôsob života, preto je dôležité, aby abstinujúci vedeli, prečo majú vlastne zdravo žiť a čo im tento spôsob života môže priniesť. Je potrebné, aby sa do boja proti alkoholizmu zapojila celá spoločnosť. Iniciatíva musí prísť od spoločnosti, ktorá vytvorí vhodné podmienky na tento boj.

Záver

Alkohol a jeho nadmerné pitie negatívne pôsobí na rodinu, prácu a sociálne postavenie človeka - alkoholika. Alkoholizmus je liečiteľná choroba, ak sa liečba prevádza správne a alkoholik má vôľu prestať piť, čo je v úspešnosti liečby veľmi dôležité. Úspešnosť je vcelku vysoká, až 60-70 percent abstinuje do dvoch rokov. Ak liečení pacienti vydržia dva roky, môže sa im prinavrátiť zdravie

i skonsolidovať rodina. Pri liečbe sa využíva terapia alebo poradenstvo v protialkoholických liečebniach alebo na psychiatrických klinikách. Počet chronických alkoholikov sa stále zvyšuje a v poslednom čase je medzi nimi aj veľa žien a tínedžerov. Táto novodobá narkománia kultúrneho sveta zachvacuje ľudstvo celého sveta. Spôsobuje obrovské škody v psychickej, zdravotnej, spoločenskej i materiálnej oblasti.

Použitá literatúra

- [1] Šimko, G. Konceptia verejného zdravotníctva, 2010
- [2] Masár, O. Ondrejko, P.: Rozdelenie drog a ich účinky. Protidrogová závislosť., 1999

Internetové zdroje

- [1] www.aktualne.sk : S. Harkotová, Slovenskí mladí predbehli v nárazovom pití Rusov, 2010
- [2] www.referaty.sk : Civilizačné choroby
- [3] www.sazp.sk/slovak/periodika/enviromagazin/enviro2006/.../03.pdf
- [4] www.uvzsr.sk/docs/kspz/koncepcia_SP_zdravia_SR.pdf

Role of Public Health in compliance with program of Health in the 21st century: Prevention of alcohol dependence

Abstract

In the article the authors describe the basic tasks of public health, focusing on one of the current priority areas, alcoholism. They are analyzed the situation of tobacco and alcohol in Slovakia and Europe. World Health Organization considers alcoholism to be one of the most serious problems of the current fight for public health. Authors describe the essential components of alcoholism, the problem with teenagers as well as symptoms and treatment of addiction, prevention and its objectives.

Key words

Public health, alcoholism, treatment and prevention

Kontaktné údaje

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.

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

MUDr. Ivan Riedl

Urologické oddelenie FN Trenčín

Rozvíjení technik péče o zdraví v návaznosti na obsahovou náplň předmětu výchova ke zdraví

Marie Hlaváčová

Abstrakt

Příspěvek je zaměřen na rozvoj technik z oblasti péče o zdraví a primární prevence. Znalosti a dovednosti, které podporují well-being, tzn. dobré bytí, umožňují techniky pracující s dotykem přímo či nepřímo. Koncepce volitelného předmětu základy bodyterapie - somatické psychoterapie je zaměřena na nácvik a rozvoj bodyterapeutických dovedností. Pomocí dotazníkové metody byly zjišťovány názory studentů UK 2. LF na využití vybraných technik. Výsledky pilotní studie seznamují s přínosem technik pro osobní rozvoj studentů, kteří za nejpřínosnější považovali především masáže, konkrétně masáž zad a baby masáž pro dospělé. Studenti vnímají některé techniky jako využitelné ve zdravotnických zařízeních, především na LDN, psychiatrii a v oblasti primární prevence. Z výsledků pilotní studie vyplynulo, že studenti mají zájem o zařazení bodyterapeutických technik do vzdělávacího programu lékařských fakult jako volitelného předmětu, pouze tři studenti by zařadili předmět jako povinný.

Klíčová slova

Bodyterapie; Kurikulum; Výchova ke zdraví; Well-being.

Úvod

Zdraví jistě patří mezi nejdůležitější hodnoty v životě člověka, můžeme jej však vnímat i v širších souvislostech. Cílem příspěvku je poukázat na možnosti využití vybraných bodyterapeutických technik v rámci primární prevence. Předmět základy bodyterapie (pojem bodyterapie je překládán jako psychoterapie zaměřená na tělo) přináší nový pohled na zdraví v celostním holistickém pojetí, je koncipován jako příspěvek k osobnostnímu rozvoji studentů v oblasti primární prevence. Seznamuje se základy somatické psychoterapie, jejímž cílem je proces směřování k duševní harmonii a tělesné rovnováze – well-being pomocí sebezkušenostních technik. Umožňuje pochopit koncepci holismu na úrovni biorelease, která nepřekračuje hranice odporu

člověka, se kterým pracujeme. Studenti UK 2. LF 2. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství a 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství oboru Všeobecná sestra se seznamují v rámci volitelného předmětu se základními pojmy a principy terapie zaměřené na tělo. Stručně jsou obeznámeni s historickým kontextem současné podoby bodyterapie a jejími metodami, osvojují si základní formy terapeutického kontaktu, učí se vybraným bodyterapeutickým technikám včetně masáží.

Zájem studentů o bodyterapeutické techniky se zvyšuje, což rezonuje s trendy ve společnosti. S nároky a proměnami společnosti dochází ke změnám kurikula. V současné době je otázkou, jak začlenit nové prvky do stávajícího kurikula. Pojem kurikulum je poměrně nový, proto se pohled odborníků na tento fenomén často liší, například Janík a kol. (2009) definuje kurikulum jako „moderní pojem se širokým rozsahem, jehož hlavní obsahovou složkou jsou vybrané poznatky určené k osvojování lidskými jedinci.“ V této souvislosti se jeví jako důležitá otázka týkající se optimální skladby kurikula, prostředků a postupů, která nacházejí vhodná řešení současných problémů, záměrů a nároků moderní společnosti. „Ukazuje se, že pro zvládnutí kurikulární problematiky je vhodné využít metody modelování, která umožňuje postihnout na základě systémového přístupu i složitou síť faktorů ovlivňujících a charakterizujících sledovaný jev.“ (Janík, s. 27)

Soubor respondentů, metody

V akademickém roce 2009/2010 se zúčastnilo 20 absolventů volitelného předmětu základy bodyterapie pilotní studie mapující názory studentů na bodyterapeutické techniky. Soubor respondentů tvořili studenti 2. ročníku UK 2. LF, polovina patří mezi studující magisterského studijního programu Všeobecné lékařství a druhá část studuje v bakalářském studijním programu Ošetrovatelství obor Všeobecná sestra.

Pomocí dotazníkové metody byly zjišťovány názory studentů na praktickou část výuky předmětu základy bodyterapie a přínos vybraných technik pro vlastní seberozvoj i možnosti využití jednotlivých bodyterapeutických technik ve zdravotnických zařízeních. Studenti hodnotili podmínky, ve kterých cvičení probíhala, využitelnost vybraných technik pro vlastní potřeby i ve zdravotnických zařízeních a v závěrečné části byli dotázáni na možnost zařazení vybraných technik sloužících k osobnostnímu rozvoji a prevenci syndromu vyhoření do vzdělávacího programu.

Výsledky pilotní studie

Pilotní studie byla zaměřena na praktickou část výuky předmětu základy bodyterapie a význam doteku v pomáhajících profesích. První otázka byla zaměřena na výběr technik, které studenti osobně vnímali jako velmi přínosné, umožňovala volné odpovědi. Studenti byli seznámeni v rámci výuky se základním souborem 10 technik, 30 % studentů považovalo jako velmi přínosné všechny techniky, 40 % studentů jmenovalo masáže obecně, ostatní se zaměřili na jednotlivé metody – 40 % konkrétně masáž zad, 30 % respondentů lifting, dalších 30 % baby masáž pro dospělé, 25 % uvedlo práci s dechem, 20 % masáž chodidel, 15 % základní druhy doteku, 5 % masáž dlaně.

Základním principem pro bodyterapeutickou práci je vytvoření bezpečného prostředí. Praktická cvičení určená pro výuku bodyterapeutických technik probíhala v učebně v klidné části budovy, kde je koberec, cvičení byla doprovázena příjemnou relaxační hudbou. Po masáži byla samozřejmostí určitá doba na „zažít“ techniky, při které je hlavním úkolem studentů vnímat účinky masáže a pocity v těle. Další otázka se tedy soustředila na specifické podmínky, ve kterých praktická výuka probíhá. V polouzavřené otázce týkající se podmínek pro výuku, studenti vybírali to, co považovali za důležité – klidné prostředí, koberec v učebně, příjemná hudba, a jiné. Studenti vnímali jako potřebné klidné prostředí (75 % odpovědělo kladně), dále zařadila většina studentů (80 %) učebnu s kobercem. Příjemnou hudbu v době cvičení potřebuje 70 % studentů. Většina vnímala čas na procvičení technik jako dostatečný, pouze 25 % studentů potřebovalo více času. Někteří studenti doplnili další specifické podmínky – 10 % čerstvý vzduch, 5 % vůni, 5 % vhodnější prostory, 5 % příjemnou místnost, 10 % větší teplo v místnosti, 10 % studentů uvedlo naladěnost zúčastněných.

Na otázku týkající se technik, které podpořily u studentů prožitek uvolnění, pohody, osobní pohody (well-being) odpověděli studenti takto: 75 % masáž zad, 60 % masáž chodidel, 50 % lifting, 35 % základní druhy doteku, 25 % techniky podporující kvalitu dechu.

Znalostní otázka, týkající se vysvětlení pojmu well-being, byla zodpovězena všemi studenty (100 %) správně, tj. jako dobré bytí, osobní pohoda, celková tělesná a duševní pohoda, pěstování pohody.

V další otázce byly zjišťovány názory studentů na možnost využití jednotlivých technik ve zdravotnických zařízeních, viz tab. č. 1.

TAB. č. 1: Názory studentů na možnost využití vybraných BT technik ve zdravotnickém zařízení

	LDN	interní odd.	preventivní péče	psychiatrie
masáž chodidel	70 %	30 %	80 %	60 %
lifting	70 %	25 %	70 %	55 %
pevný dotyk	75 %	30 %	20 %	60 %
uvolňující dotek	70 %	35 %	45 %	45 %
aktivizující dotek	60 %	25 %	40 %	20 %
všechny techniky	15 %	15 %	15 %	15 %

Na otázku, zda si studenti myslí, že by budoucí lékař nebo sestra měli být seznámeni s technikami, které navozují pocity uvolnění, slouží k osobnímu rozvoji a prevenci syndromu vyhoření, odpověděli všichni ano, 85 % studentů bez další poznámky, ostatní se vyjádřili s dodatkem (5 % ano, pokud o to stojí), (10 % ano, v rámci prevence syndromu vyhoření).

Výsledky pilotní studie prokázaly zařaditelnost předmětu seznamujícího s aktivitami vedoucími k well-being do vzdělávacího programu. Z volných odpovědí vyplynulo, že si 15 % studentů přeje předmět jako povinný, 85 % respondentů jako volitelný. Z těchto 85 % studentů se 20 % vyjádřilo s poznámkou, například: „tento předmět se člověk musí chtít učit, protože jinak nemůže splnit ani jednu roli tak, jak by měla být splněna“, (tím je myšlena role „terapeuta“, který poskytuje masáž a „klienta“, který je masírován), dalším vysvětlením bylo, že „nemá smysl učit někoho, kdo o to nemá zájem“, dalším názorem bylo přání většího rozsahu technik, jiným přáním bylo více technik využitelných ve zdravotnické praxi.

Závěr

Vzhledem k tomu, že zdraví patří mezi nejdůležitější životní hodnoty, je třeba jej různými metodami a technikami podporovat. Příspěvek reflektuje výsledky pilotní studie týkající se předmětu základy bodytherapie, který v rámci mezipředmětových vazeb a vztahů rozvíjí techniky péče o zdraví v návaznosti na obsahovou náplň předmětu výchova ke zdraví.

Vybrané bodytherapeutické techniky nácvikem dovedností vedoucích k rozšíření tělesného vnímání studentů a jejich osobnostnímu rozvoji v oblasti péče o zdraví působí v oblasti primární prevence.

Literatura

JANÍK, Tomáš; MAŇÁK, Josef; KNECHT, Petr. *Cíle a obsahy školního vzdělávání a metodologie jejich utváření : Pedagogický výzkum v teorii a praxi*. 1.vydání. Brno : Paido, 2009. 181 s. ISBN 978-80-7315-194-2.

Kontaktní údaje

PhDr. Marie Hlaváčová

UK 2. LF v Praze

e-mail: marie.hlavacova@lfmotol.cuni.cz

Krvné infekcie súvisiace s používaním intravenózných katétrov

Soňa Hlinková, Róbert Rusnák

Abstrakt

Krvné infekcie predstavujú vážny globálny zdravotnícky problém. Majú významný dopad na morbiditu, finančné zaťaženie a tvoria až jednu tretinu nozokomiálnych infekcií, ktoré končia smrťou. Preto je snaha znížiť ich incidenciu. Práca ponúka na základe relevantnej vedeckej literatúry a medzinárodných odporúčaní (CDC) prehľad základných najnovších poznatkov o krvných infekciách vzniknutých v súvislosti s venóznym katétrom zameraných na epidemiológiu, rizikové faktory a prevenciu krvných infekcií.

Kľúčové slová

Krvné infekcie. Venóznym katéter. Rizikové faktory. Epidemiológia. Prevencia.

Abstract

Bloodstream infections are global health care problem. They have significant impact on morbidity, financial burden and they accounted for nearly 1/3 of health care acquired infections associated deaths. Therefore there is considerable interest to reduce the incidence of these infections. The relevant scientific literature and international evidence-based recommendations (CDC) were evaluated. The study provide overview of catheter associated bloodstream infections oriented on epidemiology, risk factors and prevention of blood infections.

Key words

Bloodstream infections. Venous catheter. Risk factors. Epidemiology. Prevention.

Krvné infekcie (KI), ktoré vznikajú v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti patria medzi vážne nozokomiálne infekcie (NI) (1). Tvorí až jednu tretinu infekcií, ktoré končia smrťou (2). V Európskej únii KI predstavujú 10,5 % zo všetkých NI, z čoho 52 % bolo v súvislosti s používaním katétra (3). V USA ročne vznikne 250 000 KI v súvislosti s centrálnym venóznym katétrom (CVK). Z toho 80 000 na JIS (4). Na základe viacerých analýz sa potvrdil podstatný dopad týchto infekcií z hľadiska morbidít aj finančného zaťaženia (5-8). Preto v snahe zlepšiť zdravotný stav pacienta a redukovať náklady je veľký záujem zdravotníckych pracovníkov, poisťovní, zdravotného dozoru a advokátov o zníženie incidencie týchto infekcií. Táto snaha musí byť interdisciplinárna. Teda mala by zahŕňať tých, ktorí nariaďujú zavedenie a odstránenie intravaskulárnych katétrov, ktorí ich zavedú a starajú sa o ne, pracovníkov kontroly infekcií, zdravotnícky manažment a pacientov, ktorí sú schopní sa postarať o svoj CVK.

Epidemiológia a mikrobiológia

Počet KI je ovplyvnený faktormi zo strany pacienta, ako závažnosť a typ ochorenia (ako napr. tretí stupeň popálenia verzus kardiologická operácia), faktormi týkajúcimi sa katétrov (typ katétra a podmienky za akých bol zavedený) a faktormi súvisiacimi so zdravotným zariadením (počet postelí, akademická afiliácia). Vyhodnotenie uvedených faktorov umožňuje vnútorné alebo vonkajšie porovnanie jednotlivých zdravotníckych zariadení. Z analýzy NHSN v roku 2006 vyplýva, že počet krvných infekcií v súvislosti s katétrom (KKI) sa pohyboval od 1,3/1000 katéetrových dní na interno-chirurgickom oddelení po 5,6/1000 katéetrových dní na popáleninovej jednotke intenzívnej starostlivosti JIS (8). Zdá sa, že za posledných 20 rokov dochádza na JIS k poklesu incidencie infekcií v súvislosti s CVK (10).

Najčastejšími zaznamenanými patogénmi spôsobujúcimi nozokomiálne KI zastávajú koaguláza negatívne stafylokoky, *Staphylococcus aureus*, *Enterococci* a *Candida spp.* (11). Gram negatívne *bacilli* boli zodpovedné za 19-21 % KKI nahlásených CDC (12). Pre všetky patogénne spôsobujúce KI je spoločným problémom rezistencia (najmä na JIS). Hoci methicillin rezistentný *Staphylococcus aureus* (MRSA) sa nachádza vo viac ako 50 % izolátov získaných z JIS, incidencia MRSA KKI za posledné roky poklesla, pravdepodobne ako výsledok preventívnych opatrení (13). Čo sa týka gram negatívnych paličiek, rezistencia na tretiu generáciu cefalosporínov signifikantne

stúpla u *Klebsielly pneumoniae* a *E. coli*. Podobne aj rezistencia na imipenem a ceftazidine u *Pseudomonas aeruginosa*.

Rizikové faktory a zdroje kontaminácie

WHO považuje za najdôležitejšie rizikové faktory vzniku BSI použitie vaskulárnych katétrov, nových invazívnych technológií, novorodenecký alebo pokročilý vek, ťažký zdravotný stav, neutropéniu, imunodeficienciu, poskytovanie intenzívnej starostlivosti, nedostatočne trénovaný personál a sledovanie týchto infekcií (14). Niektorí autori ešte tieto rizikové faktory BSI dopĺňajú o otvorené infúzne kontajnery a systémy (15,16). Eggimann vo svojej štúdií tvrdí, že väčšina nozokomiálnych KI vznikla v súvislosti s intravaskulárnymi pomôckami (17).

Na to, aby mikroorganizmus mohol vyvolať infekciu je potrebné, aby sa dostal k extraluminálnemu alebo intraluminálnemu povrchu katétra. V súčasnosti hovoríme o štyroch spôsoboch kontaminácie katétrov. Migráciou kožných organizmov z miesta inzercie katétra pozdĺž povrchu katétra spolu s kolonizáciou špičky katétra (toto je najčastejšia cesta vzniku infekcie u krátkodobých katétrov) (18-20). Priamou kontamináciou katétra alebo jeho špičky rukami, alebo kontaminovanou tekutinou, alebo pomôckami (21,22). Hematogénnou cestou, kedy sa mikroorganizmy pochádzajúce z iného miesta v tele dostávajú ku katétru krvnou cestou (k takejto kontaminácii však nedochádza často) (23). Kontamináciou infúzneho roztoku ku ktorej dochádza pomerne zriedkavo (kontaminácia infúzných roztokov najčastejšie vzniká pri zanedbaní aseptických postupov pri ich príprav) (24).

V nemocničnom prostredí môžu byť rezervoármi potencionálnych patogénov povrchy. U $\frac{3}{4}$ pacientov s MRSA sa vyskytuje kontaminácia prostredia izby. Kontaminované boli viaceré predmety ako napríklad posteľ, pacientove oblečenie, manžeta na meranie tlaku, posteľné oblečenie, posteľný stolík, podlaha atď. Kontaminácia týchto miest môže potom slúžiť ako zdroj pre ruky alebo rukavice zdravotníckych pracovníkov (25). Na viacerých JIS bola tiež zaznamenaná kontaminácia manžiet na meranie tlaku. 83 % z nich pochádzalo z JIS a 77 % manžiet bolo zo stolíka sestier. Bolo izolovaných 30 typov patogénnych baktérií. 74 % z týchto izolátov obsahovalo *Staphylococcus aureus*, z ktorých skoro polovica bola rezistentná na methicilin (26). Aj napriek najlepším farmaceutickým praktikám môže dôjsť ku kontaminácii infúzneho roztoku (27). K mikrobiologickej kontaminácii infúzneho roztoku môže dôjsť buď vnútornou (počas výroby) alebo vonkajšou (počas prípravy) cestou. Vnútoraná

kontaminácia roztoku sa v súčasnosti vyskytuje veľmi ojedinele vďaka zlepšeniu kvality prípravy. Vonkajšia kontaminácia je hlavnou príčinou epidemických bakterií vzniknutých v súvislosti s infúziou (28). Na dosiahnutie redukcie rizika počas prípravy je potrebné uprednostniť použitie laminárneho boxu, trénovaného personálu a používať striktné aseptické techniky (29). Niektorí autori odporúčajú používanie už pripravených infúzných roztokov, buď lekárňou, alebo farmaceutickou spoločnosťou. Vyšší počet kontaminácií bol pozorovaný počas prípravy v nemocnici v porovnaní s prípravou v lekárni v laminárnom boxe (30,31).

Medzi dôležité determinanty v patogenéze vzniku KKI patrí materiál, z ktorého je katéter vyrobený, faktory zo strany hostiteľa, týkajúce sa proteínovej adhézie fibrínu a fibronektínu, ktoré akoby obalujú katéter (32) a vnútorné faktory virulencie mikroorganizmu zahŕňajúce extracelulárnu produkciu polymetrických substancií.

Prevenia

Definovanie a implementácia preventívnych opatrení má významný vplyv na zníženie výskytu KI. Hlavný dôraz je potrebné dávať na:

1. vzdelávanie a tréning zdravotníckeho personálu, ktorý zavádza a stará sa o katétre
2. používanie maximálne sterilných bariérových opatrení počas zavádzania CVK
3. používanie 2 % chlórhexidínových preparátov na kožnú antisepsu
4. vyhýbanie sa rutinnej výmene centrálnych venózných katétrov
5. používanie antisepticky/antibioticky impregnovaných krátkodobých CVK a chlórhexidínových impregnovaných krytí v prípade, že počet infekcií je vysoký i napriek kladeniu dôrazu na ostatné stratégie

Najväčší dôraz sa kladie na aseptické praktiky extraluminálnej cesty. Dobré aseptické techniky pri zavádzaní katétra zaznamenali výraznú zmenu. No i napriek preventívnym opatreniam intraluminálne cesty prenosu patogénov sú zdrojom patogénov, ktoré vedú k vzniku KI (18). Počet mikrobiologických kontaminácií poklesol, hoci sa stále vyskytoval, na základe používania rukavíc a opakovanej dezinfekcie izopropyl alkoholom.

Ďalším významným preventívnym opatrením je používanie uzavretého systému (33). Uzavretý systém pozostáva z úplne skladateľného vrečka, ktoré

nepotrebuje externý filter na svoje vyprázdnenie. Ďalej, zvyšný objem po podaní nesmie prekročiť 5 % objemu pred podaním (34). Skladateľné vrečko teda zabezpečuje menšie množstvo reziduálneho objemu, ktorý ostáva v porovnaní s polopevnými zásobnými fľašami (35). Vstupy pre injekciu by mali byť samotesniace. Ďalej všetky infúzne systémy vyžadujú, aby zásobníky zabezpečili nezmenenú konsistenciu a množstvo počas podávania (bez pomoci mechanických pomôcok, napr. infúzna pumpa). Prechod z otvoreného systému na uzavretý sa významne prejaví poklesom množstva krvných infekcií v súvislosti s centrálnym venóznym katétrom. Toto tvrdenie podporuje aj štúdia vykonaná v Taliansku. V ktorej klesol výskyt týchto infekcií z 8,2 infekcií/1000 katérových dní na 3,5 na 1000 katérových dní (15,16).

Záver

KI predstavujú globálny zdravotnícky problém. Jedným z významných zdrojov patogénov spôsobujúcich KI je nemocničné prostredie. Veľmi dôležitú úlohu pri znížení výskytu KI zohrávajú preventívne opatrenia zamerané na dodržiavanie aseptických postupov, druh a spôsob použitia invazívnych pomôcok a edukácia zdravotníckeho personálu. Z toho treba veľký dôraz klásť na manažment venózných katétrov personálu infúzných súprav, s cieľom znížiť počet vstupných brán pre mikroorganizmy.

Použitá literatúra

- [1] Lesňáková, A., Pučať, P.: Akreditácia zdravotníckeho zariadenia a sledovanie nozokomiálnych nákaz. In: Zdravotnícke štúdie. Roč. 1, č. 1, (2008). Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008. s. 32-35. ISSN 1337-723X, www.crepc.sk
- [2] Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Jr. et al. Estimating health care-associated infections and deaths in US hospitals, 2002. Public Health Rep 2007; 122: 160–166.
- [3] European Center for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe. Available at: http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/081215_AER_long_2008.pdf. Accessed July 2009.
- [4] Maki DG, Kluger DM and Crnich CJ. The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: a systematic review of 200 published prospective studies. Mayo Clin Proc 2006;81:1159-71

- [5] Tacconelli E et al. Epidemiology, medical outcomes and costs of catheter-related bloodstream infections in intensive care units of four European countries: literature- and registry-based estimates. *J Hosp Infect.* 2009 Jun;72(2):97-103. Epub 2009 Feb 25.
- [6] Rosenthal VD, Guzman S, Migone O, Crinch CJ. The attributable cost, length of hospital stay and mortality of central line-associated bloodstream infection in intensive care departments in Argentina: A prospective, matched analysis. *Am J Infect Control* 2003;31:475-80.
- [7] Salomao R , Rosenthal, VD et al. APIC Meeting. Tampa, USA. June 2006
- [8] Higuera F, Rangel-Frausto MS, Rosenthal VD, Soto JM, Castanon J, Franco G, et al. Attributable cost and length of stay for patients with central venous catheter-associated bloodstream infection in Mexico City intensive care units: a prospective, matched analysis.
- [9] Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, Dudeck MA, Pollock DA and Horan TC. National Healthcare Safety Network (NHSN) Report, data summary for 2006 through 2007, issued November 2008. *Am J Infect Control* 2008;36:609-26
- [10] Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections CDC draft
- [11] Wisplinghoff H, Bischoff T, Tallent SM, Seifert H, Wenzel RP and Edmond MB. Nosocomial bloodstream infections in US hospitals: analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study. *Clin Infect Dis* 2004;39:309-17
- [12] Gaynes R, Edwards JR. Overview of nosocomial infections caused by gram-negative bacilli. *Clin Infect Dis* 2005;41:848-54
- [13] Burton DC, Edwards JR, Horan TC, Jernigan JA and Fridkin SK. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* central line-associated bloodstream infections in US intensive care units, 1997-2007. *JAMA* 2009;301:727-36
- [14] WHO. World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge Program 2005-2006. Geneva Switzerland.
- [15] Rosenthal VD, Maki DG. *Am J Infect Control.* 2004;32:135-141.
- [16] Franzetti F et al. *Epidemiol Infect.* 2009 Jul;137(7):1041-8. Epub 2009 Jan 15.

- [17] Eggimann P et al. Clin Microbiol Infect. 2002 May;8(5):295-309.
- [18] Safdar N, Maki DG. The pathogenesis of catheter-related bloodstream infection with noncuffed short-term central venous catheters. Intensive Care Med 2004;30:62-7
- [19] Mermel LA, McCormick RD, Springman SR and Maki DG. The pathogenesis and epidemiology of catheter-related infection with pulmonary artery Swan-Ganz catheters: a prospective study utilizing molecular subtyping. Am J Med 1991;91:197S-205S
- [20] Maki DG, Weise CE and Sarafin HW. A semiquantitative culture method for identifying intravenous-catheter-related infection. N Engl J Med 1977;296:1305-9
- [21] Raad I, Costerton W, Sabharwal U, Sacilowski M, Anaissie E and Bodey GP. Ultrastructural analysis of indwelling vascular catheters: a quantitative relationship between luminal colonization and duration of placement. J Infect Dis 1993;168:400-7
- [22] Dobbins BM, Kite P, Kindon A, McMahon MJ and Wilcox MH. DNA fingerprinting analysis of coagulase negative staphylococci implicated in catheter-related bloodstream infections. J Clin Pathol 2002;55:824-8
- [23] Anaissie E, Samonis G, Kontoyiannis D, et al. Role of catheter colonization and infrequent hematogenous seeding in catheter-related infections. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1995;14:134-7
- [24] Raad I, Hanna HA, Awad A, et al. Optimal frequency of changing intravenous administration sets: is it safe to prolong use beyond 72 hours? Infect Control Hosp Epidemiol 2001;22:136-9.
- [25] Boyce JM et al. Study conducted at a teaching hospital, US. MRSA = methicillin resistant Staphylococcus aureus Infect Control Hosp Epidemiol. 1997;18:622-627.
- [26] Study conducted at a university hospital, France. de Gialluly C et al. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006;27:940-943
- [27] Púčať, P., Lesňáková, A.: Hygiena v nemocničných zariadeniach In: Zdravotnícke štúdie. Roč. 1, č. 1 (2008). Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008. s. 35-39. ISSN 1337-723X, www.crepc.sk

- [28] Seifert H et al. Catheter –Related Infections. 2nd edition. Informa Healthcare.
- [29] Weinstein SM et al. Plumer’s Principles and Practice of Intravenous Therapy. 8th edition. Philadelphia, PA. Lippincott, Williams & Wilkins.
- [30] Poretz DM et al. Am J Hosp Pharm. 1974;31:726-732.
- [31] Trissel LA et al. Am J Health-Syst Pharm. 2007;64:837-841
- [32] Mehall JR, Saltzman DA, Jackson RJ and Smith SD. Fibrin sheath enhances central venous catheter infection. Crit Care Med 2002;30:908-12
- [33] Donlan RM, Costerton JW. Biofilms: survival mechanisms of clinically relevant microorganisms. Clin Microbiol Rev 2002;15:167-93
- [34] Rosenthal VD, Maki DG, et al. Ann Intern Med. 2006;145:582-591.
- [35] Gabay M, von Martius K. Comparative evaluation of collapsible versus semi-rigid intravenous containers. Technol Health Care. 2008;16(6):429-35

Kontaktné údaje

RNDr. Soňa Hlinková, PhD.

MUDr. Róbert Rusnák, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Ústredná vojenská nemocnica SNP-FN Ružomberok

e-mail: hlinkova@ku.sk

rusnacr@uvm.sk

Kvalita života pacientů s duševní poruchou

Jiřina Hosáková, Darja Jarošová

Abstrakt

Příspěvek je věnován problematice subjektivního hodnocení kvality života pacientů s duševní poruchou. Duševní poruchy mají často chronický charakter a významně ovlivňují uplatnění a schopnosti pacientů v běžném životě. Na základě subjektivního hodnocení při použití vhodných měřících nástrojů lze definovat oblasti, ve kterých pacienti udávají nespokojenost. Znalost těchto oblastí umožní volbu vhodných intervencí a léčebných postupů, které povedou k uspokojení potřeb a následně ke zlepšení v prožívání a celkovém hodnocení životní spokojenosti.

Klíčová slova

Sestra, duševní porucha, kvalita života, pacient, ošetrovatelská péče, schizofrenie

Úvod

Pojem duševní porucha bývá označením pro některé psychické procesy, jejichž projevy lze sledovat v chování, myšlení a prožívání člověka. Tyto změny bývají důvodem, proč je nemocnému znesnadněné fungování ve společnosti.[1] Dopady duševních poruch jsou patrné v rovině individuální, sociální i ekonomické, což ovlivňuje pocit životní spokojenosti, tedy kvalitu života. [2] V tomto ohledu bývají považovány za nejzávažnější choroby z okruhu schizofrenních poruch. Vlivem halucinací a bludů dochází u pacientů ke zkreslenému vnímání reality, rozpadu v myšlení, u pacientů je patrné nezvyklé chování a vyhýbání se sociálním kontaktům. První příznaky onemocnění se objevují nejčastěji v období rané dospělosti, choroba má ale progresivní charakter a chronický průběh. Pacienti často přicházejí o zaměstnání, mění se jejich finanční situace. Z důvodu zvláštností v chování ztrácí přátelé a často se od nich odvrací i rodina, která vnímá jejich chování jako schválnost či nedostatek snahy. V případě, kdy se rodina aktivně na péči pacienta podílí, dochází k ovlivnění kvality života i u jejich příslušníků.

Definovat kvalitu života (quality of life) je problematické a definic lze najít v literatuře několik. Obecně lze říct, že pokud hovoříme o kvalitě života, obvykle

sledujeme, jaký dopad má onemocnění jedince na jeho fyzický či psychický stav, na jeho způsob života a pocit životní spokojenosti. [3] Hodnocení vychází z Maslowovy teorie potřeb, tedy z uspokojení základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánek, úleva od bolesti) a z uspokojení potřeb vývojově vyšších (potřeba bezpečí, potřeba blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). V současné době existuje celá řada definic kvality života, ale zdá se, že žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. [3] Kvalitou života pacientů s duševní poruchou se v posledních letech zabývalo mnoho studií u nás i v zahraničí. V České republice proběhly studie zaměřené například na kvalitu života pacientů s poruchou příjmu potravy nebo u pacientů se schizofrenií po absolvování psychoedukačního programu. V zahraničí se výzkumem v oblasti hodnocení kvality života zabývali pracovníci lékařských i nelékařských zdravotnických profesí. V České republice byli řešiteli většinou lékaři nebo psychologové a i výsledky byly pravděpodobně využity spíše v kurativě. Výzkum v psychiatrické ošetrovatelské péči není dosud v České republice prováděn.

Vývoj v oblasti ošetrovatelství v posledních letech klade stále větší důraz na zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Zavádění ošetrovatelského procesu do praxe s sebou přineslo posun v poskytování individualizované péče. Duševní poruchy mají většinou chronický charakter a jejich progresse výrazně ovlivňuje schopnost uspokojování vlastních potřeb. Pokud dokážeme identifikovat pro pacienta důležité oblasti života a zjistíme míru spokojenosti s nimi, můžeme plánovat péči cíleně a efektivně a tím zlepšit nejen jeho prožívání, ale i celkovou pohodu.

Metodika

Ke zmapování situace ve sledování kvality života u pacientů s duševní chorobou bylo provedeno systematické vyhledávání v elektronických databázích Medscape, PubMed, Science Direct, BioMed Central a Scholar Google. K vyhledávání byla použita v českém a anglickém jazyce následující klíčová slova: kvalita života, duševní choroba, ošetrovatelská péče, schizofrenie. Výběr nalezených studií byl omezen na publikace zveřejněné od roku 1997 do roku 2011.

Výsledky

Kvalita života u pacientů s duševní poruchou byla zkoumána opakovaně jak u pacientů, tak u pečujících osob. Pro měření životní spokojenosti byly v nalezených studiích využívány jako měřicí nástroj různé typy dotazníků. V nalezených studiích byly u pacientů se schizofrenním onemocněním nejčastěji použity nástroje Dotazník kvality života SQUALA (Subjective Quality of Live Analysis) a Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10). Jejich častější volba byla pravděpodobně dána faktem, že oba nástroje jsou určeny pro nemocné s duševní chorobou. V některých studiích byl použit dotazník WHOQOL-BREF, který je ale ve větší míře zaměřen na hodnocení somatického zdravotního stavu. I pokud byly ale použity jiné hodnotící nástroje, některé hodnocené oblasti byly obdobné.

V nalezených studiích lze vysledovat určité stejné výsledky. Z hlediska pohlaví udávají v nalezených studiích obecně vyšší kvalitu života pacientky ženy než pacienti muži. Důvodem je pravděpodobně větší samostatnost žen v oblasti sebek péče. Bez rozdílu pohlaví negativně hodnotí vlastní kvalitu života pacienti se špatnou sociální podporou, pacienti bez stálého partnera, žijící sami a pacienti s nedostatkem finančních prostředků. Tento fakt je patrný hlavně u mladších respondentů. Přibývajícím věkem negativní hodnocení v těchto oblastech snižuje. [7] Schizofrenie je chronické onemocnění, kde dochází k postupným změnám v osobnosti i ve schopnostech nemocných. Následkem těchto změn pacienti přicházejí o zaměstnání a bývají odkázáni na různé formy sociálních dávek či důchodů. [7, 8] Změny v chování mají dále za následek omezení sociálních vztahů. Řadu negativních důsledků má taky stigmatizace pacientů s duševní poruchou. Pacienti s duševní poruchou bývají často považováni za nebezpečné, proto ztrácí přátele a z hlediska sociálních vztahů jsou izolováni. [9]. Horší negativní subjektivní hodnocení vlastní kvality života lze také sledovat u pacientů s vysokoškolským vzděláním. Tito pacienti si pravděpodobně více uvědomují závažnost a nepříznivou prognózu choroby. [7]

Z uvedeného je patrné, že v rámci poskytování péče je vhodné pacientům poskytovat co nejvíce informací nejen o chorobě a léčbě, ale také o možnostech komunitní péče, které jsou dostupné v místě bydliště pacientů. Například v České republice probíhá několik edukačních programů, které jsou určeny jak pro pacienty s psychózou, tak pro jejich blízké (nap. Prelapse, Program pro dobré zdraví). Tyto programy vedou jak lékaři, tak proškolené všeobecné sestry a probíhají jak v rámci lůžkové, tak ambulantní péče. Souvislost mezi absolvováním psychoedukačního programu a změnou v subjektivním

hodnocení kvality života sledovala pomocí dotazníku SQUALA v České republice např. Motlová, která ve své studii hodnotila kvalitu života u schizofreniků a jejich blízkých před a po absolvování psychoedukačního programu. Logickým bylo zjištění, že rodinní příslušníci hodnotili vlastní kvalitu života pozitivněji než jejichž nemocní příbuzní a ani po absolvování edukačního programu nedošlo v jejich hodnocení ke změnám. Tito respondenti ale pozitivně hodnotili lepší pochopení chování svých blízkých s duševní poruchou. Pacienti po absolvování edukačního programu udávali zlepšení v oblastech fyzické soběstačnosti, psychické pohody a rodiny. To je pozitivní zjištění, neboť tyto oblasti lze ovlivnit vhodně plánovanou péčí. [6]

Zajímavý pohled na kvalitu života pacientů se schizofrenií představila ve své práci Valášková, která porovnávala subjektivní hodnocení kvality života nemocných se subjektivním hodnocením jejichž kvality života pečujícími profesionály – psychiatry a psychology. K hodnocení použila již zmiňovaný Dotazník kvality života SQUALA. Z jejího šetření se ukázaly dva zajímavé výsledky. Rozdíl v pohledu profesionálů a nemocných na kvalitu života byl minimální a spočíval zejména v kvantitativním hodnocení míry důležitosti, spokojenosti a celkové kvality života v jednotlivých jednotlivých položkách. Při poskytování péče by tedy nemělo docházet k volbám nevhodných terapeutických postupů. Druhým pozitivním zjištěním byl fakt, že psychiatrickí profesionálové přisuzují v životě pacientů s psychózou důležitost těm oblastem, které dokážou sami ovlivnit, např. na míru informovanosti o nemoci a užívaných lécích a také na přístup zdravotnického personálu. U použitých informačních databázích nebyla nalezena žádná práce, která by se zabývala hodnocením kvality života z pohledu sestry.

Závěr

Z výsledků nalezených studií lze konstatovat, že duševní choroby závažně zasahují do života nemocných a ovlivňují jejich subjektivní vnímání kvality života. Na základě zjištěných výsledků lze určit některé rizikové faktory, které subjektivní hodnocení ovlivňují, např. pohlaví, věk nebo nejvyšší dosažené vzdělání. Důležitým se jeví také nutnost zapojení blízkých do edukačních programů. Znalosti o duševních poruchách umožňují lépe porozumět chování a potřebám nemocných rodinných příslušníků a následně nejen pomoci v uspokojování potřeb, ale zároveň poskytnout potřebnou sociální oporu. Identifikace problematických oblastí je důležitá i pro profesionály, neboť umožňuje následně poskytnout vhodnými intervencemi cíleně takovou pomoc,

kteřá pocit subjektivní celkové spokojenosti zvýší. Źádoucíím by byl také výzkum hodnocení kvality Źivota z pohledu sester, neboť jejichŹ hodnocení není známé a mŹže docházet k nedostatkŹm v plánování pēče.

Literatura

- [1] HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s.424-425. ISBN 80-7178-303-X
- [2] [Http://eur-lex.europa.eu](http://eur-lex.europa.eu) [online]. Brusel : 14.10.2005 [cit. 2011-03-11]. ZELENÁ KNIHA. Dostupné z WWW: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf
- [3] KLENER, P., aj. *Klinická onkologie*. Praha, Galén, 2002. 686 s. ISBN 80-7262-151-3
- [4] ATKINSON, R. et al. 2003. *Psychologie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
- [5] DRAGOMIRECKÁ, E. *Kvalita Źivota jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění*. Závěrečná zpráva. Grant IGA MZ ČR č. IZ/4012-3, Praha, 2000.
- [6] MOTLOVÁ, Lucie, et al. Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu na kvalitu Źivota pacientŹ a jejich příbuzných. *Psychiatrie* [online]. 2002, 6, 4, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/cns/cns2000/konference/supl402.pdf>>. ISSN 1211-7579.
- [7] GOODMAN, Marianne, et al. Measuring Quality of Life in Schizophrenia: Quality of Life in Schizophrenia. *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal* [online]. 1997, 6, 2, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <http://www.medscape.com/viewarticle/430847_3>. ISSN 1532-043X.
- [8] KOVESS-MASFÉTY, Viviane , et al. Schizophrenia and quality of life: a one-year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry* [online]. 2006, 6, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/39/>>. ISSN 1471-244X-6-39.
- [9] VERHAEGHE, Mieke , et al. Stigma and Client Satisfaction in Mental Health Services. *Journal of Applied Social Psychology* [online]. 2010, 9, [cit. 2011-03-11]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1559-1816.2010.00659.x/full>>. ISSN 1559-1816.2010.00659.x.

- [10] VALÁŠKOVÁ, Kamila. *Kvalita života nemocných s psychózou* [online]. Masarykova univerzita v Brně : Masarykova univerzita v Brně , 2007. 47 s. Dizertační práce. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Psychologickýústav. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/23439/ff_r/Teze_-_PhDr_1_.___2007.pdf>.
- [11] AWAD , Ag, et al. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics* [online]. 1997, 11, 1, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10172917>>. ISSN 1170-7690.
- [12] BROWNE, Stephen , et al. Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2000, 176, [cit. 2011-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/176/2/173>>. ISSN 1472-1465.

Kontakt

Mgr. Jiřina Hosáková
Ústav ošetrovatelství
Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě
Olbrichova 25
74601 Opava
tel. 553 684 314
e-mail: jirina.hosakova@fvp.slu.cz

doc. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita v Ostravě
Syllabova 19
703 00 Ostrava-Zábřeh
tel. 597 091 600
e-mail: darja.jarosova@osu.cz

Fyzická aktivita rodičiek v I. dobe pôrodnej

Janka Hrabčáková

Abstrakt

V príspevku sa zaoberáme tematikou fyzickej aktivity rodičiek v I. dobe pôrodnej. Po absolvovaní kvalitnej psychofyzickej prípravy na pôrod, ktorú vedie pôrodná asistentka /odborne spôsobilá/, by mala prísť na pôrodnú sálu rodička, ktorá vie využívať fyzickú aktivitu počas svojho pôrodu. V súčasnej dobe na Slovensku neabsolvujú všetky rodičky psychofyzickú prípravu na pôrod. Tento fakt má vplyv na vnímanie a zvládanie pôrodu, a následne vplýva nielen na psychiku rodičky ale aj na samotný priebeh pôrodu. V prieskume nás zaujímalo, koľko žien z oslovenenej respondentskej vzorky vie, čo psychofyzická príprava na pôrod je a akú fyzickú aktivitu rodičky počas prvej doby pôrodnej najviac využívali.

Kľúčové slová

Psychofyzická príprava na pôrod, rodička, fyzická aktivita, I. doba pôrodná

1. Úvod Psychofyzická príprava na pôrod

Materstvo možno charakterizovať z niekoľkých aspektov: medicínskeho, psychologického, sociologického, právneho, antropologického. Lekárska veda charakterizuje materstvo ako obdobie reprodukcie a rastu novej bytosti, sprevádzané hormonálnymi, biochemickými a psychologickými zmenami. Materstvo nie je považované za „chorobu“, iba za zmenu telesného stavu ženy, ktorý sa ukončuje pôrodom a popôrodným obdobím.

Základnou podmienkou úspechu tehotnosti, ktorým je pôrod zdravého dieťa, nie je len kvalitná zdravotná starostlivosť, ale aj uvedomelá mamička, ktorá je schopná včas odhaliť blížiaci sa problém a poradiť sa s gynekológom alebo pôrodnou asistentkou. Zdrojom informácií a odborných vedomostí, ako viesť aktívny pôrod sú prípravné kurzy, ktoré poznáme pod názvom psychofyzická príprava na pôrod (ďalej PFP). Vedie ju edukátor – pôrodná asistentka, ktorá spĺňa odbornú spôsobilosť v pôrodnej asistencii a po absolvovaní certifikačného študijného programu v PFP vlastní oprávnenie pre výkon tejto činnosti. Psychofyzická príprava na pôrod je špecifický edukačný program, pri ktorom ide o priame pôsobenie na tehotné ženy, prípadne ich partnerov (Repková, 2008).

Realizuje sa postupným poskytovaním informácií, ktoré ženy získavajú na jednotlivých edukačných stretnutiach. Cieľom psychofyzickej prípravy na pôrod je pripraviť ženu po psychickej a fyzickej stránke tak, aby tehotnosť, pôrod a popôrodné obdobie prežila bez zbytočného strachu, stresu, napätia, obáv z bolesti, zlyhania, a viesť ženu k aktívnemu prežívaniu materstva. Leifer (2004) uvádza: „Na pôrod sa má každá žena pripravovať už pred tým, než pôrod začne. Kurzy venované príprave tehotných na pôrod naučia ženu a jej partnera množstvo zručností, ktoré pri pôrode využijú.“ V psychickej oblasti ide predovšetkým o edukačné pôsobenie v oblasti životosprávy, režimových opatrení, fyzických aj psychických zmenách v tehotnosti, pri pôrode a v šestonedelí. V oblasti fyzickej prostredníctvom primeraného cvičenia a relaxácie pomáha rozvíjať a udržiavať fyzickú kondíciu ženy tak, aby zvládla záťaž tehotnosti, pôrodu a šestonedelia (Repková, 2008) Podľa zákona č. 578/2004 Z.z. je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorú realizuje formou procesu pôrodnej asistencie s dodržiavaním všetkých náležitých platných právnych predpisov a usmernení vlády SR. V novodobom pôrodníctve je PFP doplnkovou súčasťou komplexnej prenatálnej starostlivosti o tehotnú ženu. Edukačný proces je definovaný ako určitá forma odovzdávania konkrétnych informácií, ktorý v špecifickom prostredí prebieha medzi pôrodnou asistentkou a ženou prípadne jej partnerom. Edukačné prostredie je modifikované pre potreby cieľovej skupiny, tzn. že pôrodná asistentka ho prispôsobuje edukačným faktorom pre zvýšenie efektivity edukačného procesu. (Repková,2008, str.31)V súbore dokumentov WHO, ktoré predstavujú základný rámec pre sestry a pôrodné asistentky, sa kladie dôraz na výchovu k zdraviu, upevňovanie a podporu zdravia detí, dospelých a seniorov (Nurses and Midwives for Health, 2001). Simondson (Rankin, Stallings, 2001) definuje edukáciu jednotlivca takto: „...proces ovplyvňujúci správanie, uskutočňovanie zmien v oblasti vedomostí, postojov a zručností potrebných na udržanie, podporu a obnovu zdravia. Proces sa môže začať poskytnutím informácií, ale obsahuje aj interpretáciu a integráciu informácií subjektom, ktoré vedú k zmenám správania ako benefit osobného zdravotného stavu.“ Edukácia by mala vyvolať zmeny vo sfére poznania, pochopenie informácií vo vzájomných súvislostiach. Cieľ sa musí stať žiaducim, musí mať určitú, subjektom prijatú hodnotu, priniesť posun v presvedčeníach a postojoch.

2. Prieskum - téma prieskumu

Využívanie fyzickej aktivity v I. dobe pôrodnej Témou prieskumu bola fyzická aktivita počas tehotnosti a pôrodu. Prieskum sme realizovali v mesiacoch

január 2010 – jún 2010. V prieskume sme použili dotazníkovú metódu, ktorá nám umožnila objektívne priblížiť realitu skúmaného ukazovateľa. Údaje od respondentov sme získali po predchádzajúcom vysvetlení podmienok k vyplneniu predložených dotazníkov. Dotazníky boli dobrovoľné a anonymné. Vyberali sme náhodne ženy, ktoré nám po oslovení potvrdili, že už aspoň raz rodili a boli ochotné vyplniť dotazník. Návratnosť vyplnených dotazníkov bola 100%, pretože dotazníky vyplňovali respondentky ihneď po oslovení. Dotazník obsahoval 23 otázok. Dotazníky sme rozdali respondentkám osobne, respondentky ho vyplnili samostatne. Navrhnuté položky sme overovali štandardným spôsobom. Pilotnú štúdiu sme nerealizovali.

3. Výsledky prieskumu a diskusia

Respondentská vzorka Skúmaný súbor tvorilo 198 respondentiek, ktoré boli už po pôrode. Oslovili sme ženy náhodným výberom. Všetky oslovené ženy už mali porodené aspoň jedno dieťa.

Charakteristika súboru Vek respondentiek sa pohyboval v rozmedzí od najnižšieho veku 21 rokov po najvyšší vek 41 rokov. Vekový priemer bol 29 rokov. Z respondentiek, ktoré sme oslovili bolo najviac prvoroďčiek – 148, druhoďčiek bolo 42 a treťoroďčiek bolo 8. Zaujímavé bolo dosiahnuté vzdelanie, zo vzorky 198 respondentiek až 98 tehotných žien malo vysokoškolské vzdelanie, 70 dosiahlo vyššie stredné vzdelanie s maturitou a 30 tehotných žien malo stredné odborné vzdelanie bez maturity. Tým, že sme oslovili ženy náhodným výberom, nemohli sme predpokladať, koľko žien fyzicky aktívne cvičí a koľko necvičí.

Výsledky prieskumu Predpokladali sme, že ak tehotné ženy využili fyzickú aktivitu pri pôrode, tak sa ju naučili na kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod. Štatisticky je významná respondentská vzorka žien ktorá mala vedomosti o využívaní fyzickej aktivity pri pôrode, a absolvovala kurz PFP na pôrod. 94 žien uviedlo, že "určite ano" ich PFP pripravila na pôrod a 62 žien uviedlo, že "skôr áno" ich pripravila PFP na pôrod. Keď sme sa žien spýtali, či vedia čo je PFP na pôrod, odpovedali nasledovne: 116 žien odpovedalo áno, 50 žien odpovedalo nie a nejaké informácie o nej malo 32 žien. Môžeme teda tvrdiť, že ak ženy absolvujú PFP na pôrod, tak edukáciou pôrodná asistentka jednoznačne vedie ženy k širším vedomostiam o možnostiach využitia fyzickej aktivity počas pôrodu a následne, aj k jej aktívnemu využitiu. Zo vzorky oslovených ale 12 žien konštatovalo, že vykonávaná fyzická aktivita im pomohla pri zvládaní pôrodnej bolesti, napriek tomu, že nenavštevovali PFP na pôrod.

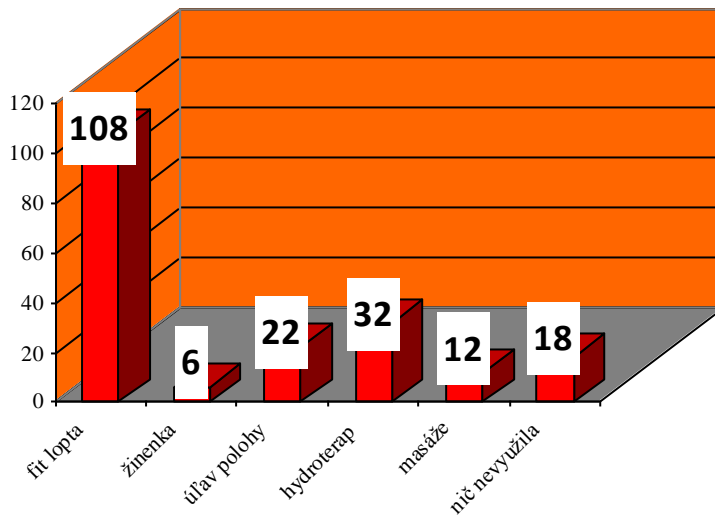
Môžeme sa domnievať, že tieto ženy necvičili s pôrodnou asistentkou na kurzoch PFP, ale najčastejšie z rozhovoru vyplynulo, že ženy navštevovali fitness centrá a odborné poradenstvo nehľadali u pôrodnej asistentky. Napriek tomuto konštatovaniu sa nám hypotéza potvrdila.

tab.č.1., Viete, čo je psychofyzická príprava na pôrod?

Viete, čo je psychofyzická príprava na pôrod?					
		početnosť	%	val %	kumul%
	áno	116	58,6	58,6	58,6
	nie	50	25,3	25,3	83,8
	nejaké info o nej mám	32	16,2	16,2	100,0
	celkom	198	100,0	100,0	

Pôrodné sály na Slovensku nie sú štandardne vybavené pomôckami potrebnými k fyzickej aktivite vykonávanej počas pôrodu. Predpoklad sa nám potvrdil, aj keď sme sa primárne nezameriavali na materiálne vybavenie pôrodných sál a nerealizovali sme pilotnú štúdiu, zameranú len na vybavenie pôrodných sál spomínanými pomôckami. Vybavenie pôrodných sál sme zmapovali nepriamo, prostredníctvom odpovedí v dotazníku a konštatujeme, že je rôzne. Napriek tomu však sledujeme, že pomerne veľké množstvo rodičiek využíva rozdielne možnosti fyzickej aktivity na pôrodnej sále ako je fit lopta, žinenka, úľavové polohy, hydroterapia či masáže. Viaceré ženy uviedli, že využili aj viac možností z ponúkaných aktivít počas pôrodu. Iba 9,1% respondentiek udáva, že nič pri pôrode nepoužili. Najviac využívali rodičky fit loptu 108 rodičiek, žinenku len 6 rodičiek, úľavové polohy 22 rodičiek, hydroterapiu 32 rodičiek, a nič nevyužilo 18 rodičiek. Malo by byť preto jednou z našich priorít snažiť sa o čo najlepšie materiálne vybavenie pôrodných sál, aby ženy mali viac príležitostí rôznorodo využívať pohyb pri pôrode ako jednu z účinných metód zvládania bolesti. A ako sledujeme, následne by tieto možnosti aj využili.

graf.č.1., Využívaná fyzická aktivita na pôrodnej sále v I. DP



Diskusia

Predmetom nášho skúmania bolo cvičenie a vykonávaná fyzická aktivita tehotných žien na pôrodnej sále v I. dobe pôrodnej. Realizovaný prieskum potvrdil, že cvičenie v tehotnosti má prioritný význam nielen pri zvládaní pôrodu, ale pomáha rodičkám jednoznačne pri adaptácii organizmu na celé obdobie tehotnosti, pôrodu a šestonedelia. K správnej orientácii v každodenných zmenách v priebehu gravidity, ale aj o vhodnom cvičení v období tehotenstva, pôrodu a šestonedelia majú žene pomáhať, gynekológ, pôrodná asistentka, ale aj zdravý záujem samotnej ženy venovať sa takej fyzickej aktivite, ktorá je pre ňu vhodná počas spomínaného obdobia. Popularizácia pohybu a zdravej stravy je dôležitá aj pre udržanie zdravia počas tehotnosti, šestonedelia a dojčenia. V súčasnom období dochádza v našich pôrodniciach k pomalším zmenám v tejto oblasti, ako by sme očakávali. Pôrodné sály na Slovensku nie sú štandardne vybavené pomôckami potrebnými k fyzickej aktivite rodičiek a psychofyzická príprava na pôrod sa nevykonáva v každom nemocničnom zariadení. Jednoznačne môžeme konštatovať, že psychofyzickej príprave na pôrod sa venuje menšia miera pozornosti, akú by si zaslúžila. V postgraduálnom vzdelávaní by ju mala absolvovať každá pôrodná asistentka, pracujúca s tehotnými ženami.

Záver

V súčasnom období dochádza v našich pôrodniciach k pomalším zmenám v tejto oblasti, ako by sme očakávali. Pôrodné sály na Slovensku nie sú štandardne vybavené pomôckami potrebnými k fyzickej aktivite rodičiek a psychofyzická príprava na pôrod sa nevykonáva v každom nemocničnom zariadení. Jednoznačne môžeme konštatovať, že psychofyzickej príprave na pôrod sa venuje menšia miera pozornosti, akú by si zaslúžila. V postgraduálnom vzdelávaní by ju mala povinne absolvovať každá pôrodná asistentka, pracujúca s tehotnými ženami.

Literatúra:

- [1] **BEJDÁKOVÁ**, J. 2006. Cvičení a sport v těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 136 s. ISBN 80-247-1214-8.
- [2] **BERÁNKOVÁ**, B. 2002. Cvičení v těhotenství a v šestinedělí. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 85 s. ISBN 80-7254-231-1.
- [3] **HRABČÁKOVÁ**, J., 2010. Manažment fyzickej prípravy na pôrod v kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod. Rigorózna práca. Bratislava: SZU, 2010
- [4] **LEIFER**, G., 2004. Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovateľství. Praha: Grada Publishing, 2004. 951 s., ISBN 80-247-0668-7
- [5] **REPKOVÁ**, A. 2008. Psychofyzická príprava na pôrod. Bratislava: SZU, 2008. 105 s. ISBN 97880-89352-21-0.
- [6] **VITÍKOVÁ**, R. 2007. Těhotenství a šestinedělí v kondici. 1. vydanie. Praha: Galén, 2007. 127 s. ISBN 978-80-7262-409-6.

Kontaktní údaje

PhDr. Janka Hrabčáková
SZU, FOaZOŠ, Katedra pôrodnej asistencie
Limbova 12, 83303 Bratislava
e-mail: jana.hrabcakova@szu.sk

Multidisciplinárny prístup v starostlivosti o osoby s demenciou

Martina Hrozenková, Jana Gabrielová

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá významom a potrebou multidisciplinárneho prístupu uplatňovaného v starostlivosti o osoby trpiace demenciou¹. Dôraz bude položený na tri základné atribúty - definícia a deskribcia demencií, postavenie klienta a metódy práce s ním.

Kľúčová slova

Demencia. Sociálny klient. Metódy a formy práce s klientami trpiacimi demenciou. Multidisciplinárny prístup.

Úvod

Epidemiologické štúdie dokazujú, že demencie sú pomerne častým ochorením, ktoré postihuje asi 1 % populácie. Je to ochorenie typické pre vyšší vek, pretože viac ako 90% všetkých postihnutých sú starší ako 65 rokov veku. Demencia je tak predovšetkým geriatrickou diagnózou. Zo zvyšujúcim sa vekom výrazne narastá prevalencia postihnutia demenciou.

Štatistiky západných krajín uvádzajú, že v priemere 1 % a viac ich obyvateľov je postihnutých Alzheimerovou chorobou. U nás počet chorých na Alzheimerovu chorobu odhaduje prof. Novák² (In. Himič, 2010) na 60-tisíc pacientov, a v roku 2040 ich predpokladá dvakrát toľko. O nich sa stará niekoľko stotisíc rodinných príslušníkov, príbuzných a blízkych, ktorí tiež potrebujú nielen odbornú pomoc a podporu, ale aj porozumenie a povzbudenie okolia.

¹ Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb- MKCH-10 tvoria kategóriu F00-F09 tzv. organické duševné poruchy, F00- demencia pri Alzheimerovej chorobe, F01- vaskulárna demencia, F02- demencia pri iných chorobách (pri Pickovej chorobe, pri Huntingtonovej chorobe a pod.), F03- nešpecifikovaná demencia. Dementný syndróm resp. demencia je typickým prejavom a znakom Alzheimerovej choroby, ktorá tvorí približne 2/3 všetkých demencií.

² Prof. Michal Novák v roku 1985 objavil proteín tau a tým položil základy hľadania lieku na túto chorobu.

Charakteristika a typy demencií

Demencia je neurologický syndróm charakterizovaný postupným a celkovým zhoršovaním intelektových schopností, ktorý robí pacienta neschopným vykonávať spoločenské a pracovné činnosti. Diagnostickou podmienkou je, aby tento obraz trval dlhšie ako tri mesiace; tým sa odlišuje od tzv. akútneho syndrómu zmätenosti. Demencia prebieha zároveň so stratou pamäti spojenou s poruchami osobnosti a rečového prejavu. Kasanová (2008) v tejto svislosti dodáva „k záveru, že niekto trpí Alzheimerovou chorobou, nemožno dospieť unáhľene. Je veľa iných chorôb napodobňujúcich Alzheimerovu chorobu. Lekár musí najskôr všetky tieto chorobné stavy vylúčiť.“

Alzheimerova choroba je syndróm, pri ktorom dochádza k rozvoju porúch kognitívnych funkcií, zahŕňajúcich poškodenie pamäti³ a poruchy ako afázia (porucha reči), apraxia (narušené narábanie s predmetmi napriek zachovanej pohyblivosti končatín), agnózia, poruchy exekutívnych funkcií (abstraktné myslenie, plánovanie), ktoré narúšajú sociálne, pracovné a interpersonálne vzťahy. Demencia spôsobí zhoršenie sebestačnosti a funkčnosti, dochádza k poklesu (ADL) aktivít denného života a k poklesu (IADL) – inštrumentálnych aktivity denného života. Vedomie je intaktné. Na stanovenie spoľahlivej klinickej diagnózy by mali byť príznaky prítomné najmenej po dobu 6 mesiacov, aby sa predišlo omylu pri diagnostikovaní resp. zámene s inou chorobu vykazujúcou identické symptómy.

Je dôležité identifikovať kognitívne i nekognitívne symptómy:

1. Mierny kognitívny deficit (predklinické štádium)

- Pomalšie spomínanie,
- mierny deficit rečových funkcií,
- bez funkčného deficitu.

2. Ľahká demencia

- Mierna porucha orientácie,
- zmeny správania alebo nálad (depresia, plačlivosť, iritabilita, apatia),
- poruchy reči (anómia – neschopnosť vybaviť si meno osoby, veci...),
- problémy s manipuláciou s peniazmi.

³ Prvýkrát tieto príznaky popísal Dr. Alois Alzheimer, ktorý pracoval v nemocnici pre duševne chorých vo Franfurkte nad Mohanom u pacientky Augusty D. (Cetlová, 2010).“

3. Stredne ťažká demencia

- Progresia porúch pamäti,
- dezorientácia v priestore a čase,
- stratia sa a netrafia domov,
- porucha reči (anómia a poruchy porozumenia),
- výskyt behaviorálnych porúch,
- ťažkosti so zvládaním bežných domácich prác, napríklad pri kúpaní alebo jedle.

4. Ťažká demencia

- Ťažká porucha novopamäti aj staropamäti,
- ťažká dezorientácia, neschopnosť čítať a písať,
- imobilita,
- inkontinencia stolice aj moču.

Nekognitívne symptómy

Sú súčasťou demencie a často sú prvým príznakom, ktorý spôsobí, že pacient navštívi lekára. Majú rôznu intenzitu v závislosti na priebehu ochorenia a často majú prechodný charakter.

1. Psychotické symptómy (bludy a halucinácie)

Vyskytujú sa cca u 20 % pacientov s AD. Najčastejšie sú paranoidne bludy (napr. pacienti si sťažujú, že im niekto kradne veci...) a vizuálne halucinácie.

2. Depresívne symptómy

Vyskytujú sa u cca 40 % pacientov s AD. Depresia môže zapríčiniť akceleráciu poklesu kognitívnych funkcií, ak nie je liečená.

3. Agitácia a agresivita

Často je príčinou umiestnenia do alebo iného zariadenia. Vyskytuje sa u 80 % pacientov s AD. Delírium alebo bolesť môžu byť spúšťačom (Hanisková, 2006).

Postupne môže prísť k celkovej poruche osobnosti, k jej úpadku a dezintegrácii. S úpadkom pamäti súvisí i porucha orientácie v prostredí (Juhásová - Pavelová, 2009).

Postavenie klienta

Základným predpokladom vzniku pozitívneho vzťahu medzi klientom/pacientom a pomáhajúcimi pracovníkmi je vzájomný rešpekt. Ide o pochopenie a rešpektovanie pacienta takého aký je aj so zmenami, ktoré choroba prináša.

Správanie človeka s postihnutím je deformované chorobou, jeho zámery aj motivácia sú nejasné, jeho anamnéza zmenená.

Sociálna intervencia zahŕňa tri všeobecné roviny:

- interpersonálne vzťahy,
- prostredie
- aktivity.

Interpersonálne vzťahy sa budujú prostredníctvom aktívnej komunikácie a postupov riešenia daného problému. Diskusie o prostredí zahŕňajú aj prvky sociálne a kultúrne. Sociálne prostredie sa vzťahuje k interpersonálnym kontaktom, ktoré majú vplyv na chorého. Kultúrne prostredie sa vzťahuje k spoločne zdieľaným hodnotám, k tradícii, histórii, k bežnej rutine a k solidarite spoločne žijúcich ľudí. Cieľom efektívnej starostlivosti je zlepšiť kvalitu života, ktorá rešpektuje dôstojnosť, identitu a potreby osoby s demenciou. K takejto starostlivosti môže dôjsť len v prostredí dôvery a vzájomného rešpektovania.

Osoba postihnutá demenciou sa v prvom rade stáva na opatrovateľovi závislá nielen fyzicky, ale aj emocionálne. Postihnutý človek sa v každej chvíli spolieha na svoje okolie a na ľudí, ktorí mu poskytujú spätnú väzbu, ktorá sa dotýka pocitov bezpečia a ich vlastnej hodnoty.

Osoba s kognitívnou poruchou sa nemôže, vzhľadom na nedostatok pamäti, pochopenia a úsudku, prispôbiť rozporuplnostiam, nedorozumeniam a pozabudnutiam. Je úlohou opatrovateľov, aby zaistili tejto osobe plynulý prísun takých správ, v ktorých nájde oporu a potvrdenie správnosti svojho správania.

Pri kognitívnych poruchách dochádza k situáciám, ktoré môžu byť veľmi náročné pre akýkoľvek vzťah. Napriek tomu, že osoba s Alzheimerovou demenciou zdieľa s opatrovateľom jeden svet, často naň obaja nahliadajú z rôznych perspektív. Môže sa zdať, že osoba s kognitívnou poruchou vidí, počuje a prežíva to isté, čo jej opatrovateľ. Môže sa zdať, že je aj fyzicky schopná rovnakých reakcií. Avšak zážitok a reakcia sú u tejto osoby narušené vážnou deformáciou vstupných a výstupných informácií. Ide o deformáciu, ktorú postihnutý nevie vysvetliť a za ktorú nie je zodpovedný, ktorú nemôže kompenzovať a ktorú si väčšinou neuvedomuje. Všetka zodpovednosť je teda na opatrovateľovi.

Pri práci s osobami trpiaci demenciou opatrovateľ smeruje k takému zabezpečeniu a zdokonaleniu schopností postihnutej osoby, aby umožnili uspokojiť základné ľudské potreby. Potrebnými sú v tomto prípade myslené:

potreba bezpečia, kontrola, náklonnosť a príslušnosť k spoločenstvu. Potreba bezpečia sa nevzťahuje len na bezpečie v objektívnom zmysle, vzťahuje sa aj na subjektívny pocit ochrany pred hrozbou fyzickou aj emocionálnou (bližšie viď Novotná- Žilová, 2009, s. 124 – 125).

Kontrola nad situáciou znamená, že človek má možnosť vyjadriť sa k spôsobu, akým sa manipuluje s jeho vecami a jeho osobou, časom a priestorom. Náklonnosť neznamená iba, že človek je súčasťou kolektívu, má nejakú skupinu, do ktorej patrí. Dané potreby musia byť naplňované pri každom stretnutí, nezávisle na tom, či sa osoba javí prístupnou alebo nie. Ani v prípade, keď chorý zjavne nereaguje, nemôže starajúci sa predpokladať, že nevníma city, ktoré sú mu prejavované a že v ňom nevyvolávajú žiadnu odozvu.

Osoba postihnutá demenciou môže prežívať neistotu a je zraniteľná. V tomto prípade sa v jej konaní objavuje zápas o moc, očakávanie nebezpečenstva, úteky a úniky do samoty. Za takýchto okolností sa ľudia obyčajne obracajú k dôvernému priateľovi, k niekomu, kto im poskytne oporu, keď sa ocitnú „tvárou v tvár“ desivým situáciám. Hľadajú toho, kto im ponúkne útechu a riešenie. Ak osoba postihnutá Alzheimerovou demenciou nájde niekoho takého vo svojom opatrovateľovi, problémy sa hneď nestratia, ale stanú sa zvládnuteľnými. A to je cieľom starostlivosti: vybudovať spojenectvo, v ktorom sú obaja – chorý človek spolu s opatrovateľom – schopní urobiť čokoľvek, čo je pre všedný život potrebné. Termínom opatrovateľ je často označovaná osoba, ktorá sa intímne a dôsledne podieľa na každodennej starostlivosti o klienta s kognitívnou poruchou. (Zgola, 2003)

Demencia je ochorenie, ktoré je nezvratné. Napriek tomu, že sa môže pacientovi z času na čas alebo za určitých okolností dariť lepšie, duševná nespôsobilosť ostáva. Môže sa nám podariť vytvoriť podpornú sieť, ktorá osobe s demenciou umožní celkom dobre fungovať, alebo sa jednoducho môžu stretnúť priaznivé okolnosti. Keď zmizne podpora alebo priaznivé okolnosti, schopnosť fungovať sa opäť znižuje.

Bezpečie domova

Pre človeka je domov obyčajne miesto, ktoré mu poskytuje pocit bezpečia, pokoja, miesto, ktoré pozitívne reflektuje významné úlohy z minulosti človeka a uľahčuje mu využívanie všetkých zachovaných schopností. Niektorým ľuďom s kognitívnou poruchou môže domov naopak pripomínať frustrácie a stratené schopnosti, môže vyvolávať depresiu alebo podnecovať chorého k činnostiam, ktoré sú pre neho nevhodné, niekedy až nebezpečné.

Priestorové riešenie domova pre ľudí s Alzheimerovou demenciou, musí zväžiť tri základné oblasti: faktory, ktoré budú pomáhať k čo možno najdlhšiemu zachovaniu funkcií, ďalej sú to faktory, ktoré budú mať vplyv na bezpečie klientov a faktory, ktoré budú podporovať ich emocionálne zdravie. Pri zvažovaní domáceho prostredia je tiež nutné venovať pozornosť potrebám opatrovateľov (Zgola, 2003, Topinková, 1999).

Prostredie môže mať na zachovanie funkčných schopností významný vplyv. Pomáha klientovi plne využívať jeho zachované schopnosti, prispôsobuje sa jeho neschopnosti a poskytuje mu možnosť, aby uspokojil svoje individuálne potreby. Zatiaľ čo známe predmety môžu fungovanie uľahčiť, nové, moderné predmety ho môžu znemožniť. Medzi zachované schopnosti u osôb s Alzheimerovou chorobou patria najčastejšie staré, celoživotným učením silno zafixované pohybové vzorce. Tieto staré vzorce správania sú spúšťané známymi predmetmi, ktoré sa v prostredí vyskytujú, napríklad hodiny s ručičkami (namiesto ich digitálnej podoby, miesto telefónu s tónovou voľbou klasický telefón s číselníkom, na ktorom je nutné čísla vytáčať apod.).

Ďalej môže prostredie uľahčiť fungovanie tým, že ho prispôbíme obmedzeniam danej osoby. Množstvo chýb a problematických prejavov v správaní klienta s Alzheimerovou chorobou resp. iným typom demencie (napríklad nesprávne používanie rôznych predmetov) sú výsledkom poruchy vnímania a úsudku. Najlepšie môžeme takýmto problémom zabrániť tým, že zjednodušíme prostredie a odstránime mätúce alebo zavádzajúce pokyny.

Ďalším charakteristickým znakom napomáhajúceho prostredia je zaistenie možnosti uspokojiť individuálne potreby klienta, najmä potrebu chodiť sem a tam, premiestňovať sa, dať voľný priechod silným emóciám, mať dostatok senzorických podnetov.

Potreba ventilovať emócie, ako napríklad hnev a frustráciu, je potreba univerzálna. Osoba s Alzheimerovou demenciou často potrebuje k vyjadreniu neverbálne prostredie. Nie je však schopná nájsť vhodné prostriedky pre uspokojenie tejto potreby.

Poškodená pamäť, chybný úsudok, nekontrolovateľná energia, to všetko spôsobuje, že sa pacient s Alzheimerovou chorobou správa tak, že je to niekedy nebezpečné. Prostredie domova alebo ZSS, ktoré má podporovať normálny život, je plné potenciálnych rizík. Elektrické a plynové spotrebiče, náradie, chemikálie používané v domácnosti, môžu spustiť známe vzorce správania,

ktoré sú však nebezpečné pre osobu s problémami v úsudku týkajúceho sa bezpečnosti.

Popri poruchách spánku, ktoré sú príčinou nočného nepokoja chorého človeka, je stála ostražitosť nutná k zamedzeniu rôznych nehôd a nebezpečného túlania, identifikovaná ako najväčší zdroj stresu pre opatrovateľa.

Potreba zmysluplnej stimulácie a činnosti je univerzálna. Porucha pamäti, úsudku a schopnosti riešiť problémy znižuje u osôb s demenciami odolnosť proti stresom z dezorientácie a katastrofických reakcií. Čím je porucha hlbšia, tým viac závisí udržanie emočnej stability na podpornom prostredí. Takéto prostredie bude podporovať orientáciu človeka s demenciou, bude poskytovať bezpečie a podporí jeho schopnosť si vybavovať. Akýkoľvek mechanizmus, ktorý zdokonalí orientáciu a jasnosť vnímania, zvýši postihnutému pocit bezpečia a emocionálneho zdravia, napr.: spôsob osvetlenia. Tak ako niektoré podnety orientáciu podporujú, tak niektoré objekty a podnety prispievajú k dezorientácii. Alebo sú chybné vnímané, alebo osobu rozptyľujú. Lesklé, zrkadliace sa povrchové plochy, lesk a tieň môžu vizuálne vnímanie deformovať. Lesklé podlahy vyzerajú ako mokré a deformujú vnímanie vzdialenosti a hĺbku. Zrkadlá pôsobia na tých, čo už nedokážu rozpoznať svoj vlastný odraz. Vytvárajú ilúziu, že sú v miestnosti cudzí ľudia a pôsobia veľmi rozčuľujúcim dojmom. Rovnaký efekt vytvárajú okná v noci, preto je vhodné zakryť ich závesmi alebo stiahnutými roletami.

V dome, kde býva osoba s Alzheimerovou demenciou, je potrebné vždy nájsť rovnováhu medzi zmenami, ktoré majú zaistiť bezpečie a medzi nemenným stavom, ktorý má prospieť k zachovaniu istoty a orientácie. Podobne ako zamieňame potenciálne nebezpečné alebo rušivé predmety za bezpečné prístroje, často je vhodné zariadiť bydlisko postihnutého človeka bezpečnými, upokojujúcimi predmetmi z minulosti, ktoré reprezentujú staré, pokojnejšie časy. Fotografie, náradie, predmety remeselnej výroby, suveníry a iné veci, ktoré tvoria súčasť pekných spomienok, môžu často pomôcť s orientáciou a reminiscenciami. Známe predmety môžu pomôcť znovu prežiť staré, príjemné zážitky. (Zgola, 2003)

Potreby opatrovateľa

Domov, v ktorom žije osoba s demenciou musí tiež podporovať životný štýl a potreby opatrovateľa a ostatných členov rodiny. V jednom prieskume rodinní príslušníci informovali, že to, čo najviac doma potrebujú, je súkromný priestor pre nich samých (Gnaedinger, In: Zgola, 1989, s.146). Z uvedeného výskumu

vyplývalo, že najviac potrebujú školených pomocníkov, viac vzdelania a predovšetkým viac odpočinku. Potreba súkromia a času byť osamote pomáha vyrovnávať sa s napätím, s potrebou byť neustále bdelym a pripraveným.

Možné formy pomoci rodine s osobou trpiacou demenciou

Demencia je stav, ktorý často neúmerne preťažuje predovšetkým rodinu a okolie dementnej osoby. Rozvinutá pomoc rodine vo vyrovnávaní sa s danou skutočnosťou, v porozumení kognitívnych, behaviorálnych a komunikačných porúch je veľmi potrebná. Jednou z možností poradenského a psychoterapeutického programu pre rodinných príslušníkov dementných osôb je zakladanie klubov alebo podporných skupín starajúcich sa o dementnú populáciu.

Využitie asociačných programov pre pomoc dementným osobám a založenie svojpomocných skupín je v zahraničí častou možnosťou (Shekim 1991, In. Jiráček 1999), rovnako ako aj systém denných stacionárov pre dospelých, možnosť osobnej asistencie a domácej starostlivosti, poskytovaná odborníkmi, ako aj dobrovoľníkmi či charitatívnymi organizáciami. Do komplexnej starostlivosti môžeme zaradiť aj program hospicov pre terminálne štádium ochorenia. Bez ohľadu na druh poskytovanej sociálnej služby musí prístup ku klientovi rešpektovať multidimenzionálny charakter problémovej situácie vyplývajúcej z narušeného zdravia jedinca.

Multidisciplinárny tím

V snahe poskytnúť klientovi profesionálnu pomoc je potrebná spolupráca tímu odborníkov, počnúc všeobecným lekárom, lekárom špecialistom cez pomoc liečebného pedagóga až po sociálneho pracovníka či ergoterapeuta a ďalších (právnik a pod.). Multidisciplinárny prístup realizovaný spoluprácou viacerých pomáhajúcich pracovníkov rešpektuje človeka s jeho bioloicko-psychologickými a sociálnymi danosťami a zohľadňuje zdravotné osobitosti pacienta. Marková (2007) podotýka, že aj profesijná pomoc je nevyhnutne spojená s určitým kultúrnym rámcom a reflektuje sociálne, politické a ekonomické podmienky a preto by mala byť aj rodovo citlivá.

Osoba s psychiatrickou diagnózou prechádza spoluprácou s viacerými odborníkmi. Obvyklý začiatok „cesty“ človeka s diagnózou je u praktického lekára. Tento primárne zhodnotí zdravotný stav klienta/ pacienta a v prípade potreby posieľa klienta k odbornému lekárovi- psychiatrovi alebo klinickému psychológovi.

- 1) Psychiater diagnostikuje a zhodnocuje pacientov zdravotný stav, navrhuje postup liečby a klient s ním (obvykle) ako s prvým odborníkom hovorí o svojich zdravotných problémoch.
- 2) Psychológ je nemedicínsky pracovník, ktorý využíva terapeutické postupy pre prácu s klientom s duševnou diagnózou, rešpektujúc zmeny kognitívnych funkcií jedinca.
- 3) Zdravotné sestry- prichádzajú do styku s klientom trpiacim demenciou najmä počas jeho hospitalizácie a zároveň pracujú na jeho resocializácii. Alternatívou hospitalizácie klienta je jeho návšteva a účasť na programoch denného stacionára.
- 4) Terapeuti- profesionáli vykonávajúci špeciálne terapie- arteterapeuti, muzikoterapeuti, dramaterapeuti a iní sa snažia pomôcť klientovi a jeho rodine sprostredkovať nové pohľady na jeho osobnú situáciu. Podobne môžu byť nápomocní rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti, ktorí pomáhajú napríklad s nácvikom konkrétnych zručností resp. sebaobslužných návykov a pod..
- 5) Sociálny pracovník - dochádza do styku s klientom za účelom poskytovania informácií a kontaktov súvisiacich s aktuálnou situáciou klienta, pracovník vysvetľuje klientovi a jeho rodine systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti resp. sociálnych služieb určených pre prípady spojené s psychiatrickými diagnózami klientov. Jedná sa o finančné možnosti a postupy spojené so zdravotným stavom klienta- nemocenské dávky, invalidný dôchodok, zamestnávanie a rehabilitácia duševne chorých ľudí a ďalšie. Ponúka a sprostredkováva kontakty na zariadenia, v ktorých sa pracuje s klientami s príslušnými diagnózami, kontakty na domácu starostlivosť, ako aj prípadnú právnu pomoc. Sociálny pracovník sa snaží byť najmä oporou klienta a jeho rodiny, oporou, ktorá klientovi dodáva kompetencie a rozvíja jeho sociálne zručnosti.

Metódy a formy práce s klientom trpiacim demenciou

S postupujúcou progresiou ochorenia dochádza k obmedzeniu sebestačnosti klienta, najskôr v inštrumentálnych a neskôr aj v bežných aktivitách denného života. V zahraničí boli vyvinuté formy podporných programov pre opatrovníkov ako aj pre klientov samotných. Tieto spôsoby odbornej starostlivosti o klienta sa u nás v súčasnosti len začínajú formovať a etablovať.

Medzi základné metódy využívané aj na Slovensku zaraďujeme:

1. *Poradenstvo* – základným cieľom je nadviazať kontakt s rodinnými príslušníkmi klienta s Alzheimerovou chorobou resp. iným typom demencie a poskytnúť im potrebné informácie: o ochorení, o jeho priebehu, o možnostiach sociálnej a právnej ochrany, o spôsobe starostlivosti v dennom centre, o prispôbení domáceho prostredia potrebám klienta, najmä z hľadiska bezpečnosti a pod., a o systéme sociálnych služieb, ktoré v SR fungujú.

2. *Respitnú starostlivosť* - odľahčujúcu starostlivosť určenú najmä opatrovateľom osôb trpiacich demenciou.

3. *Reminiscenčnú terapiu* – táto metóda využíva spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych podnetov. Môže byť skupinová alebo individuálna, je vhodná pre klientov s ľahkým, prípadne stredným postihnutím kognitívnych funkcií.

4. *Pohybovú a tanečnú terapiu* – je uznávanou metódou rozšírenou po celom svete. Predstavuje psychoterapeutické využitie pohybu v procese komplexnej rehabilitácie klienta, spôsobí na zlepšenia emocionálnej, kognitívnej, sociálnej aj fyzickej integrácie človeka.

5. *Programy tréningov pamäti* – patria k najviac používaným metódam. Zameriavajú sa na nácviky obnovenia motorických funkcií, akými sú napríklad spoločné stolovanie, obliekanie a pod. Vo svojom obsahu zohľadňujú mieru zachovaných kognitívnych schopností jedinca.

6. *Aktivačné programy* – orientujú sa na nácvik základných pohybov rehabilitáciou a špeciálnym cvičením. Zaraďujeme sem aj činnosťnú terapiu, muzikoterapiu, arteterapiu. Tieto aktivity sú spracované do programov, ktoré fungujú počas celého dňa. Súčasťou tejto terapie je vyhľadávanie spôsobov komunikácie s klientom. Cieľom týchto aktivít je nielen zlepšenie stavu klienta, ale hlavne posilnenie komunikácie, zachovanie kvality života a ľudskej dôstojnosti klienta.

7. *Psychoterapia* sa pokúša redukovat' nástup pocitov bezmocnosti a zúfalstva spojené s nepriaznivými prejavmi a často so samotnou diagnózou ochorenia. Snaží sa predchádzať rozvoju maladaptívneho správania a využívať nevhodné stratégie vyrovnávania sa s ochorením.

8. *Orientácia v realite* predstavuje prístup, ktorého cieľom je zlepšiť orientáciu v prostredí, kognitívne funkcie, predovšetkým pamäť a komunikačné schopnosti a sociálne schopnosti. Jej základnou súčasťou je zabezpečenie celodenného 24

hodinového systému vytvoreného pre osoby s demenciou na základe jednoduchých znakov, symbolov, ktoré umožňujú ľahšiu orientáciu v priestore.

9. *Pamäťový tréning, cieleňá kognitívna stimulácia a externé pamäťové pomôcky* sú postupy usilujúce o zlepšenie, resp. o stabilizáciu kognitívnych funkcií, komunikácie a sociálnych zručností. Realizujú sa formou priameho tréningu, individuálne alebo skupinovo.

10. *Externé pamäťové pomôcky* slúžia jednotlivcom na kompenzáciu pamäťových strát použitím kartičiek, diárov. Používanie aj najjednoduchších externých pomôcok však vyžaduje aj u osôb s ranným štádiom ochorenia dlhodobý nácvik, spojený s nácvikom praktických situácií, kým dokážu pomôcku účinne využívať. Aktivačný program pre pacientov s pokročilejším postihnutím v inštitucionálnej starostlivosti zahŕňa: tréning orientácie a reality, tréning relaxácie a kognitívny tréning v podobe prispôsobeného prostredia a schopnostiam pacientov s demenciou. Individuálne stimulačné pomôcky môžu mať podobu pamätnej knihy s fotografiami a pod. (Jiráč, 1999).

11. *Resocializačné a remotivačné postupy* majú predovšetkým skupinovými technikami vytvoriť atmosféru podpory a pochopenia prejavov a problémov osôb s demenciou, aby ostali zachované ich sociálne schopnosti, motivácia ku komunikácii, pocit sebaúcty a pozitívneho sebahodnotenia. Cieľom je stimulácia a znovuoobnovenie záujmu o bezprostredné okolie, ústup resp. eliminácia negatívnych pocitov, opustenosti a izolácie.

12. *Senzorický tréning a behaviorálne podmienená terapia* pôsobia v piatich základných oblastiach senzorického vnímania: taktilná, kinestetická, proprioreceptívna, vizuálna, auditórna a čuchová. V spojení s behaviorálnymi technikami, najčastejšie s podmieňovaním pomocou pozitívnych odmien za aktívnu účasť či primeranú orientáciu v dennom programe, vytvára rámec pre zlepšenie vzťahu k okoliu a emočnému prežívaniu u dementnej osoby v pokročilom štádiu ochorenia (Jiráč, 1999).

13. *Muzikoterapia* pôsobí na zachovanie neverbálnej schopnosti, zlepšuje schopnosť kontaktu s okolím a emocionálne prežívanie situácie. Cieľom je dosiahnutie taktiež relaxačného účinku. Väčšinou zahŕňa aj tanečnú a pohybovú terapiu ako komplexný program.

14. *Validačné a rozhodovacie techniky* boli vytvorené pre osoby v ťažkých štádiách demencie ako alternatíva k metódam orientácie v realite. Sú zamerané na pomoc závažnejšie postihnutým, zmäteným osobám a kladú dôraz na vplyvy emocionálnej pamäte.

15. Možnosti *arteterapie a ergoterapie* sú limitované aktuálnymi možnosťami zúčastnených osôb a najčastejšie sú realizované využívaním jednoduchých činností s rôznymi prírodnými a technickými materiálmi. Tieto činnosti stimulujú myslenie, verbálny aj neverbálny kontakt s okolím a emocionálne prežívanie primerané situácii. Podobne môže pôsobiť jednoduché cvičenie zamerané na sebaobslužné úkony.

Široká paleta metód využiteľných pre prácu s osobami trpiacimi demenciou podporuje opodstatnenosť multidisicplinárneho prístupu uplatňovaného v diagnostike a terapii organických duševných porúch, osobitne demencií.

Záver

Aktívny a komplexný rehabilitačný program by mal byť samozrejmom súčasťou starostlivosti o osobu trpiacu demenciou. Bez jeho vytvorenia a realizácie ostáva lekárska starostlivosť týmto ľuďom nedostatočná a málo účinná. Pri stanovení rehabilitačného programu je nutné prakticky zohľadniť základné princípy terapie demencie od neodkladného riešenie otázok pomoci pacientovi, cez jeho adaptáciu na novú životnú situáciu, aktívne cvičenia a tréning fyzických a psychických schopností, až po poskytnutie psychoterapeutickej podpory a sociálnej intervencie rodine.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky a projektu GRUNDTVIG – Učiace sa partnerstvá – Central European Grundtvig Partnership for Life-long Education in Health and Social Care, 9410 0439.

Literatúra

- [1] CETLOVÁ, L. 2010: Kvalita života pacienta s Alzheimerovou chorobou. In zborník príspevkov z konferencie: „*Zdravie a kvalita života*“. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva 2010, s. 34. ISBN 978-80-8084-532-2.
- [2] COCHEROVÁ, B. 2007. *Špecifiká a možnosti sociálnej práce u postihnutých Alzheimerovou demenciou*. Nепublikovaná diplomovaná práca. Nitra: UKF, 2007. 88s.

- [3] HANISKOVÁ, T. 2006. Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi. In.: *Via practica.*, 2006, roč. 3 (7/8), s. 333–336.
- [4] HIMIČ, D. 2010. Zákerné kľbká: Alzheimerova choroba nebolí. In. *Časopis Život* [online] 2010, vyd.6. [cit. 2011-03-12]. Dostupné na: <http://zivot.lesk.cas.sk/clanok/6932/zakerne-klbka-alzheimerova-choroba-neboli.html>.
- [5] JIRÁK, R. et al.: 1999. *Demence*. Praha : MAXDORF, s.r.o., 1999. ISBN 80-8580-44-6.
- [6] JUHÁSOVÁ, A. – PAVELOVÁ, Ľ. 2009. *Vybrané kapitoly zo psychopatologie pre študentov sociálnej práce*. Nitra: UKF. 2009. ISBN 978-80-8094-543-5.
- [7] KASANOVÁ, A. 2008. *Sprievodca sociálneho pracovníka II. Seniori a samospráva*. Nitra: UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-254-0.
- [8] MANHROVÁ, G.- VENGLÁŘOVÁ, M. et al. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [9] MARKOVÁ, D. 2007. Rodová a sexuálna výchova vo vzdelávaní komunitných sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In: *Retrospektívy a perspektívy komunitnej práce : Zborník z odborného seminára*. Nitra: UKF, 2007, p. 43-49. ISBN 978-80-8094-077-5.
- [10] NOVOTNÁ, A.- ŽILOVÁ, A. 2009. *Les Réflexions de recherche sur l'accomplissement des besoins des vieux gens dans la République slovaque = Research reflections on meeting the needs of older people in the slovak Republic*. In: *L'éducation chrétienne et l'enseignement dans des pays auropées après le lie Concile de Vatican*. Ed Fernand Kummer. Fribourg: Association internationale SÉCT, 2009. ISBN 978-2-9700690-5-8. s. 123 – 129.
- [11] TOPINKOVÁ, E. 1999. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha: UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.
- [12] ZGOLA, J. M. 1999. *Care That Works. A Relationship Approach to Person with Dementia*. Maryland: The Johns Hopkins University Press. ISBN 0-8018-6025-3.
- [13] ZGOLA, J. M. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Kontaktní údaje

PhDr. Martina Hrozenská, PhD.
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1
94974 Nitra
e-mail: mhrozenska@ukf.sk

Mgr. Jana Gabrielová
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1
94974 Nitra
e-mail: jana.gabrielova@ukf.sk

Edukácia pacienta pri Crohnovej chorobe

Zuzana Hudáková, Mária Novosedláková

Abstrakt

Crohnova choroba je zápalové ochorenie tráviaceho traktu. Aj napriek tomu, že výskyt ochorenia v poslednej dobe stúpa, liečba je individuálna, pretože pacienti sa líšia nielen prejavmi, ale aj dĺžkou remisí a rôznou odpoveďou na liečbu. Diéta predstavuje dôležitú súčasť liečby, lebo správne zvolený a vhodný výber potravín napomáha k celkovej liečbe a dobrému stavu pacienta. Edukácia pacienta o ochorení, o vhodných a nevhodných potravinách má význam v tom, že pacient najlepšie pozná svoj organizmus, môže si sám podľa vlastnej tolerancie vybrať čo mu škodí a čo naopak prospieva a tým priebeh ochorenia lepšie zvládnuť a tak si zlepšiť kvalitu života s Crohnovou chorobou.

Kľúčová slova

Crohnova choroba, edukácia, liečba, dietoterapia.

Abstract

Crohn's disease is an inflammatory disease of the digestive tract. Although the incidence of disease rises recently, the treatment is individual, because patients differ not only symptoms but also the length of remissions, and different responses to treatment. Diet is an important part of treatment, because properly selected and appropriate food choices contributes to the overall treatment and good patient outcomes. Educate patients about diseases, about appropriate and inappropriate foods is important that the patient knows their body best, he may himself by his own tolerance to choose what it is detrimental and conversely what is good and the course of the disease to better manage and improve the quality of life with Crohn's disease.

Key words

Crohn's disease, education, treatment, diet therapy.

Úvod

Crohnova choroba – Morbus Crohn (MC) patrí do skupiny idiopatických zápalových ochorení gastrointestinálneho traktu (GIT). Ide o ochorenie neznámej etiológie a neúplne preskúmanej patogenézy. Choroba prebieha chronicky s obdobiami zhoršenia (relapsov) a upokojenia (remisií) zápalu a je medikamentózne aj chirurgicky nevyliciteľná (Jurgoš, et al, 2006, s. 368). V priebehu dvadsiateho storočia došlo k významnej zmene klinického priebehu MC, Častejšie sa stretávame s formami postihujúcimi hrubé črevo s výraznými mimočrevnými prejavmi a fistulujúcim typom MC. Pred päťdesiatimi rokmi to bola vnútrobrušna sepsa s objemným infiltrátom, ktorá sa v súčasnosti vidí len výnimočne. Presná príčina Crohnovej choroby napriek vedeckým pokrokom ostáva neznáma. Ochorenie je výsledkom nerovnováhy medzi prozápalovými a protizápalovými mediátormi (Bunganič, 2005, s. 119).

Súčasná teória etiológie zahŕňajú:

- faktor genetický – miesto vloh pre Crohnovu chorobu je na chromozóme 1 a 16. Ide o familiárny výskyt ochorenia, u prvostupňových príbuzných je 15 krát vyšší výskyt MC oproti bežnej populácii,
- faktor mikrobiologický – kandida, chlamídie, *Listeria monocytogenes*, *Pseudomonas species*, reovírusy, paramyxovírusy, *Mycobacterium paratuberculosis*,
- faktor imunologický: environmentálne, diétne, cievne. Nesteroidové antireumatiká zvyšovaním črevnej priepustnosti nielen zhoršujú existujúcu MC, ale môžu vyvolať aj ochorenie,
- faktor psychosociálny – vyšší výskyt je u ľudí s vyšším sociálno-ekonomickým postavením,
- z ďalších faktorov možno uviesť zvýšený príjem rafinovaných cukrov, znížený príjem čerstvého ovocia a zeleniny, fajčenie, stres, depresia, pocit úzkosti a ďalšie (Jurgoš, et al, 2006, s. 369)

Crohnova choroba môže mať *progresívny* priebeh, so zhoršovaním sa klinických obtiaží a nálezu i napriek liečbe, *stacionálny* priebeh, kedy je choroba relatívne stabilizovaná na miernej, relatívne znesiteľnej forme alebo *regresívny* priebeh, kedy sa aktivita ochorenia pri liečbe upravuje a choroba prechádza do štádia pokoja alebo latencie (Lacko, 2003, s. 62).

Anamnéza: je stručným a výstižným zhrnutím ťažkosti pre ktoré pacient prichádza k lekárovi. Je dôležité sa usilovať o postup všetkých subjektívnych a objektívnych príznakov a vzťahov, ako aj o presné časové údaje. Pri Crohnovej chorobe je potrebná dôkladná rodinná anamnéza, lebo môže ísť o dedičné ochorenie.

Fyzikálne vyšetrenie: *palpácia* – brucho má byť mäkké, priehmatné, nebolestivé, bez príznakov peritonálneho dráždenia, pečeň nezväčšená a slezina nehmatateľná; *auskultácia* – hodnotí sa prítomnosť peristaltických pohybov tráviaceho traktu.

Laboratórne prejavy:

- leukocytóza pri chronickom zápale, abscesoch;
- anémia v dôsledku chronického zápalu, malabsorpcie železa, vitamínu B 12, chronických strát krvi;
- trombocytóza sa vyskytuje pri strednej a vysokej aktivite črevného zápalu na hrubom čreve;
- markery akútneho zápalu: sedimentácia krviniek je spoľahlivým ukazovateľom zápalu a má určitý význam v predpovedi blížiaceho sa relapsu. CRP odráža presne aktivitu zápalu;
- hypoalbuminémia, hypocholesterolémia, hypokalciémia, hypomagnéziémia, hypoprotrombinémia ako dôsledok malabsorpcie;
- ASCA (antisaccharomyces cerevisiae antibody) protilátky sa vyskytujú v 41-76% u chorých s Crohnovou chorobou;
- protilátky proti neutrofilným leukocytom pANCA – sú produkované B-lymfocytmi v črevnej sliznici ako odpoveď na stimuláciu bakteriálnymi antigénmi alebo antigénmi vlastného tkaniva.

Röntgenologické vyšetrenia: *Enteroklýza* – rtg vyšetrenie tenkého čreva kontrastnou látkou. V súčasnosti sa postupne klasická enteroklýza nahrádza kombinovaným vyšetrením CT-enteroklýzou, ktorej špecifickosť a senzitivita je viac ako 90 %. *Irigografia* – kontrastné vyšetrenie čreva najlepšie metódou dvojitého kontrastu, kde sú vyšetrené lokalizácie kam sa nedostane endoskopické vyšetrenie. *CT vyšetrenie* – je nápomocné pri vyšetrení komplikácií nachádzajúcich sa mimo črevnej steny a fistúl, abscesov (Jurgoš, et al, 2006, s. 379).

Rádionuklidové vyšetrenia: *MRI vyšetrenie* je v porovnaní s CT vhodnejšie pri vyšetrení postihnutia v oblasti malej panvy, diagnostike perianálnych hnisavých komplikácií, najmä abscesov a fistúl.

Vyšetrenie ultrazvukom: USG môžeme diferencovať zhrubnutie steny a nepravidelne zúžený lúmen s chýbajúcou peristaltikou a často aj kompresiou zmenených kľučiek. Hrúbka steny závisí od náplne a kontrakcie jednotlivých úsekov. Ďaleko významnejšie je postavenie USG v diagnostike komplikácií.

Endoskopické metódy: *kolonoskopia* – je najdôležitejšou endoskopickou metódou, ktorá sa v diagnostike aj terapii MC používa; *gastroskopia* – posúdenie povrchu sliznice, diagnostika a charakter vredových defektov, súmerný charakter peristaltiky steny žalúdka. Slúži na výkony zastavujúce krvácanie, dilatáciu pylorostenózy a umožňuje odstránenie polypov (Tkáč, et al, 1998, s. 262).

Liečba. Hlavnou úlohou liečby je navodiť a udržať remisiu ochorenia. Manažment liečby závisí od lokalizácie, postihnutia, závažnosti, komplikácií a tolerancie liečby. Prevláda farmakologická liečba a je snaha minimalizovať aj chirurgickú resekciu (Lacko, 2003, s. 63).

Ošetrovateľská starostlivosť

Výsledkom kvalitne poskytovanej starostlivosti pacientom s Crohnovou chorobou je minimalizovanie komplikácií, schopnosť vykonávať spoločenskú rolu a uspokojivá kvalita života (Hulkova, 2001, s. 8). Sestra môže najmä rozhovorom s pacientom, odstrániť niektoré pacientove ťažkosti a vyhodnotiť zmeny v časovom úseku.

Intervencie sestry:

- monitorovanie bolesti – začiatok, časové trvanie, kvalita, charakter, lokalizáciu, intenzitu;
- sledovanie vyprázdňovania – množstvo stolíc za 24 hod., konzistenciu stolice;
- prímes krvi alebo hlienu v stolici;
- výživa – dodržiavanie diéty, znášanlivosti jednotlivých druhov potravín, zloženie potravy, tráviace ťažkosti po konzumácii potravy, príjem a výdaj tekutín;

- sledovanie nežiaducich účinkov liekov: *Sulfasalazin* – bolesť brucha, nauzea, vracanie, nechutenstvo, kožné prejavy; *Pentasa*, *Salofalk* – bolesti svalov, hlavy, nauzea, vypadávanie vlasov; *Imunosupresíva* – útlm krvotvorby, toxické poškodenie pečene, alergické reakcie, hypertenzia; *Kordikoidy* – hypertenzia, osteoporóza, priberanie, vznik žalúdočných vredov;
- sledovanie psychického stavu pacienta – strach z budúcnosti, neistota, úzkosť, depresia, precitlivosť, podráždenie, zhoršenie zdravotného stavu, operácie, vyšetrenia pôsobia stresujúco;
- edukácia pacienta – je potrebné naučiť pacienta žiť s týmto ochorením s využitím vlastných schopností (Lacko, 2003, s. 64).

Dietoterapia. Diéta je dôležitým doplnkom špecializovanej liečby. Vhodný výber jedla napomáha celkovej liečbe ochorenia, aj nutričného stavu pacienta. Iba správne vyživovaný pacient bude lepšie reagovať na liečbu, lepšie zvládne obdobia aktivity ochorenia a môže pomôcť oddialiť ďalšie vzplanutie choroby (tabuľka č.1).

Výber potravín a jedál závisí od:

- štádia ochorenia (aktívne alebo pokojné),
- rozsahu postihnutia tráviaceho traktu zápalovým procesom,
- lokalizácie zápalového procesu,
- stavu výživy,
- veku pacienta,
- stravovacích zvyklostí pacienta,
- individuálnej obľuby jedál (Ilavská, et al., 2006).

Tabuľka 1: Rozdelenie potravín pri Crohnovej chorobe

Potrava / Úprava	Vhodné	Nevhodné
Mäso	Čerstvé chudé druhy: teľacie, hovädzie, kurča, králik, jahňa, morské a sladkovodné ryby	Tučné bravčové, údené, hus, kačica, hydina, zverina, losos, konzervy, vnútornosti, klobásy, salámy.
Mlieko a mliečne výrobky	Podľa individuálnej znášanlivosti. Uprednostňujeme nízko-tučné mlieko, syry s nízkym obsahom tukov a málo aromatické	Plno- a polotučné mlieko, jogurty, smotana, smotanové, tvrdé a plesňové syry, majonézy, dressingy, mliečne výrobky (nanuky, zmrzliny).
Vajcia	Je ich možné používať varené namätko alebo ako omeletu pripravenú na pare. Žĺtky je možné používať po polievok, omáčok, krémov.	V obmedzenom množstve. Nevhodné sú všetky úpravy s použitím tukov (smaženie).
Tuky	Maslo, rastlinné oleje (olivový, slnečnicový) bez tepelnej úpravy.	Pražené maslo, bravčová masť, slanina, tepelne spracovávané rastlinné oleje.
Prílohy	Ryža, zemiaky, cestoviny, jemné halušky, strúhanka, tarhoňa, jemná suchárová knedľa.	Nevhodná je úprava smažením alebo vyprážením.
Chlieb a pečivo, obilniny, múčniky	Staršie pečivo z bielej múky, biely chlieb, sladké sušienky a piškóty. Múčniky a cukrárenské výrobky s nízkym obsahom cukru.	Čierny alebo celozrnný chlieb a pečivo. Čerstvý chlieb, čerstvé pečivo s vyšším obsahom tukov a vajec. Kysnuté cesto

Zelenina	Mrkva, petržlen, tekvica, špenát, karfiol, cvikla, špargľa, hlávkový šalát, sušené huby.	Kyslá kapusta, nakladaná zelenina, čerstvé i nakladané huby, cibuľa, cesnak, pór, paprika, paradajky, kel, kaleráb, uhorky šalátové.
Ovocie	Z citrusových plodov pomarančová a citrónová šťava. Banány, zrelé jablká, broskyne – strúhané alebo lisované ako kaše, pyré, šťavy, kompóty a džemy bez zrníčok a šupiek.	Nezrelé ovocie, ovocie s tuhými šupkami, zrníčkami alebo jadierkami. Citrusové plody a sušené ovocie. Orechy, oriešky, mak a iné semená.
Nápoje	Čaj, voda, nízko sýtené minerálky, mierne sladené nápoje, prírodné ovocné a zeleninové šťavy.	Príliš sladké, sladené, vysoko sýtené nápoje, silná čierna káva, alkohol, koktaily.
Koreniny a dochucovadlá	Mierne solíme. Nedráždivé a nie príliš ostré korenie – vhodný mletý kmín, kôpor, petržlenová vňať, pažítka, majorán, vanilka, škoricca, klinčeky	Červená paprika, čierne korenie, nové korenie, zázvor, bobkový list, chilli, kapary, horčica.
Polievky	Väčšinou riedke, vývary z kostí alebo chudého mäsa, lisované zeleninové.	Celé kúsky zeleniny, klasická zápražka.
Omáčky, prívarky	Omáčky zriedka. Prívarky z odporúčaných druhov zeleniny (zemiakový, špenátový, mrkvový, tekvicový).	Zahusťujeme múkou opraženou na sucho.

(Zdroj: Ilavská, et al. 2006)

Pozorný a vnímavý pacient dokáže odpozorovať potraviny, ktoré mu na jednej strane nevyhovujú, ale na strane druhej prospievajú. Toto sú veľmi cenné informácie, ktoré pomôžu pri zostavovaní jedálnička. Pacienta treba potom usmerniť, aby bol v potrave dostatok všetkých súčasti potravy:

- makroelementov (hlavne bielkovín, vhodných sacharidov a tukov),
- mikroelementov (vitamínov, minerálnych látok a stopových prvkov),
- využiť pritom individuálnu znášanlivosť a obľubu jednotlivých jedál.

Diétne odporúčenia na predchádzanie ťažkosti:

- Ješť pravidelne menšie porcie jedla. Rozdeliť si denný príjem na 5-6 porcií a ješť každé 2-3 hodiny. Tráviaci trakt sa tak nemusí vysporiadať s väčšou záťažou a môže plynulejšie tráviť prijatú potravu.
- Obmedziť príjem tukov, lebo zväčšujú objem stolice a podporujú peristaltiku čreva.
- Obmedziť príjem jednoduchých cukrov. U pacientov so zápalovým ochorením môžu vyvolať alebo zvýšiť počet hnačiek.
- Vylúčiť kysnuté pečivo (vianočka, koláče, buchty), lebo spôsobujú nafukovanie, Čerstvé pečivo býva ťažšie tolerované, lepšie je podávať jeden alebo viac dní odležané pečivo.
- Obmedziť alebo vylúčiť príjem mlieka a mliečnych výrobkov, u pacientov so zápalmi čreva sa tolerujú horšie, preto ich treba v aktívnom štádiu preventívne vynechať. Keďže sú dôležitým zdrojom bielkovín a vápnika v pokojovom štádiu ich treba postupne doplniť a zvyšovať ich dávku podľa individuálnej tolerancie.
- Vyhýbať sa konzervovaným jedlám a polotovarom.
- Zdrojom bielkovín sú ryby, ktoré sú aj ľahko stráviteľné, morské živočíchy a dary mora sa môžu používať iba tepelne upravené.
- Vylúčiť ostré a korenisté jedlá a dochucovadlá – hlavne papriku, chilly, korenie, zázvor, horčicu, kečup, polievkové korenie s obsahom glutamátu sodného.
- Káva, kofeínová aj bezkofeínová, koncentrovaný čierny čaj, zelený čaj, čokoláda, kakao majú dráždivé účinky na črevo a podporujú črevnú peristaltiku, preto je vhodné ich vylúčiť.

- Vylúčiť umelé sladidlá – hlavne sorbitol, ktoré môžu vyvolať alebo zvýšiť počet hnačiek.
- Vylúčiť stravu s vysokým obsahom vlákniny, dodržiavať zásady bezzvyškovvej diéty.
- Zelenina sa podáva varená, alebo pasírovaná, bez šupky.
- Ovocie je potrebné olúpať a tepelne spracovať, ťažko sú znášané druhy s vysokým obsahom cukru.
- Vynechať alkohol pre jeho dráždivý účinok a možnú interferenciu s podávanými liekmi.
- Dôležité je dbať na dostatočný príjem tekutín a denne vypiť aspoň 1,5 - 2,5 litra tekutín, v období hnačiek zvýšiť na 3 - 4 litre. Vhodné je pravidelne popíjať a nevypiť naraz väčšie množstvo. Nesýtené stolové vody, minerálne vody, bylinkové čaje sú bez obmedzenia.
- V pokojovom období dodržiavať zásady racionálnej výživy.
- Jedlo má byť tepelne spracované, ľahko stráviteľné. Pri príprave je vhodné využiť varenie vo vlastnej šťave, na pare alebo vo vode, dusenie, jemné grilovanie.
- Nevhodné je vyprážanie.
- V aktívnych štádiách je potrebné jedlo mechanicky upraviť a podávať ho jemne nakrájané, rozomleté, alebo rozmixované (Ilavská, 2006).

Edukačné diagnózy

1. Deficit vedomosti o stavbe, funkcii tenkého a hrubého čreva.
2. Deficit vedomosti o Crohnovej chorobe, charakteristike ochorenia, klinickom obraze, liečbe, komplikáciách a prognóze.
3. Deficit vedomosti a zručnosti o príprave stravy a úprave životosprávy

Cieľ:

Pacient bude preukazovať vedomosti o funkcií a stavbe tenkého a hrubého čreva.

Pacient bude preukazovať vedomosti o ochorení Crohnova choroba.

Pacient bude preukazovať vedomosti a zručnosti o správnej výžive pri Crohnovej chorobe.

Ciele edukátora:

- poskytnúť informácie o funkcii tráviaceho traktu
- poučiť pacienta o Crohnovej chorobe
- vysvetliť pacientovi príznaky, komplikácie a liečbu pri Crohnovej chorobe
- poučiť pacienta o vhodných a nevhodných potravinách
- vysvetliť pacientovi, ako môže strava ovplyvniť ochorenie
- pomôcť nájsť podľa individuálneho stavu ochorenia a chuti pacienta najvhodnejšiu stravu.

Výsledné kritéria

Afektívne ciele:

- pacient prejavuje záujem oboznámiť sa s anatómiou tenkého a hrubého čreva
- pacient preukazuje pozitívne zmeny v názoroch a postojoch
- vyjadruje svoje pocity a názory, požiadavky
- pacient hodnotí a akceptuje svoje ochorenie
- pacient prejavuje pozitívny postoj a názor k diéte pri ochorení
- pacient akceptuje zmenu stravovacích návykov
- pacient si vytvára nové vlastné stravovacie názory

Kognitívne ciele:

- pacient charakterizuje informácie týkajúce sa anatómie tenkého a hrubého čreva
- pacient vymenuje funkcie tenkého a hrubého čreva
- pacient charakterizuje podstatu svojho ochorenia
- pacient definuje príznaky a komplikácie pri ochorení
- pacient popisuje liečebné metódy

- pacient odôvodňuje potrebu diéty pri ochorení
- pacient definuje vhodné potraviny a ich význam pri ochorení
- pacient preukáže vedomosti o spôsobe prípravy diétnej stravy

Psychomotorické ciele:

- pacient sa aktívne zapája do procesu edukácie
- samostatne vyhľadáva informácie v odbornej literatúre
- pacient spolupracuje pri predchádzaní komplikácii ochorenia
- pacient sa aktívne zúčastňuje pri demonštrovaní vhodných potravín
- pacient predchádza ťažkostiam z nedodržiavania liečebnej výživy
- pacient so spoluprácou zdravotného personálu zostaví týždenný jedálny lístok

Vyhodnotenie: Ciele edukačného procesu boli splnené. Edukačný plán bol prispôsobený potrebám pacienta.

Záver

Crohnova choroba je ochorenie tráviaceho traktu, príčina ochorenia nie je celkom známa, v dnešnej dobe narastá a najviac postihuje mladých ľudí. Edukácia pacienta o ochorení, celkovej výžive, vhodných a nevhodných potravinách pomáha celkovej liečbe, prevencii relapsov a konečnom dôsledku zlepšuje celkovú kvalitu života pacienta. Diéta nemá striktné pravidlá, je to len súbor opatrení a odporúčaní, ktoré by mal pacient dodržiavať ako osvojené prirodzené stravovacie návyky.

Použitá literatúra:

- [1] BUNGANIČ, I. a kolektív. 2005. *Choroby tenkého čreva*. Prešov: Gastro I. s.r.o., 2005. 193 + 16 s. ISBN 80-89215-00-9.
- [2] HULKOVÁ, V. 2001. Edukácia pacientov s Crohnovou chorobou. *In Revue profesionálnej sestry*. Bratislava: Mauro, 2001. roč. 8, č. 6, s.7-9. ISSN 1335-1753.
- [3] ILAVSKÁ, A. 2006. *Diéta pri nešpecifických zápalových ochoreniach čreva*. Brožúra. Bratislava: 2006. Ferring - Léčiva, 17 s.

- [4] JURGOŠ, Ľ., KUŽELA, L., HRUŠOVSKÝ, Š. a kol. 2006.
Gastroenterológia. 1. vydanie. Bratislava: Veda vydavateľstvo Slov.
akadémie vied, 2006. 688 s. ISBN 80-224-0893-X.
- [5] LACKO, A. a kol.:2003. *Vnútoré lekárstvo pre ošetrovateľstvo II*.
Ružomberok: Pedagogická fakulta KU Ružomberok, 2003. 115 s. ISBN 80-
89039-73-1.

Kontaktní údaje

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Teórie a modely závislostí v kontexte teórií významných pre sociálnu prácu

Andrea Hugáňová, Katarína Chovancová

Abstrakt

V príspevku identifikujeme vybrané teórie a modely závislosti, ktoré prepájame s vybranými teóriami sociálnej práce. Výraznejšiu pozornosť venujeme bio-psycho-sociálnemu modelu. Príspevok popisuje bio-psycho-sociálny model vo všeobecnosti a následne sa venuje jeho aplikácii v oblasti závislostí.

Kľúčové slová

Závislosť. Teórie závislostí. Modely závislostí. Bio-psycho-sociálny model.

Teórie a modely závislostí

Problematika drogových závislostí je predmetom záujmu nielen sociálnej práce. Sociálna práca sa s ňou stretáva v rovine teórie, praxe a zároveň i na úrovni vedy, nakoľko na základe vedeckých poznatkov pretvára a prispôsobuje intervencie.

Na to, že hľadanie nových možností pri riešení problémov závislých a ich rodinných príslušníkov prináša do popredia nové prístupy, ktorými otvára priestor pre uplatnenie metód sociálnej práce, čo je tiež jednou zo súčasných diskutovaných tém odborníkov i verejnosti upozorňujú aj Pavelová, Kasanová [7]. Základom je otázka, či je možné pracovať doterajšími spôsobmi a dosiahnuť želané výsledky na poli riešenia závislostí, alebo pripustiť inovatívne prvky z metód sociálnej práce a zefektívniť celý proces.

V odbornej literatúre sa objavujú viaceré teórie a modely vo vzťahu k závislostiam, či už ide o vznik závislosti ako takej, alebo sú taktiež známe teoretické modely rozvoja závislostí.

Sme presvedčené, že heterogénnosť modelov môže byť spôsobená samotným vnímaním závislosti, (vznik, vývoj, dôsledky, rizikové faktory a i.) ktorej sa venujú odborníci v rôznych odvetviach (lekár, psychiater, adiktológ, psychológ, sociálny pracovník a i.) na rôznych úrovniach prevencie či liečby závislosti.

Problematika závislostí si vyžaduje interdisciplinárny prístup (čo umožňujú napr. v texte i nižšie uvedené teórie a modely závislostí), komplexnosť a adresnosť.

Ondrejkovič [In 16] charakterizuje nasledovné teoretické prístupy k závislostiam. Medicínsko-psychiatrické teórie, ktoré predpokladajú, že osobnosť má predispozíciu k závislosti, prípadne ju k nej dovedla negatívna skúsenosť z ranného detstva. V spojitosti s nimi je nutné charakterizovať i psychoanalytické teórie viažuce vznik závislosti k nevedomým procesom, dôležitý je i vzťah rodič - dieťa.

Teórie učenia nazerajú na závislosť z aspektu normality/abnormality, poukazujú na osvojenie si drogového/nedrogového správania. Patrí sem napr. Skinnerova teória operačného podmieňovania, Pavlova teória klasického podmieňovania a taktiež i teória imitačného učenia. Sociologické teórie sú viazané na spoločnosť a procesy v nej. Možno sem zaradiť napr. etiketizačné teórie.

Sociálno-psychologické teórie založené na potrebách, orientované na seba a na sociálne prostredie. V kontexte sociálnych teórií vzniku a vývoja závislosti Vachová, Janů, Racková [15] uvádzajú, že sociálne teórie vychádzajú z makro či mikrospoločenských vzťahov. V centre pozornosti začína byť rodina a vzťahy v nej. Dovolíme si tvrdiť, že tejto problematike sa stále nevenuje potrebná pozornosť.

Wallace [In 8] rozlišuje dve skupiny modelov, v rámci ktorých následne uvádza ďalšie. Autor vymedzuje model ochorenia, kam zaraďuje model zdravotných dôsledkov a model bio-psycho-socio-spirituálnych dôsledkov. Ďalším je model predispozície k ochoreniu tvorený modelmi genetickej determinácie, genetickej predispozície a kombinovanej genetickej determinácie. Aj Dvořáček [In 2] podáva náhľad na teórie vzniku závislostí. Vníma ich postupný vývoj od krajne ponímaných modelov (morálny model) cez sociálne, medicínske až po súčasný bio-psycho-sociálny.

V nasledujúcom texte uvádzame ďalšie teoretické modely závislostí, nakoľko na jej vznik a rozvoj možno nazerať z viacerých aspektov. Jedným z nich je aj koncept závislosti ako choroby, kde sa do popredia dostáva jeden z medicínskych modelov, tzv. neurobiologický model. Ten je charakteristický pôsobením návykovej látky na mozog, prostredníctvom ktorej dochádza k behaviorálnym zmenám v správaní [11]. Internetový portál drogy-info.cz zameraný na drogovú problematiku ponúka definovanie niektorých modelov závislosti. Uvádza napr.: deficitný model, kde je závislosť chápaná ako porucha,

ktorú nemožno napraviť. Zástancovia modelu ako riešenie vidia podrobné pochopenie daného problému a riešenie závislosti na komunitnej úrovni.

Ďalším pohľadom je medicínsky model, podľa ktorého je závislosť vrodenuou chybou. Jej riešením je ošetrovanie. Naň nadväzuje nový medicínsky model zmierňujúci tvrdenie o vrodenej chybe na tvrdenie o nepreskúmanej poruche. Vyzdvihuje podporu pri sprevádzaní človeka so závislosťou v abstinencii a abstinenciu ako životný štýl.

Psychodynamický model chápe závislosť ako stav spôsobený doposiaľ nepreskúmanou psychickou poruchou na intra či interpersonálnej úrovni. Možné je odstrániť ju terapiou (individuálna a/alebo partnerská psychoterapia).

V humanistickom prístupe je dôraz kladený na rešpektovanie slobody rozhodnutí človeka žiť svoj život i s drogou.

V rodinnom modeli je závislosť ponímaná ako symptóm zlého fungovania rodinného systému. Adekvátne intervencie je rodinná terapia.

Behaviorálne modely presadzujú myšlienku, že závislosť je výsledok zle naučeného správania.

Sociálne modely chápu závislosť ako výsledok sociálnej a/alebo komunitnej poruchy, pokúša sa sociálnymi intervenciami pristupovať k závislosti.

Morálny model v závislosti vidí hriech.

Bio-psycho-sociálny model integruje faktory individuálne (somatické i psychické), sociálne a špecifické faktory, ktoré potencujú závislosť [10]. Modelu sa venujeme podrobnejšie nižšie, nakoľko ho považujeme za najaktuálnejší.

Kalina [3] definuje 5 základných modelov v kontexte závislostí: Biomedicínsky, ktorý možno charakterizovať výrokom, že jednotlivec nikdy neprestane byť závislým, no môže abstinovať. Tento prístup je vnímaný v súčasnosti ako redukcionistický. V bio-psycho-sociálnom sa čiastočne nachádza biomedicínsky. Závislosť vzniká v procese vývoja človeka vo vzájomnej interakcii biologických, psychických a vzťahových faktorov. Prístup ochrany verejného zdravia, ako jeden z ďalších, sa vyvinul v dôsledku ochrany spoločnosti pred epidémiou HIV. Prístup harm reduction sa zameriava na znižovanie škôd. Holistický je vykročením z bio-psycho-sociálneho smerom k alternatívnym prístupom ako napr. akupunktúra. Sociálny a sociálno-pedagogický zdôrazňuje vplyv vonkajších faktorov. Na niektorých prvkoch

prístupov morálnych a spirituálnych sú založené postupy práce Anonymných alkoholikov, či špecifický prístup práce Saleziánov.

Prepojene teórií a modelov závislostí s vybranými teóriami sociálnej práce

Vnímame spojitosť sociálnej práce a teórií a modelov závislostí. Do teórií významných pre sociálnu prácu (vybrané uvádzame nižšie) vieme včleniť teórie a modely vzniku a rozvoja závislostí, prípadne čerpať vzájomne teoretické informácie. Ich prepojenie je podľa nášho názoru viditeľné. Uvedené vybrané teórie sociálnej práce dávajú a zároveň sú podkladom pre prácu s človekom so závislosťou, na ktorých sú založené jednotlivé intervencie.

Humanistické a existenciálne teórie venujú pozornosť človeku ako autonómnej bytosti. Zameriavajú sa najmä na jeho vnútorný svet a taktiež aj na otázku zmyslu života. Veria v potenciál klienta a zároveň aj v možnosť žiaducej zmeny. V popredí je partnerský prístup založený na poznaní, že jednotlivec je expert na vlastný život. Do tejto oblasti možno zaradiť Rogersov prístup orientovaný na klienta, Berneho transakčnú analýzu, Franklovu logoterapiu a existenciálnu analýzu a i. V sociálnopsychologických a komunikačných modeloch je dôraz kladený na spôsob tvorenia vzťahov medzi ľuďmi. Taktiež sa zaujímajú o to, ako sa vzťahy modifikujú vplyvom sociálnych situácií. Radíme sem napr. teóriu rolí, etiketizačnú teóriu a komunikačnú teóriu. Ako jeden z hlavných trendov v humanitných vedách je označovaný systemický prístup, podávajúci pohľad na človeka a spoločnosť s dôrazom kladeným na pluralitu ľudského poznania a taktiež i na doménu jazyka. V Európe je kognitívne-behaviorálna teória pomerne široko uznávaná, nakoľko zodpovedá všeobecným cieľom a hodnotovej orientácii sociálnej práce. Priamo v sociálnej práci vznikol prístup orientovaný na úlohy inšpirovaný teóriou sociálneho učenia a teóriou systému. Jeho efektívnosť je založená na myšlienke, že aj malý úspech z úloh, ktoré si sám zvolil, rozvíja sebadôveru a sebaúctu človeka. Antiopresívne prístupy presadzujú intervencie namierené proti znevýhodňovaniu a utláčaniu niektorých skupín v spoločnosti. Báza je v troch imperatívoch: spravodlivosť, rovnosť a spoluúčasť [9].

Bio-psycho-sociálny model závislosti

Bio-psycho-sociálny model na závislosť nazerá komplexne. Jeho celistvosť je podľa nášho názoru identická s komplexným nazeraním sociálnej práce na človeka ako na bio-psycho-sociálnu jednotku. „V sociálnej práci vnímame

človeka ako bio-psycho-sociálnu bytosť (homo sapiens), relatívne nezávislého od vonkajších prírodných podmienok, prostredníctvom praktickej ľudskej činnosti, a jeho zmysluplnosť vyjadruje rozvojovou tendenciou v záujme samotného človeka“ [14]. Hrozenková [1] v tejto súvislosti konštatuje, že práve syntetizujúci prístup je pre sociálnu prácu a sociálnych pracovníkov zaujímavý svojím charakterom, nakoľko vymedzenie (a odlíšenie sa) sociálnej práce v poli spoločenských vied spočíva na nazeraní na človeka ako bio-psycho-sociálnej bytosti žijúcej v spoločenskom prostredí, ktoré na človeka vplyva a recipročne človek, zase toto prostredie vytvára a ovplyvňuje. K dotváraniu teórií v sociálnej práci podľa Matouška [9] dochádza tak, aby bolo možné na jednotlivca nazerat celistvo v prostredí, v ktorom žije. „V súčasnosti v sociálnej práci existuje vyše sto teórií a teoretických konceptov. Táto skutočnosť - ako upozorňujú Engelke, Lussi, S. Staub-Bernasconi, Holstein-Brinkman, Thackeray, Skidmore a ďalší – je prirodzeným dôsledkom rozvoja vedeckého poznania v dvadsiatom storočí“ [6].

Bio-psycho-sociálny model sa spája najmä s jeho tvorcom - Engelom, ktorý ponúkol úplne nový spôsob konceptualizácie ľudského zdravia a choroby. Tak ako sme už uvádzali vyššie, biomedicínsky model (človek = stroj) je nahradený bio-psycho-sociálnym.

Kaplan, Coogan [4] v súvislosti s ním hovoria o komplexnosti a integrite. To znamená, že model umožňuje riešiť problém na troch úrovniach – bio, psycho, socio. Autori ďalej konštatujú, že v praxi zahŕňa aj interdisciplinárnu starostlivosť o osobu, teda spoluprácu viacerých odborníkov. Bio-psycho-sociálny model, jeho fungovanie je predmetom výskumu, na základe ktorého možno určiť, pre koho by mohol byť model efektívnym.

„Bio-psycho-sociálny model ponúka integrovaný koncepčný rámec užitočný pre všetkých odborníkov a výskumníkov v oblasti závislostí.“ [5].

Kumpfer, Trunnell, Whiteside [5] ďalej uvádzajú jedenásť princípov tohto modelu. Vyberáme len niektoré. Do popredia sa u autorov dostáva kauzalita. Taktiež je dôležité, že zmeny v jednom aspekte môžu mať dôsledky na celý systém. Podstatná je aj prítomnosť vzájomnej interakcie medzi osobou a prostredím. Autori ďalej tvrdia, že ľudia sa majú aktívne zapájať do diania a pokúsiť sa minimalizovať narušenie systému.

Na uvedenom je podľa nášho názoru možné vidieť i vplyv iných teoretických modelov na vznik bio-psycho-sociálneho a prepojenosť na teórie významné pre sociálnu prácu ako napr. teória systémov. Naše tvrdenie podporuje aj Nociar

[12] ktorý uvádza, že spomínaný model vychádza zo všeobecnej teórie systémov a živých systémov. „Ak daný systém neanalyzujeme iba prierezovo, ale sledujeme jeho vývoj v čase, ukáže sa, že v rôznych etapách vývoja môžu prevládať a hrať rolu genetické činitele (napr. pri dozretí určitých mozgových štruktúr), v iných činitele psychologické (napr. kríza identity v adolescencii), kým v ďalších zase činitele prostredia (napr. prechod zo školy do zamestania)“ [12].

Kalina [2] sa venuje modelom závislosti veľmi podrobne, pomenováva dokonca aj východiská na všetkých úrovniach prevencie v kontexte bio-psycho-socio. Pridáva i spiritualitu. Uvádzame len výber niektorých vo všetkých troch oblastiach prevencie.

Oblasť primárnej prevencie

Primárna prevencia si za cieľ dáva, aby jednotlivец prešiel hľadaním identity čo najbezpečnejšie, rozvíjať predpoklady bio-psycho-sociálno-spirituálnej komplexity, pôsobiť na celú spoločnosť. Pod biologickým predpokladom závislosti možno chápať prevenciu úrazov, účinnú rehabilitáciu fyzických handicapov, záujem o telo či zdravú výživu. Psychologické predpoklady závislosti tvoria napr. nuda, zvedavosť, narušené hranice a nízke sebahodnotenie. Rasová odlišnosť, pocity vyčlenenia z komunit, túžba identifikovať sa so silnejšou skupinou sú oblasťou sociálnou. Ako spirituálny predpoklad závislosti vidí autor v absencii zmyslu života, duchovných hodnôt a autorít.

Oblasť sekundárnej prevencie

Do druhej oblasti zaradil predchádzanie tým chorobám, ktoré otvorili cestu k závislosti resp. ďalej závislosť udržiujú. Uvedené sú biologickými predpokladmi. Je nutné zaujímať sa o život závislej osoby v celku, psychodiagnostika napomáha k identifikácii psychických porúch. Sociálne predpoklady na úrovni sociálnej práce sa zaujímajú o prognózu jedinca. Posledné, spirituálne sú reflektované v systéme liečby, jej filozofie (napr. Teen Chalange).

Oblasť terciárnej prevencie

Zahŕňa resocializáciu či sociálnu rehabilitáciu. Terciárna prevencia na úrovni sociálnej je napr. pomoc pri hľadaní si zamestnania, bývania či umožnenie kontaktu s inštitúciami. Prístup v tejto rovine prevencie v kontexte bio poukazuje na základnú zdravotnú starostlivosť. Psychologická rovina zahŕňa poradenstvo, prevenciu relapsu, motivačný tréning atď. Rovina spirituálna umožňuje závislej osobe napr. zmierenie sa s fyzickou smrťou.

Aplikáciu bio-psycho-sociálneho modelu v kontexte závislosti (alkohol) podáva napr. Novotný [13]: „Každý subjekt predstavuje pre alkohol ideálny bio-psycho-sociálny objekt a alkohol ako psychoaktívna látka má na tento komplex zbrane, ktoré sú silnejšie ako človek a silnejšie ako zákon“.

Pri práci s klientom so závislosťou (pracujeme ako terénne sociálne pracovníčky s aktívnymi užívateľmi drog) si uvedomujeme dôležitosť bio-psycho-sociálneho modelu závislosti. Sme presvedčené, že nie je adekvátne vnímať klienta a jeho aktuálnu situáciu parciálne. Nutná je okrem iného komplexnosť súvislostí a následné ciele intervencie so zámerom konať dobro v prospech klienta. Nie je možné zaoberať sa napr. len ochoreniami súvisiacimi so závislosťou (rovina bio), aktuálnou motiváciou liečby (rovina psycho) či stratou kontaktov s rodinou klienta a hodnôt (socio), nakoľko sú jednotlivé prvky prepojené.

Na záver si dovoľíme konštatovať, že opodstatnenosť, význam a aplikácia bio-psycho-sociálneho modelu je zrejma nielen v sociálnej práci, ale aj v iných odboroch (ošetrovateľstvo, medicína, psychológia).

Literatúra

- [1] HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [2] KALINA, K. a kol. 2008. *Základy klinickej adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [3] KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti mezioborový přístup 1*. Praha: Úrad vlády ČR, 2003. 318 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [4] KAPLAN, D. M. – COOGAN, S. L. [online]. 2005. *The Next Advancement in Counseling: The Bio-Psycho-Social Model*. [cit.2010-10-29]. Dostupné na internete: <http://www.counselingoutfitters.com/vistas/vistas05/Vistas05.art03.pdf>.
- [5] KUMPFER, K. L. - TRUNNELL, E. P. – WHITESIDE, H. S. [online]. 2010. *The Biopsychosocial Model: Application to the Addictions Field*. [cit. 2010-10-29]. Dostupné na internete: <http://www.indiana.edu/~engs/cbook/chap7.html>.
- [6] LEVICKÁ, J. 2003. V sociálnej práci existuje vyše sto teórií a teoretických konceptov. In *Sociální práce/Sociálna práca*, ISSN 1213-624. 2003. roč. 3, č. 3, s. 2-5.

- [7] PAVELOVÁ, L. - KASANOVÁ, A. 2008 Aké má šance? In *Čistý deň: Štvrťročník pre všetkých, ktorí chcú žiť bez návykových látok a rizikového správania - zdravo, pozitívne a harmonicky*, ISSN 1336-4243, roč. 6., č. 3, s. 24-25.
- [8] ROTGERS, F. a kol. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.
- [9] MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178- 473-7.
- [10] *Modely* [online]. 2010, [cit. 2010-10-20]. Dostupné na internete: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/modely_zavislosti.
- [11] *Neuroveda o užívání psychoaktivních látek a závislostí*. Ženeva: WHO, 2004. 264 s. ISBN 80-969196-1-X.
- [12] NOCIAR, A. 1991. *Alkohol a osobnosť*. Bratislava: SAV, 1991. 204 s. ISBN 80-224-0281-8.
- [13] NOVOTNÝ, I. 2009. Legálne drogy. In *Sociálna prevencia*, ISSN 1336-9679, 2009, roč. IV, č. 3, s. 14-17.
- [14] STRIEŽENEC, Š. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Tripsoft, 2001. 197 s. ISBN 80-968294-6-7.
- [15] VÁCHOVÁ, P. E. – JANŮ, L. – RACKOVÁ, S. 2009. Patogeneze závislosti. In *Psychiatria pro praxi*. [online]. 2009, roč. 10, č. 6 [cit. 2010-10-26]. Dostupné na internete: <http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/06/03.pdf>.
- [16] VEREŠOVÁ, M. 2004. *Mediátory užívania drog: Cesta k efektívnej prevencii drogových závislostí*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2004. 388 s. ISBN 80-8050-767-8.

Kontaktné údaje

Mgr. Andrea Hugáňová
 Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, FSVaZ UKF v Nitre
 Krakova 1
 949 74 Nitra
 +421 37 640 87 67
andrea.huganova@ukf.sk

Mgr. Katarína Chovancová
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied FSVaZ UKF v Nitre
Krakova 1
949 74 Nitra
+421 37 640 87 68
katarina.chovancova@ukf.sk

*Príspevok vznikol vďaka podpore grantu: VEGA č. 1/0221/11 pod názvom:
Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk
v podmienkach Slovenskej republiky.*

Faktory vplývajúce na kvalitu života pacientov s reumatoidnou artritídou

Marcela Ižová

Abstrakt

Hlavnou témou príspevku je poukázať na faktory ovplyvňujúce kvalitu života pacientov s reumatoidnou artritídou. Prieskumná časť je realizovaná pomocou empirickej metódy - dotazník. Cieľom príspevku bolo posúdiť informovanosť pacientov o reumatoidnej artritíde, možnostiach liečby, princípoch šetrenia kĺbov a kúpeľnej liečbe. Zistiť ich úroveň kvality života a faktory, ktoré na ňu vplývajú. Monitorovanie úrovne kvality života, ktorá býva rôznym spôsobom poznačená nástupom ochorenia v živote človeka, sa považuje vo vyspelých systémoch zdravotnej starostlivosti za štandardnú súčasť poskytovania ošetrovateľských služieb.

Kľúčové slová

Reumatoidná artritída. Kvalita života. Bolesť. Režimové opatrenia. Edukácia.

Abstract

The main topic of the article is to point out the factors which influence the quality of the patient with rheumatoid arthritis. Exploratory part is realized using empirical methods - questionnaire. The aim of this article was consider the knowing of patients about rheumatoid arthritis, therapy events, principle of joints saving and spa therapy. Find out their level of life quality and factors, which influence on it. Monitoring the level of quality of life that resides in different ways marked the onset of disease in human life, is considered a developed health care systems as a standard part of providing health care services.

Key words

Rheumatoid arthritis. Quality of life. Pain. Regime measure. Education.

Úvod

V poslednom období sa kladie veľký dôraz na hodnotenie faktorov, ktoré ovplyvňujú pacientovo vnímanie kvality života.

„Kvalita života je obvykle definovaná aj ako „subjektívne posúdenie vlastnej životnej situácie“, preto sa v medicíne presadzuje označenie „health-related quality of life“, teda kvalita života týkajúca sa zdravia, ktorý do praxe zaviedli Testa a Nackley“ (Baštecká, 2001, s.328).

Záujem o pôvod ľudského blaha, šťastia a kvality života nie je žiadnou novinkou súčasnej spoločnosti. Práve medzi významné problémy súčasného zdravotníctva patrí zabezpečenie dobrej kvality života ľuďom, trpiacich chronickým ochorením. Medzi najzávažnejšie, a kvalitu života ovplyvňujúce ochorenia rozhodne patrí aj reumatoidná artritída (ďalej len RA). Práve bolesť a neschopnosť pohybu výrazne ovplyvňuje kvalitu života pacientov. Pre týchto ľudí môže byť veľkou oporou rodina, či priatelia, no i zdravotníci by mali byť veľkým prínosom na uľahčenie problémov súvisiacich s týmto ochorením.

Materiál a metódy

Predmetom prieskumu bolo ochorenie RA a jej faktory vplyvajúce na kvalitu života pacientov. **Objektom** prieskumu boli pacienti po diagnostikovaní a liečbe ochorenia RA v ambulantnej i ústavnej starostlivosti.

Cieľom prieskumu bolo:

- Zistiť ako vplýva RA na sebestačnosť pacienta v bežných denných aktivitách.
- Zistiť najčastejší spôsob zvládania bolesti.
- Zistiť vplyv RA na spoločenské aktivity.
- Zistiť ako vplýva RA na psychické potreby pacienta.

Metóda prieskumu - na základe údajov sme použili empirickú metódu zberu informácií – dotazník, ktorý bol zameraný na zistenie faktorov ovplyvňujúcich kvalitu života pacientov s RA. Dotazník pozostával z 30 otázok. Jednotlivé položky boli zamerané na vplyv RA na sebestačnosť pacienta v bežných denných aktivitách, na zvládanie bolesti, na vplyv artritídy na spoločenské aktivity, psychické potreby pacienta a na zistenie opatrení na zvýšenie kvality života pacienta s RA. V závere dotazníka boli umiestnené 3 demografické položky. Dotazník obsahoval 18 uzatvorených, 2 otvorené a 10 poloopených otázok. Vyplnenie dotazníka bolo dobrovoľné a anonymné. Na spracovanie

dotazníka sme použili ručnú čiarkovú metódu. Výsledky sme kvantitatívne vyhodnotili v absolútnych číslach a percentách.

Priekumná vzorka - výber respondentov bol zámerný a anonymný bez obmedzenia veku, pohlavia, či vzdelania povolania. U všetkých respondentov bola RA už diagnostikovaná a liečená.

Realizácia prieskumu - zber údajov sme realizovali v mesiacoch november a december 2009 (po schválení dotazníka etickými komisiami). Miestom realizácie boli reumatologická ambulancia Internej kliniky v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP - FN Ružomberok, súkromná reumatologická ambulancia v dolnooravskej nemocnici s poliklinikou Dolný Kubín so súhlasom MUDr. Vilčekovej Jany. Respondenti boli oboznámení s cieľom a vyplňovaním dotazníka. Počet rozdáných dotazníkov bolo 50, vyplnilo ich 45 pacientov, čiže návratnosť bola 90%.

Výsledky

Na prieskume sa zúčastnilo 45 pacientov rôznych vekových kategórii. Vekové rozpätie pacientov bolo od 30 do 79 rokov, z toho najväčšiu skupinu tvorili pacienti vo veku 50 - 59 rokov, čo predstavovalo 28 % z celkového počtu. O niečo menej tvorili pacienti vo vekovom rozpätí 40-49 (26%), vek od 60-69 tvorili 10 pacienti (22%) prieskumu sa zúčastnili aj mladší pacienti vo veku 30-39 rokov, počtom 6 (13%) i pacienti vo veku 70-79 rokov (11%). Prevažná časť respondentov 39 (87%) boli ženy, menšiu skupinu tvorili muži počtom 6 (13%). Zo zúčastnených pacientov 13 (29%) bolo už v starobnom dôchodku, na invalidnom dôchodku bolo 8 (18%) pacientov, povolaním administratívny pracovník bolo 6 (13%), v obore ekonóm a predavač sa zúčastnilo po 3 pacientoch (7%) a v ďalších povolaniach boli po 1 - 2 respondentoch (2-4%). Boli to povolania ako robotník, stavbár, sestra, technik, zámočník, obchodný referent, poštový doručovateľ, zvärač, ekonóm, živnostník.

Ako dlho sa liečite na reumatoidnú artritídu?

Na reumatoidnú artritídu sa liečilo 32 pacientov (71%), čo predstavuje väčšinu. Menej pacientov predstavovalo dĺžku liečby 4-5 rokov s počtom 7 (16%). Len 5 pacienti (11%) sa liečili po dobu 2-3 rokov a 1 pacient (2%) sa ešte neliečil vôbec. Dĺžku liečby 1rok nepotvrdil ani jeden pacient.

Z čoho máte v súvislosti s ochorením najväčší strach (môžete označiť viac odpovedí)?

V danej otázke mohli pacienti označiť viac odpovedí. Najväčší strach v súvislosti s ochorením mali pacienti z fyzického obmedzenia, čo predstavuje 28 pacientov. Z pocitu neschopnosti malo strach 26 opýtaných, strach z bolesti

malo 17 pacientov, zo zhoršenia stavu 19 pacientov. Len 2 pacienti nemali v súvislosti s ochorením strach vôbec.

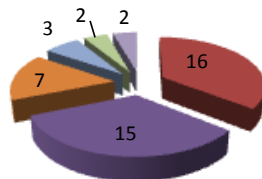
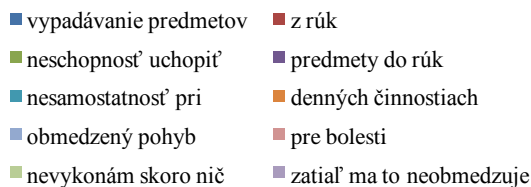
Akú dlhú rannú stuhlosť pociťujete v poslednom týždni?

Ranná stuhlosť u väčšiny pacientov 21 (46%) trvala do 30 minút, dĺžku rannej stuhlosti 31-60 minút označilo pacientov 13 (28%), najmenej odpovedalo na otázku dĺžky trvania rannej stuhlosti 61 - 90 minút počtom 3 (6%). Viac ako 91 minút rannej stuhlosti sa vyskytlo u 9 pacientov (20%).

Napište ako sa prejavuje reumatoidná artritída na Vašich schopnostiach vykonávať bežné denné činnosti:

Pri bežných denných činnostiach mali pacienti najviac ťažkosti s uchopovaním predmetov - 15 pacientov, s ich vypadávaním a neschopnosťou udržať v rukách -16 pacientov. Nesamostatnosť pri denných činnostiach ako je toaleta, osobná úprava a obliekanie, jedenie, či varenie bola hlavným prejavom artritídy pre 7 pacientov. Obmedzená pohyblivosť, hlavne chôdza spôsobovala ťažkosti 3pacientom a 2 pacienti uviedli, že pre bolesti nevykonajú skoro nič. Rovnaký počet odpovedal, že ich artritída v denných činnostiach zatiaľ neobmedzuje. Výsledky sú zobrazené v grafe č.1.

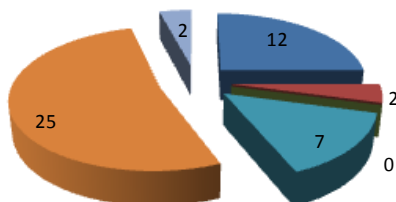
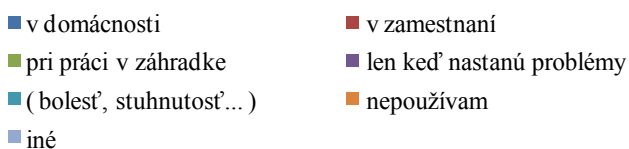
Graf č.1 Artritída a bežné denné činnosti



Ku ktorým činnostiam využívate pomôcky?

K denným činnostiam vôbec nevyužívalo pomôcky 25 pacientov, menšiu časť 12 predstavovali pacienti, ktorí využívali pomôcky hlavne v domácnosti. V 7 prípadoch využívali pomôcky len keď nastali problémy v zdravotnom stave, u 2 pacientov bolo využitie pomôcok dôležité v zamestnaní. Pri práci v záhradke nevyužívali pacienti pomôcky vôbec. Odpoveď iné zaznačili 2 pacienti a doplnili, že pomôcky využívali stále a hlavne vonku. Výsledky sú zobrazené v grafe č.2.

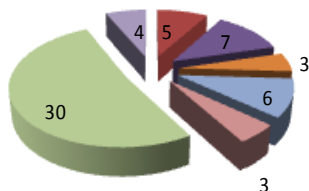
Graf č. 2 Najčastejšie činnosti s využitím pomôcok



Začiarknite, ktoré praktické vylepšenia využívate k denným úkonom (môžete označiť viac odpovedí)?

Najvyšší počet pacientov 30 nevyužívalo žiadne vylepšenia pri denných úkonoch, pomôcky na obliekanie však využívalo 7 pacientov. K umývaniu hubku na dlhej rúčke používalo 6 pacientov, praktické vylepšenie v kuchyni ako je upravený riad bolo nevyhnutné pre 5 pacientov. Rovnaký počet pacientov, 3, používa špeciálne pero a zdvíhaciu paličku. Možnosť iné doplnili 4 pacienti, ktorí k denným úkonom využívajú pomôcky ako predĺžený obuvák, drvič cibule, vysávač lístia.

Graf č. 3 Praktické vylepšenia pri denných úkonoch



Pri ktorej z uvedených činností najviac pociťujete bolesť?

Najviac pociťovali bolesť pacienti pri uchopovaní predmetov, a to počtom 21. Chôdza bola bolestivá pre 17 pacientov, pre 15 pacientov bolo bolestivým úkonom vstávanie z postele a pre 12 vstávanie zo stoličky. Pri domácich prácach pociťovali najviac bolesť 9 pacienti, a pri odpovedi iné poznamenali prítomnosť bolesti 3 pacienti hlavne pri otáčaní sa v posteli počas spánku a pri námahe. Jeden pacient zaznačil, že pri činnostiach zatiaľ bolesti nepociťovali.

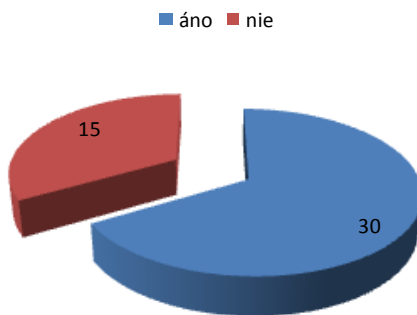
K zvládnutiu bolesti najčastejšie využívate:

Z odpovedí na otázku vyplýva, že až 40 pacientov využívalo k zvládnutiu bolesti lieky. Len 13 pacientov zvládalo bolesť pohybom, pre 9 pacientov boli vhodné obklady, s relaxáciou a oddychom to najčastejšie zvládli 7 pacienti, masáže najčastejšie využívali 6 pacienti a vodoliečbu 2 pacienti.

Ovplyvňuje artritída Váš spoločenský život (stretávanie sa s priateľmi..)?

Spoločenský život ovplyvňovala artritída 30 pacientom (67%). Pre 15 pacientov (33%) bol spoločenský život reumatoidnou artritídou neovplyvniteľný. Výsledky sú zobrazené v grafe č.4.

Graf č.4 Vplyv artritídy na spoločenský život

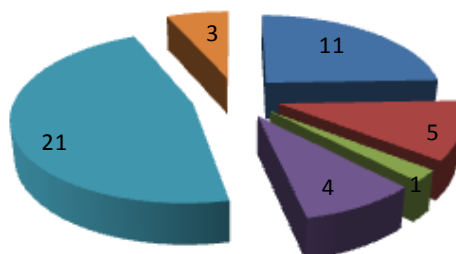


Akým aktivitám sa vo voľnom čase venujete?

Najčastejšie sa vo voľnom čase venovali pacienti oddychu 21 pacientov (47%), pre záhradníčenie zaznamenalo odpoveď 11 pacientov (24%), športovaniu sa venovalo 5 pacientov (11%) a navštíviť kultúrne podujatie bolo najpríjemnejšou aktivitou pre 4 pacientov (9%). Odpoveď iné doplnili 3 pacienti (2%), kedy voľný čas využívali hlavne prácou v domácnosti, prechádzkami v prírode či lúštením krížoviek a čítaním kníh. Výsledky sú zobrazené v grafe č.5.

Graf č. 5 Aktivity vo voľnom čase

■ záhradníčenie ■ športovanie ■ cestovanie
■ kultúrne podujatia ■ oddych ■ iné



Využili ste v minulosti možnosť kúpeľnej liečby?

Možnosť kúpeľnej liečby v minulosti vôbec nevyužilo 22 pacientov (49%), jedenkrát ju využilo 12 pacientov (27%) a viac ako raz využilo kúpeľnú liečbu 11 pacientov (24%).

Napište názov občianskeho združenia pre reumatikov:

Z uvedených skutočností vyplýva, že len 8 pacientov (18%) poznalo názov občianskeho združenia pre reumatikov, no väčšina pacientov počtom 37 (82%) vôbec nepoznalo občianske združenie pomáhajúce reumatikom.

Vaším najväčším zdrojom citovej podpory je:

Najväčším zdrojom citovej podpory bola pre 30 pacientov (67%) rodina. Pre 10 pacientov (22%) bol citovou oporou lekár a priatelia boli oporou pre 5 pacientov (11%). Pomocnú skupinu neuvádzal ako citovú podporu ani jeden pacient.

Spôsobujú príznaky artritídy u Vás stavy úzkosti?

Príznaky artritídy u 29 pacientov (65%) spôsobovali stavy úzkosti len občas, u 10 pacientov (22%) prebiehala artritída bez stavov úzkosti a v prípade 6 pacientov (13%) spôsobovali príznaky artritídy stavy úzkosti.

Pomáha Vám Vaša viera v prijímaní ťažkostí súvisiacich s ochorením?

Pre väčšinu pacientov 27 (60%) bola viera veľkou pomocou pri prijímaní ťažkostí. V súvislosti s ochorením, len čiastočne cítili oporu vo viere 11 pacienti

(24%) a záporne na otázku odpovedalo 7 pacientov (16%).

Ste spokojný/á so svojim životom?

Spokojnosť so svojim životom potvrdilo 15 pacientov (45%), čiastočne bolo spokojných 20 pacientov (33%) a nespokojnosť so svojim životom prejavilo 10 pacientov (22%).

Napište návrhy na zlepšenie kvality života:

Z počtu 45 pacientov nám na túto otázku odpovedalo len 23 pacientov, ostatní sa k tejto otázke vôbec nevyjadrili. Pre 5 pacientov bola k zlepšeniu kvality života pacientov s RA nevyhnutná primeraná informovanosť. Pre ďalších 5 pacientov bolo dôležité využiť kúpeľnú starostlivosť a jej lepšiu dostupnosť. U 3 pacientov bol dôležitý pohyb a rehabilitácia, po 2 pacienti sa vyjadrili k zlepšeniu kvality pacientov s RA prostredníctvom pozitívneho myslenia, zmenou stravy, či vynájdением účinnejších liekov proti bolesti alebo smerovania vývoju k využitiu biologických liečiv. Po 1 pacientovi prispeli aj návrhmi, ako sú včasná diagnostika a liečba, hospitalizácia v stave funkčnej neschopnosti alebo tiež dôležitá výstavba bezbariérovosti budov.

Diskusia

Zistiť ako vplýva RA na sebestačnosť pacienta v bežných denných aktivitách.

RA výrazne ovplyvňuje vykonávanie bežných denných činností. Rovenský uvádza príznaky, ktoré mnohými spôsobmi ovplyvňujú bežný život pacienta. Náš dotazník potvrdzuje, že RA sa podpisuje hlavne pri bežnom úkone ako je udržanie predmetu v rukách. Pre 16 pacientov bolo následkom opuchu, stuhnutosti, či bolesti kĺbov rúk bežné vypadávanie predmetov z rúk alebo u 15 pacientov neschopnosť uchopovať predmety. Pri denných činnostiach boli úplne nesamostatní 7 pacienti alebo s obmedzeným pohybom, čo výrazne ovplyvňovalo ich sebestačnosť, a to malo výrazný vplyv na kvalitu ich života. Pre 2 pacientov znamenala RA neschopnosť vykonať pre bolesti skoro nič. Potvrdzuje to literatúrou uvádzanú disabilitu vplyvom ochorenia. „*Tieto choroby sú najčastejšou príčinou dlhodobej bolesti a disability, ktoré sa týkajú stoviek ľudí na celom svete*“ (Pavelka, 2003, s. 912).

Potvrdené naším prieskumom, výrazná väčšina pacientov (25) k denným činnostiam pomôcky vôbec nevyužívalo. Tento smutný fakt je odôvodnený nielen nedostatočnou informovanosťou pacientov, ale aj obmedzeným

prístupom k získaniu niektorých pomôcok. Avšak mnoho pacientov si svojou vynaliezavosťou dokáže upraviť predmety tak, aby im uľahčili vykonávanie činnosti. Niektorí pacienti tak využívali pomôcky hlavne v domácnosti (12), no i v zamestnaní (2). Mnohí pacienti využívali pomôcky až keď nastal problém. Preto je nevyhnutné pacientov edukovať nielen o ochorení, jeho liečbe a komplikáciách, ale aj o zvládaní bežných činností pomocou rôznych pomôcok, čo by mohlo prispieť k zlepšeniu ich kvality života. Okrem vykonávania bežných činností pre obmedzený pohyb rúk je pre pacientov s RA obtiažna aj chôdza. Pacienti tak používali pri pohybe hlavne palicu a barle (14), pre 3 pacientov bolo nevyhnutné aj chodítko, či madlá, no väčšina pacientov (28) opäť potvrdila, že k pohybu zatiaľ nevyužíva žiadne pomôcky. Dokazuje to, že RA najviac postihuje kĺby rúk, no neobíde ani kĺby dolných končatín.

Literatúra (Bird, Hampton, 2007) uvádza mnohé praktické vylepšenia k denným úkonom, no náš prieskum opäť potvrdil, že väčšina pacientov, počtom 30 nevyužívalo žiadne vylepšenia. Avšak k obliekaniu využívali 7 pacienti pomôcky a v domácnosti upravený riad využili 5 pacienti.

Pri činnosti v domácnosti mnohokrát pacient s RA potrebuje pomoc inej osoby. Náš dotazník potvrdil, že najviac potrebujú pomoc pri obliekaní a úprave (20). Pomoc bola nevyhnutná aj pre pacientov pri vstávaní, umývaní, varení, či pri chôdzi. Pre 10 pacientov nebola pomoc inej osoby ešte potrebná. Samostatne sa obliecť dokázali 12 pacienti a s určitými ťažkosťami až 20 pacientov. Pre 3 pacientov bol tento úkon úplne nemožný. Diagnostikovaním RA sa 18 pacientov snažilo doplniť svoj stravovací režim užívaním výživových doplnkov a 17 pacientov a začalo stravovať zdravšie, čo by mohlo prispieť k zmierneniu príznakov.

Prieskumom sme teda zistili, že RA výrazne vplýva na sebestačnosť pacienta v bežných denných aktivitách. Určité percento tvorili pacienti, ktorý zatiaľ zvládajú príznaky RA a jej následky bez pomoci iných, no podstatná väčšina tú pomoc potrebovala. Mnohé z činností by si pacienti mohli uľahčiť, prípadne by sa mohli stať viac sebestačnými využívaním rôznych pomôcok. Boli by tak menej závislí na svojom okolí, čím by získali vyššie sebedovetomie a zbavili sa tak strachu z pocitu neschopnosti. Následne by sa tým mohla zvýšiť aj ich kvalita života. Dostatočná edukácia zo strany lekára o správnej životospráve však prispela k osvojeniu si zdravších stravovacích návykov.

Zistiť najčastejší spôsob zvládania bolesti.

V prieskume sme sa venovali aj vplyvu bolesti na pacienta a spôsob jej zvládania. Bolest' je dominantným prejavom RA a ako typický prvok zhoršujúci kvalitu života sa vyskytovala u väčšiny pacientov (27) pri rannom vstávaní a pri fyzickej záťaž (19), čo súvisí hlavne so stuhnutosťou a zápalovým procesom kĺbov. Pre 26 pacientov bola bolesť kĺbov za posledný týždeň stredne silná, pre 11 veľmi silná a pre 3 pacientov až neznesiteľná. Takáto bolesť dokáže pacienta úplne vyradiť s denného života, pretože ovplyvňuje nielen psychiku ale aj samotné denné činnosti pacienta. V našom prieskume 21 pacientov potvrdilo najviac pociťovanú bolesť pri uchopovaní predmetov a pre 17 pacientov bola bolestivým pohybom chôdza. Mnohokrát bolesť privádza pacientov k úplnému obmedzeniu pohybu, čím sa naruší jeho funkcia. V štádiu vysokej aktivity sa ordinuje pokoj na lôžku, a niekedy je vhodná i hospitalizácia, na zmiernenie bolesti je vhodné aj dlhovanie a používanie aspoň minimálnych izometrických cvikov (Rybár, 2002). Vhodné sú aj mnohé alternatívy liečby ako je vodoliečba, obklady a masáže, avšak náš prieskum dokázal, že podstatná väčšina pacientov (40) k zvládnutiu liečby najčastejšie siaha po liekoch. Je to samozrejme aj prvá voľba lekára, použiť medikamentóznou liečbu, pretože je najúčinnějšía (Bird, 2007).

Zistiť vplyv RA na spoločenské aktivity.

Príznaky RA vo veľkej miere ovplyvňujú aj spoločenský život pacienta a trávenie voľného času. Venovanie sa svojím koníčkom odpútava myseľ od choroby, no niekedy pre ťažkosti s ňou spojené nie je možné ich uplatniť. Tak sa väčšina našich pacientov (21) venovala skôr oddychu, pre 11 pacientov bolo venovanie sa záhradníčeniu obľúbenou aktivitou, no pacienti sa venovali aj športovaniu a návštevám kultúrnych podujatí. Pociť, že RA ovplyvňuje ich spoločenský život malo 30 pacientov a nesúhlas prejavili 15 pacienti. Úzko to súvisí s tým, že ochorenie je invalidizujúce alebo jednoducho pacienti len strácajú pocit sebaistoty. Hlavne dlhodobá práceneschopnosť môže vyvolávať u pacientov menej istoty v pracovnej oblasti, čo potvrdili pacienti v našom prieskume. Pre 25 pacientov mala RA vplyv na zamestnanie, no podmienky v práci sa dajú upraviť tak, aby pacienti vyhovovali a 14 pacientom tak RA vôbec na zamestnanie nevplývala alebo im nespôsobovala pracovnú neschopnosť (21). Mnoho pacientov (17), sa však následkom tohto ochorenia nachádzalo už na invalidnom dôchodku a veľmi vhodné by bolo využiť kúpeľnú liečbu. V našom prieskume však, bohužiaľ, kúpeľnú liečbu nevyužilo 22 pacientov a len 12 túto

možnosť využilo iba raz. Kúpeľná liečba je jednou z najvhodnejších liečebných procedúr aké môže reumatik využiť. Výsledkom sú blahodárne účinky nielen na fyzickú aktivitu, ale aj na psychiku a spoločenské vyžitie pacienta (Zvonár, 2005).

Reumatici majú mnoho možností, ako si zlepšiť kvalitu svojho života, no mnohokrát si sami nevedia poradiť. V tejto oblasti má veľké dosahy občianske združenie pre reumatikov. Toto nezávislé občianske združenie pomáha svojim členom nielen poradiť v každej oblasti, ale podniká aj rôzne spoločenské aktivity a pobyty, ktorými sa tak reumatici môžu stretávať s ľuďmi s podobnými problémami a zároveň nadobudnúť nové poznatky (Pacientske organizácie, 2010). Náš prieskum však dokázal že markantná väčšina pacientov (82%) vôbec Ligu proti reumatizmu nepozná, tak vlastne ani nevyužíva jej výhody.

Zistiť ako vplýva RA na psychické potreby pacienta.

Tieto pomocné skupiny by mohli byť zdrojom aj citovej podpory pre pacientov, avšak pre väčšinu pacientov (30) bola najväčším zdrojom citovej podpory rodina alebo lekár (10). Okrem citovej podpory je pre reumatikov dôležité zvládnuť aj psychické potreby. Príznaky RA 29 pacientom spôsobovali občas stavy úzkosti, pre 6 pacientov to bolo denne. Dôsledkom týchto stavov je uzatváranie sa do seba a odmietanie spoločnosti, čo v značnej miere zhoršuje nielen ochorenie, ale sa aj rapídne znižuje kvalita života. K zvládnutiu stresu a úzkosti je preto vhodné využívať rôzne techniky ako je relaxácia, ktorú v našom prieskume využívalo 15 pacientov, meditáciu šiesti alebo cvičenie dvaja, či hlboké dýchanie traja pacienti. Prieskumom sa však ukázalo, že 17 pacientov nepoužívalo žiadne techniky, buď z dôvodu, že ich nepotrebovali alebo nepoznali. Taktiež pomoc psychológa nevyužilo 35 pacientov, 6 pretože takéto stavy nikdy nemali, no pre 4 pacientov mala pomoc psychológa opodstatnenie. Mnohým pacientom (27) pomáhala pri zvládaní ťažkostí súvisiacich s ochorením skôr viera.

Kvalitu života pacienta v značnej miere ovplyvňuje subjektívny pocit spokojnosti so svojím životom. V našom prieskume prejavilo spokojnosť so svojím životom len čiastočne 20 pacientov a úplnú nespokojnosť vyjadrilo 10 pacientov. Spokojnosť so svojím životom by bola určite vyššia zlepšením kvality života pacienta a opatreniami na jej zvýšenie.

Návrhy pre prax

Oboznamovať verejnosť s problematikou RA - zvyšovať tiež informovanosť prostredníctvom masmédií, ako sú články v časopisoch, či vytvorenie internetovej stránky, aby sa lepšie orientovali vo svojom ochorení, či poukázať na programy, na pomoc ľuďom. Na internetových stránkach by mohli prebiehať diskusné fóra, kde by sa pacienti mohli obrátiť so svojimi problémami na odborníkov odpovedajúcich v oblasti reumatológie. Zlepšením osvetu je možné získať tak ohrozenú verejnosť na zlepšenie prevencie a propagácie zdravého životného štýlu.

Vhodne edukovať pacientov s RA nielen na oddeleniach nemocníc, ale aj na jednotlivých ambulanciách. Motivovať pacienta k edukačným stretnutiam. Edukácia pacientov by sa mala dotýkať nielen ochorenia, ale hlavne zlepšenia životného štýlu vhodnou fyzioterapiou, stravovaním, využitím kúpeľnej liečby, no tiež navodením pozitívneho myslenia.

K edukácii tiež navrhujeme **vytvárať vhodné priestory na edukáciu pacientov**, v rámci možností danej ambulancie, aby sa cítili príjemne, mali chuť sa vzdelávať a prijímať nové informácie. Edukačné miestnosti v rámci primárnej prevencie pre deti a dorast a sekundárnej prevencie v reumatologických, interných, či ortopedických ambulanciách. Vhodné je aj zabezpečiť prítomnosť podporných osôb ako oporu príbuzného, a tým zároveň doceliť ich zvyšovanie si informácii, keďže RA je hlavne dedičnou predispozíciou.

Pre edukáciu zvoliť vhodný edukačný materiál, prípadne samostatne **vypracovávať edukačný materiál** v jednoduchšej forme, aby pacient, často laik, ľahšie pochopil danú problematiku. Edukačným materiálom poskytovať pacientovi nové vedomosti vo forme edukačných listov, letákov, nástienok umiestnených na chodbách kliník a ambulanciách praktických i špecializačných lekárov.

Vhodné by tiež bolo **umožniť samovzdelávanie pacientov** nielen na oddelení nemocníc, v ambulanciách lekárov, ale aj v edukačných miestnostiach, či v knižniciach, využitím vhodnej literatúry, brožúr, ale aj použitím internetu, pričom by mal byť pacient edukovaný samostatne si vyhľadať vhodné webové stránky týkajúce sa jeho problému. Pacienta motivovať schopnosťou sám si vyhľadať materiál, ktorý by mu pomohol lepšie pochopiť svoj stav, ochorenie. Týmto zároveň podporovať aj selfmonitoring pacientov.

Edukáciou pacientov by sa mali zaoberať hlavne lekári a sestry, čím by sme tiež navrhovali **zvyšovať vedomostnú úroveň zdravotníckych pracovníkov**,

motivovať ich, organizovať semináre, porady, stretnutia s lekármi, sestrami, či inými odborníkmi a špecialistami, a tým zabezpečiť kurzy a sedenia na rôzne témy týkajúce sa daného ochorenia.

Organizovať zdravotno - výchovné stretnutia pre pacientov, rodiny a ich príbuzných, ale i pre širšiu verejnosť vo forme prednášok, či rozhovorov. Poskytnúť kontakt na pacientov s podobným ochorením, pokiaľ máme súhlas. Poskytnúť tiež kontakty, či webové stránky na pomocné skupiny, kluby, či programy na pomoc v zdravotnej, v právnej, alebo inej oblasti. Zároveň navrhujeme uskutočňovať podujatia na ktorých sa stretnú skupiny chorých s rovnakou diagnózou, ako aj ich príbuzných, či priateľov. Podujatia hudobné, filmové a podobne, kde sú zahrnuté aj rôzne prednášky a prezentácia najnovších poznatkov danej problematiky, choroby. Podobne ako aj Deň proti reumatizmu, kde sú pacienti motivovaný k spoločnému stretnutiu rôznymi akciami. Jedným z najznámejších je združenie Liga proti reumatizmu, kde sa sústreďujú pacienti s reumatickými ochoreniami, vzájomne sa podporujú a zúčastňujú na rôznych podujatiach. Zároveň navrhujeme lepšiu propagáciu tohto združenia vo forme letákov, plagátov a pod., prípadne informovanosťou zdravotníckych pracovníkov, ktoré by tak pomohli pacientom ho bližšie spoznať, vhodne využiť a zvýšiť tak ich kvalitu života.

Podporovať vznik bezbariérovosti. Mnoho pacientov nielen s reumatickými ochoreniami má značné ťažkosti dostaviť sa k lekárovi, na nákupy, na úrady a pod. Dôvodom je nemožnosť prístupu pre zdravotný handicap. Zdravím ľuďom sa to môže zdať nepotrebné, no pre chorých je to často otázka životnej potreby. No práve „zdraví ľudia“ by sa mali snažiť uľahčiť život chorým. Dôležitým aspektom je práve poskytnutie bezbariérovosti v budovách, či v hromadnej doprave. Navrhujeme preto vypracovať finančne efektívne stratégie na podporu vzniku týchto projektov a tiež zviditeľnenie tohto problému na získanie vhodných sponzorov a pod.

Tiež by bola vhodná, pri projektovaní budov, kde sa poskytuje starostlivosť o pacientov s pohybovým aparátom, spolupráca projektových manažérov s kompetentnými pracovníkmi (aj zdravotníckych), ktorí by pripomienkovali navrhnutý projekt budovy, tak aby vyhovel potrebám, či požiadavkám zamestnancov, či pacientov.

Zlepšiť dostupnosť pomôcok a kúpeľnej liečby. Mnoho pacientov nie je schopných vykonávať bežné denné činnosti pre nedostatočný prístup k pomôckam na ich zvládnutie, či uľahčenie. Navrhujeme preto zvýšiť propagáciu aj týchto pomôcok nielen prostredníctvom letákov, ale aj

informovanosťou zo strany zdravotníckych pracovníkov, hlavne fyzioterapeutov. Pacienti s pohybovým handicapom majú právo na preplácanie rôznych pomôcok, či ich opotrebovanie. Taktiež majú právo na kúpeľnú starostlivosť podľa zákona č.577/2004 Z.z., ktorý presne určuje osoby, ktorým je určená táto liečba, sadzby a preplácanie procedúr poisťovňou, potrebné je však pacienta o tom informovať.

Záver

Informovaný človek sa oveľa viac aktivizuje v samostatnejšej starostlivosti o zdravie, o svoju chorobu, spolupracuje so zdravotníckym tímom, podieľa sa na zlepšení zdravia, kompenzácii ochorenia a na prevencii komplikácií. Sestra sa zameriava na všetky stránky života pacienta, aby mal rovnaké možnosti na kvalitný život ako zdravý človek. Keďže väčšina ľudí s RA má miernejšiu formu ochorenia, môžu viesť plnohodnotný život, robiť kariéru, pokračovať vo voľnočasových aktivitách. Pacienti s týmto ochorením si zaslúžia dostať sa do popredia nášho záujmu a skúmaním rôznych faktorov a vplyvov na ich kvalitu života im dokážeme pomôcť alebo uľahčiť prežívanie. Konečným produktom starostlivosti o pacienta by tak mala byť jeho spokojnosť s vlastným životom a strávenie každého dňa.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] BENCOVÁ, J. 2009. Faktory vplyvajúce na kvalitu života pacientov s reumatoidnou artritídou – diplomová práca. Ružomberok. 2009. 91 s.
- [2] BIRD, H. a kol. 2007. *Artritída*. Bratislava: Slovart, 2007. 224 s. ISBN 978-80-8085-594-9.
- [3] HALEČKA, T. 2001. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky sociálnej práce. In: *Práca a sociálna politika*, ISSN 1210-5643. Ročník IX, 2001, č. 12.
- [4] *Pacientske organizácie*. 2010. [online 2010] (cit. 2011 – 02-02). Dostupné na internete: <http://www.nurch.sk/pacienti/pacientske-organizacie/>
- [5] PAVELKA, K.- ROVENSKÝ J. 2003. *Klinická revmatologie*. Praha: Galén, 2003. 962 s. ISBN 80-7262-174-2.
- [6] RYBÁR, I., URBÁNEK, T. 2002. *Pacient s reumatoidnou artritídou*. Bratislava: Aventis Pharma, 2002. 54 s.

- [7] Zbierka zákonov č. 577/2004 o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- [8] ZVONÁR, J. a kol. 2005. *Termotereapia, hydroterapia, balneoterapia a klimatoterapia*. Martin: Osveta, 2005. 191 s. ISBN 80-8063-175-1.

Kontaktné údaje

PhDr. Marcela Ižová, PhD.

Pracovná adresa:

Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovenská republika

Súkromná adresa:

Papiernícka 1
034 01 Ružomberok
Slovenská republika

Pracovné podmienky sestier v ošetrovateľskej klinickej praxi

Monika Jankechová, Angelika Kunayová

Abstrakt

Pracovné prostredie sestier je tvorené širokým súborom rôznorodých faktorov, ktoré vytvárajú priaznivé, ale aj nepriaznivé podmienky pri práci a môžu mať pozitívny alebo negatívny vplyv na zdravie sestry. Predkladaný príspevok prezentuje výsledky prieskumu zameraného na skúmanie pracovných podmienok sestier v ošetrovateľskej klinickej praxi.

Kľúčové slová

Práca. Pracovné podmienky. Faktory pracovného prostredia. Prieskum.

Úvod

Práca je komplexný fenomén, „je základnou činnosťou človeka, pričom jej podstatným znakom je, že nie je izolovanou činnosťou jednotlivca, ale že je vo väčšej či menšej miere viazaná na iných ľudí, má spoločenský charakter. Práca je podstatným faktorom rozvoja spoločnosti i osobnosti“ (Kollárik, 2002, s. 11). Práca sa vykonáva v určitom konkrétnom prostredí, za určitých pracovných podmienok, na určitom pracovisku, v určitom pracovnom režime, pomocou určitých pracovných prostriedkov.

Pracovné prostredie „je súhrnom všetkých okolností a ľudí obklopujúcich človeka pri práci. Možno ho definovať ako súbor materiálnych podmienok (priestorových, fyzikálnych, chemických) a psychosociálnych aspektov, v ktorých sa vykonáva práca. Stav pracovného prostredia je určený najmä stavebným, objemovým a dispozičným riešením objektov a pracovísk, akustickými, svetelnými a mikroklimatickými podmienkami a napokon bezpečnostnou úrovňou technológií, strojov a zariadení, použitým druhom materiálov a látok. V súvislosti so psychosociálnymi aspektmi sa hovorí skôr o úrovni prostredia. Pracovné prostredie ako súčasť životného prostredia patrí k základným determinantom zdravia človeka“ (Matulová, 2006, s. 8).

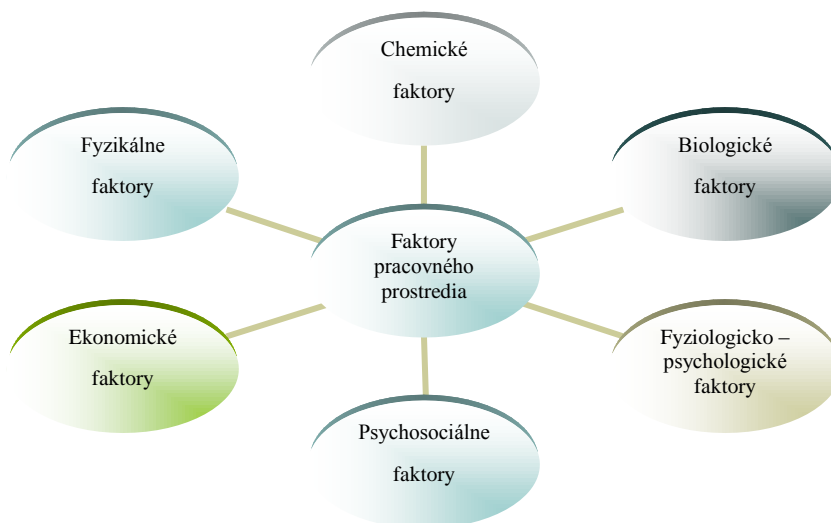
Pracovné prostredie sestier je tvorené širokým súborom rôznorodých faktorov, ktoré vytvárajú priaznivé, ale aj nepriaznivé podmienky pri práci a môžu mať pozitívny alebo negatívny vplyv na zdravie sestry.

V pracovnom prostredí pôsobia na sestru fyzikálne, chemické, biologické, fyziologicko – psychologické, psychosociálne a ekonomické faktory. Každý z uvedených faktorov môže predstavovať za určitých okolností zdravotné riziko (Buchancová, 2003).

Tabuľka A Prehľad rizikových faktorov pracovného prostredia

Prehľad rizikových faktorov pracovného prostredia	
A. špecifické	B. nešpecifické
prach	fyzická záťaž
hluk	neuropsychická záťaž
vibrácie	senzorická záťaž
chemické látky	pracovná poloha
chemické karcinogény	mikroklima
dermatotropné látky	osvetlenie
ionizujúce žiarenie	
elektromagnetické žiarenie	
lasery	
infračervené žiarenie	
infekcie	
jednostranné nadmerné a dlhodobé zaťaženie	
zvýšený tlak vzduchu	
zvýšený tlak na laktový nerv	
alergény	

Zdroj: Dimunová, 2005, s. 6



Obrázok 1 Faktory pracovného prostredia

Zdroj: *autorky*

Materiál a metódy

Hlavným cieľom nášho prieskumu bolo skúmať pracovné podmienky sestier v ošetrovateľskej praxi na jednotlivých oddeleniach Fakultnej nemocnice s poliklinikou Nové Zámky.

V rámci hlavného cieľa prieskumu sme špecifikovali čiastkové ciele:

- Overiť spokojnosť sestier v ošetrovateľskej klinickej praxi s pracovnými podmienkami súvisiacimi s výkonom ich povolania.
- Zistiť najvýznamnejšie príčiny fyzickej záťaže sestier pracujúcich v ošetrovateľskej klinickej praxi.
- Zistiť najvýznamnejšie príčiny psychickej záťaže sestier pracujúcich v ošetrovateľskej klinickej praxi.
- Zistiť úroveň kvality medziľudských vzťahov.
- Analyzovať motivačné a demotivačné činitele v práci sestier.
- Hodnotiť vplyv faktorov práce na zdravie sestier.

Na základe stanovených cieľov, úloh a informácii z odbornej literatúry, sme si zvolili za prieskumnú metódu pre zber údajov dotazník. V nami zostavenom

dotazníku sme na zber údajov použili 20 položiek, z toho 13 zatvorených, 6 polootevorených a 1 položku otvorenú. Prieskumnú vzorku tvorilo 98 respondentov a dotazníky sme zámerným výberom distribuovali sestрам pracujúcim pri posteli pacienta vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou v Nových Zámkoch. Zber údajov formou dotazníka prebiehal v mesiaci december 2010, celková návratnosť dotazníka bola 98,00 %.

Výsledky a diskusia

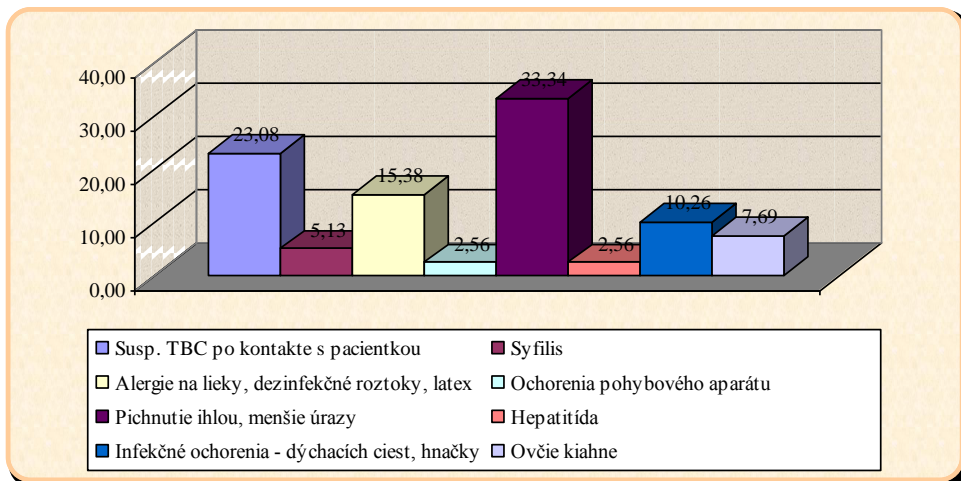
V H1 sme predpokladali, že respondentov pracujúcich v ošetrovateľskej klinickej praxi, ktorí vyjadria nespokojnosť s pracovnými podmienkami bude viac ako 50,00 %, v porovnaní s tými, ktorí vyjadria spokojnosť s pracovnými podmienkami. K uvedenej pracovnej hypotéze smerovali položky v dotazníku 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8. Zo záverov prieskumu vyplynulo, že hypotéza 1 sa potvrdila čiastočne. Položkou 1 sme overovali mieru spokojnosti respondentov s prácou na škále od 1 do 10, kde 1 znamená veľmi nespokojná/ý, a 10 znamená veľmi spokojná/ý s prácou. Zistili sme, že 24,48 % respondentov ohodnotilo spokojnosť so svojou prácou na škále 5, a 17,36 % respondentov označilo možnosť na škále 7 a 8. Predpokladá sa, že sestra, ktorá je spokojná so svojou prácou, je dobrým a výkonným pracovníkom. Sestra ako súčasť organizácie musí byť informovaná, aby sa mohla orientovať, a musí byť motivovaná a stimulovaná, aby podávala požadované výkony. V položke 2 dotazníka sme zistili, že 86,73 % respondentov má prístup k informáciám, ktoré sú nevyhnutné pre úspešné zvládnutie ich práce. V položke 3A sme zistili, že 60,20 % sestier, ktoré sa pre ošetrovateľské povolanie rozhodli pre chcenie pomáhať ľuďom, by sa pre toto povolanie rozhodli opätovne. Sestry, ktoré by si už opakovane nevybrali povolanie sestry udávajú najčastejšie tieto dôvody: 23,10 % udáva neadekvátne finančné ohodnotenie práce sestry; 20,51 % nedocenenie práce sestry zo strany pacientov aj nadriadených; 17,94 % množstvo práce a zodpovednosti; 12,82 % respondentov uviedlo nízky status sestry v spoločnosti.

Činnosti presahujúce kompetencie sestier sme overovali položkou 4 dotazníka. Z odpovedí respondentov vyplýva, že 64,28 % realizuje na svojom pracovisku činnosti, ktoré presahujú ich kompetencie. 36,51 % uviedlo, že vykonáva činnosti patriace do kompetencií lekára, pomocného ošetrovateľského personálu, upratovačky; 28,57 % respondentov aplikuje intravenózne lieky bez písomného poverenia lekára; 12,70 % respondentov preväzuje rany, vyberá stehy a drény z rán za lekára.

Hypotézu H2 sme overovali položkami 7, 17, 18, 19, 20 - H2 Predpokladáme, že viac ako 70,00% respondentov vyjadrí názor, že existujúce pracovné podmienky sestier majú negatívny vplyv na ich zdravie. Zistili sme, že 73,46 % respondentov má 5 až 7 nočných služieb do mesiaca; 58,17 % respondentov pracuje až 3 víkendy do mesiaca; 84,69 % respondentov po 12 hodinovej práci (službe) býva vyčerpaných aj fyzicky, aj psychicky a 45,92 % opýtaných po 12 hodinovej práci (službe) skôr nemá dostatočný oddych. Myslíme si, že zamestnávateľ by sa mal starať o svojich zamestnancov, sestry by mali mať možnosť fyzickej a psychickej regenerácie. Jedným z možných riešení sú rovnomerne zadelené pracovné zmeny a pravidelné rekondičné pobyty.

47 sestier (47,96 %) tvrdí, že zamestnávateľ sa zaoberá, ale nie dostatočne a 19 respondentov (19,39 %) uviedlo, že zamestnávateľ sa nezaobera dostatočne riešením problematiky zdravotných rizík a ochrany zdravia zamestnancov pri práci. V súvislosti s realizáciou merania škodlivých faktorov pracovného prostredia zistenia ukázali, že 49 sestier (50,01 %) nemá informácie, a 47 sestier (47,95 %) tvrdí, že na ich oddelení neboli realizované žiadne merania škodlivých faktorov pracovného prostredia. Zamestnávateľovi je uložená všeobecná povinnosť kontrolovať dodržiavanie predpisov na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. Povinnosti zamestnávateľa, ale aj zamestnanca v oblasti ochrany zdravia a bezpečnosti na pracovisku sú vymedzené predovšetkým zákonom NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Položkou 17 sme sa zameriavali na zistenia zmien zdravotného stavu sestry v súvislosti s prácou. Zistili sme, že 38,77 % respondentov uviedlo ochorenia pohybového systému, 16,33 % sestier infekcie, a 15,30 % sestier syndróm vyhorenia. Graf 1 znázorňuje najčastejšie pracovné úrazy a choroby z povolania sestier, ktoré sme skúmali položkou 20 dotazníka.



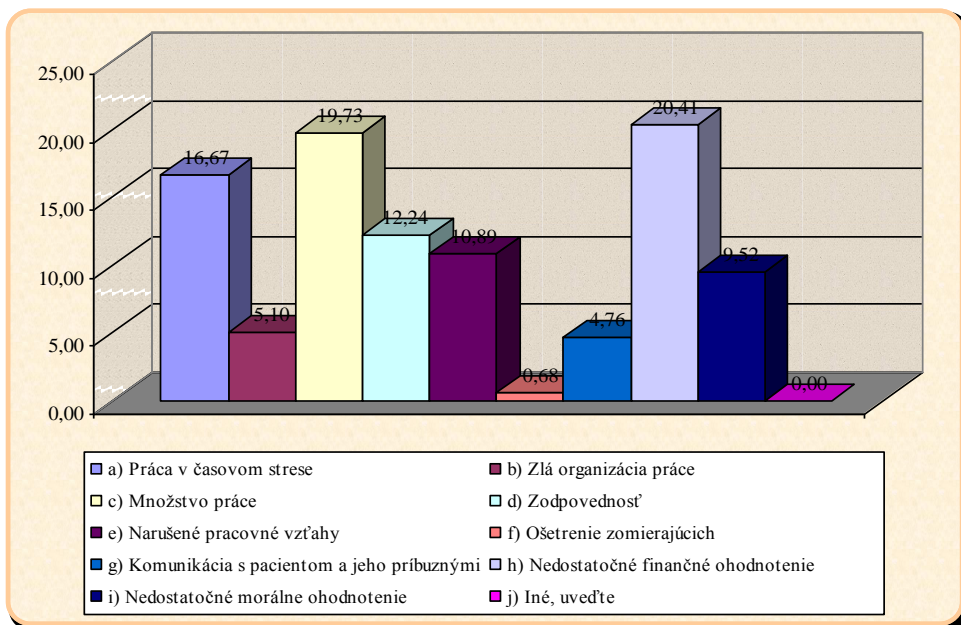
Graf 1 Najčastejšie pracovné úrazy a choroby z povolania

Hypotéza 2 sa potvrdila.

H3 Predpokladáme, že viac ako 80,00 % sestier pracujúcich v ošetrovateľskej klinickej praxi je nadmerne fyzicky zaťažovaných, pre absenciu potrebného personálneho a materiálne – technického vybavenia. Hypotézu H3 sme overovali položkami v dotazníku 5, 6 a 9. Dospeli sme k záveru, že 69 sestier (70,41 %) uviedlo, že na ich pracovisku nie je dostatočné personálne zabezpečenie, ale personál je dostatočne kvalifikovaný, a 39 sestier (39,80 %) si myslí, že materiálne – technické zabezpečenie ich pracoviska je dostatočné len niekedy. 83 respondentov (84,69 %) uviedlo, že je po 12 hodinovej zmene (službe) vyčerpaných aj fyzicky, aj psychicky. Vyššie uvedené fakty poukazujú, že hypotéza H3 sa potvrdila.

Položkou 10 sme skúmali najčastejšie prejavy pracovnej vyčerpanosti. 25,43 % respondentov uviedlo telesnú únavu, 20,62 % respondentov bolesti hlavy, chrbtice, pliec, nôh, kĺbov a očí, 16,84 % respondentov nervozitu a 16,49 % respondentov uviedlo podráždenosť. Myslíme, že zdravotný stav sestier by mal byť pravidelne sledovaný na preventívnych prehliadkach, ktoré by mali riešiť aj posudzovanie pohybového aparátu a psychického stavu sestry.

Položkou 12 dotazníka sme skúmali faktory, ktoré najväčšou mierou prispievajú k pracovnej vyčerpanosti sestier.



Graf 2 Faktory prispievajúce k pracovnej vyčerpanosti

V hypotéze H4 sme predpokladali, že viac ako 50,00 % sestier pracujúcich v ošetrovateľskej klinickej praxi označí za dva najvýznamnejšie faktory podmienajúce psychickú záťaž sestry – prácu v časovom strese a zodpovednosť. K uvedenej hypotéze smerovali v dotazníku položky 5, 9, 10, 11, 12. Z hľadiska psychickej záťaže sestry vnímajú ako najväčšie stresové faktory: prácu v časovom strese - vo vynútenom tempe, množstvo práce, zodpovednosť, nedostatočné finančné ohodnotenie. Na základe prieskumných zistení konštatujeme, že hypotéza 4 sa potvrdila.

Prieskum ďalej preukázal, že vymedzená pracovná hypotéza H5 sa potvrdila, nakoľko viac ako 70,00 % sestier za najvýznamnejšie negatívne faktory ovplyvňujúce ich prácu považuje finančné nedocenenie a množstvo práce. Hypotézu sme overovali položkami 12, 16. S uvedenými zisteniami súvisí aj údaj potvrdzujúci pracovnú hypotézu H6, že väčšina sestier považuje finančné ohodnotenie za významný motivačný faktor vo svojej práci. Zistili sme, že 52,05 % respondentov za najdôležitejší motivujúci faktor v povolání sestra pokladá mzdu, 39,80 % respondentov dobré medziľudské vzťahy na pracovisku, a 28,57 % sestier uvádza správanie sa nadriadených.

Položkou 13 sme skúmali zohľadnenie návrhov na zlepšenie pracovných podmienok nadriadeným - 59,19 % dotazovaných uviedlo, že nadriadený

zohľadňuje návrhy sestier na zlepšenie pracovných podmienok len niekedy, pričom úroveň spolupráce členov tímu, ktorá má vplyv na kvalitu zdravotnej starostlivosti bola hodnotená skôr kladne. 72 respondentov (73,47 %) pokladá medziľudské vzťahy na pracovisku za dobré, čo je potešujúcim faktom. Medziľudské vzťahy sú dôležitou súčasťou života človeka, majú dopad na zdravie a vnútornú rovnováhu. Ich neustále rozvíjanie je dôležité pre duševnú hygienu každého človeka. Na základe uvedeného možno konštatovať, že hypotéza H7 Predpokladáme, že väčšina sestier hodnotí interpersonálne vzťahy a pracovnú atmosféru na pracovisku ako dobré sa potvrdila. Hypotézu sme overovali položkami 13, 14 a 15.

Záver

Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti patrí medzi popredné hodnoty zdravotnej starostlivosti. Kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť môžu poskytovať sestry vtedy, keď sú spokojné s podmienkami a prostriedkami na jej vykonávanie.

Na základe analýzy výsledkov prieskumu navrhujeme nasledovné opatrenia do praxe:

- zabezpečiť dostatočné personálne zabezpečenie pracoviska a tým odbúrať pracovné preťaženie sestier,
- skvalitniť materiálno – technické vybavenie pracoviska, ktoré uľahčí prácu, redukuje enormnú záťaž sestier, ako aj zabezpečiť dostatočné množstvo osobných ochranných pracovných prostriedkov a pomôcok pre sestry,
- vykonávať pravidelný audit na klinikách/oddeleniach súvisiaci s plnením opatrení na ochranu zdravia pri práci sestier, s dodržiavaním štandardizovaných pracovných postupov minimalizujúcich výskyt ohrozenia zdravia, pracovných úrazov a chorôb z povolania,
- pravidelne informovať sestry o výsledkoch hygienicko – epidemiologických a pracovno – bezpečnostných kontrol,
- vytvoriť programy na ozdravenie pracovného prostredia a pracovných podmienok sestier pri zohľadnení ich psychických a fyzických potrieb,
- organizovať pravidelne vzdelávacie akcie o ochrane zdravia sestier pred nadmernou fyzickou a psychickou záťažou,
- sprostredkovať sestram konzultácie psychológa,
- sprostredkovať sestram rehabilitačné a rekondičné pobyty,

- zabrániť zneužívaniu sestier na výkon pracovných činností, ktoré patria do kompetencií iných zdravotníckych pracovníkov,
- vypracovať primeranú koncepciu odmeňovania sestier zo zohľadnením odbornej úrovne a náročnosti vykonávanej práce,
- poskytnúť dostatok motivácie pre výkon povolania sestry
- orientovať manažérske aktivity k zabezpečeniu dostatočných finančných prostriedkov na ohodnotenie práce sestier.

Literatúra

- [1] BUCHANCOVÁ, J. et al. 2003. *Pracovné lekárstvo a toxikológia*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 1133 s. ISBN 80-8063-113-1.
- [2] DIMUNOVÁ, L. 2005. Sestry a rizikové faktory pracovného prostredia. In: *Sestra*. 2005, roč. IV., č. 2, s. 6. ISSN 1335-9444.
- [3] KOLLÁRIK, T. 2002. *Sociálna psychológia práce*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2002. 192 s. ISBN 80-223-1731-4.
- [4] KRIŠKOVÁ, A., WILLARDOVÁ, P. H., CULP, K. 2003. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci*. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 156 s. ISBN 80-8063-109-3.
- [5] MATULOVÁ, S. et. al. 2006. *Kompenzácia vplyvov sťaženého a zdraviu škodlivého pracovného prostredia: výskumná správa*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2006. 29 s.
- [6] *Zákon NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov*
- [7] *Zákon NR SR č. 140/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 309/2007 Z. z. a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov*

Kontaktné údaje

PhDr. Monika Jankechová, PhD.

Korešpondenčná adresa:

ul. Čsl. armády 3, 941 11 Palárikovo

Adresa pracoviska:

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Námestie 1. mája č. 1,

810 00 Bratislava

jankechova.monika@gmail.com

Komparácia rizík vyhorenia v profesii zdravotnej sestry a učiteľa

Andrea Juhásová

Abstrakt

V práci sa zaoberáme špecifikami syndrómu vyhorenia a jeho možným dopadom na emocionálne prežívanie a výkon v populácii zdravotných sestier. Skúmame riziko ohrozenia syndrómom vyhorenia v sesterskom povolaní a sledujeme, ktorý z prejavov (emocionálne vyprahnutie, depersonalizácia, pokles pracovného výkonu) sa u ohrozených sestier prejavuje najčastejšie. V závere práce načrtávame možnosti riešenia danej problematiky.

Kľúčová slova

Syndróm vyhorenia. Zdravotné sestry. Učítelia.

Úvod

Pomáhajúcich profesií je mnoho a súhrne by sme mohli povedať, že sú to odborníci, ktorí mnohokrát jednú s klientmi nachádzajúcimi sa v zložitých životných situáciách alebo prežívajúcimi krízu. Sú to špecialisti vo svojich profesiách a počíta sa u nich s tým, že budú svojim klientom pomáhať či už pri riešení emocionálnych, zdravotných alebo sociálnych problémov. Spoločnosť na nich často kladie také požiadavky, ktoré sú neprimerané a vychádzajú z ideálnych predstáv o osobnosti pomáhajúceho. Mnohokrát býva spoločnosť s nimi natoľko stotožnená, že aj samotný pomáhajúci sa s nimi identifikuje.

Rozdelenie pomáhajúcich pracovníkov je podľa mnohých autorov rôzne. Uvádzame niekoľkých autorov, u ktorých sa vyskytuje členenie pomáhajúcich profesií.

Podľa Kopřivu (1997, s. 11) môžeme medzi pomáhajúce profesie zaradiť lekárov, zdravotné sestry, pedagógov, sociálnych pracovníkov, ošetrovatelky, psychológov.

Schmidbauer (2000, s. 13) sem ešte zahŕňa vychovávateľov, psychoterapeutov, duchovných a učiteľov.

Matoušek (2003, s. 51) pomáhajúce profesie nazýva sociálne povolania a zaraďuje medzi ne: učiteľov, sociálnych pracovníkov, psychológov, vychovávateľov, sociológov, psychoterapeutov, fyzioterapeutov, logopédov, zdravotné sestry a pod.

Čoraz častejšie sa stretávame so syndrómom vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov. Príčiny SV sú často umiestňované iba do roviny psychologickkej, no v poslednom čase sa čoraz viac stretávame s publikáciami, ktoré SV vnímajú holisticky a medzi príčinami vzniku nájdeme aj teórie biochemické (Wilson, 2005). Zastávame názor, že jednota organizmu je podmienená vyváženosťou biologickej i psychickej roviny. V našej práci sa viac orientujeme na psychologické aspekty SV.

Zdravotné sestry sú fyzicky a psychicky preťažené, cítia tlak zo strany lekárov, ale aj pacientov. Pracujú v trojzmennej prevádzke, často musia zaskakovať za svoje neprítomné kolegyně a časté je aj striedanie služieb. Sú nespokojné zo svojim finančným ohodnotením, nemôžu zladiť svoje role (rolu matky, manželky), pribúda im čoraz viac administratívnej práce. K ďalším príčinám, ktoré vedú u sestier k syndrómu vyhorenia patria aj zlé medziľudské vzťahy, najmä medzi sestrami ale aj nestabilita kolektívu. Ošetrovateľská starostlivosť prebieha výrazne asymetricky, to znamená, že zdravotná sestra viac dáva než dostáva. Taktiež pociťujú zdravotné sestry málo slobody v rozhodovaní, cítia sa pod tlakom“(www.psychologia.sav.sk, 13. 12. 2007).

„Práca v zdravotníctve má svoje špecifiká, avšak priebeh a príznaky vyhorenia sú rovnaké ako v iných profesiách povolaniach. Vyvolávajúce príčiny sa môžu v malej miere líšiť od iných oblastí pracovnej činnosti. Pri syndróme vyhorenia sa do popredia vždy dostáva otázka zmysluplnosti vlastnej práce, ktorá často negatívne rezonuje v postojoch zúčastnených. Riziková je silná motivácia a zapálenie pre prácu, zaujatie určitou úlohou, pričom úsilie je spojené s prehnane vysokými cieľmi a nadmerným pracovným zaťažením, pre nedostatočnej pozitívnej spätnej odozve. Najčastejšie sa stávajú obeťou tí, ktorí na seba príliš nemyslia“ (Klimeková, 2007, s. 20).

V povolani učiteľov na základných školách sa často stretávame s podobnými príčinami i následkami syndrómu vyhorenia. „Očakávania kladené na učiteľa sú veľmi vysoké. Žiaci od neho očakávajú zrozumiteľný výklad učiva, pochvalu a uznanie, zábavu, pomoc pri učení, radu, emocionálnu blízkosť, spravodlivé jednanie. Rodičia požadujú účinné sprostredkovanie vedomostí a znalostí svojim potomkom, zaistenie ich trvalého pokroku v učení, radu, ochranu detí pred nebezpečenstvom, empatiu, terapiu a spoluprácu. Kolegovia od učiteľa

chcú aby mal vždy dobrú náladu, zveroval sa im so svojimi starosťami, počúval ich problémy a podporil ich v konfliktných situáciách. Vedenie školy očakáva od pedagóga dosiahnutie odpovedajúcich výukových a výchovných cieľov, objektívne posudzovanie výkonov žiakov, bezkonfliktný manažment triedy, udržiavanie disciplíny, príkladné správanie, spoločenskú a profesionálnu angažovanosť, pripravenosť integrovať do výučby i problémových žiakov a iné. Verejnosť žiada aby učiteľ žiakov pripravil pre trh práce, motivoval ich k výkonom a úspechom, naučil ich využívať svoje klady a potlačovať zápory. Ak chce učiteľ všetkým vyhovieť, dostane sa do stresu. Je nutné vymedziť si hranice“ (Hennig, Keller, 1996, s. 45 – 46).

Materiál a metódy

Z hľadiska prieskumného problému nás zaujímalo porovnanie rizík syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách, porovnanie najčastejších prejavov (depersonalizácia, emocionálne vyčerpanie, znížený pracovný výkon) syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách. Na základe preštudovanej literatúry a prieskumov, ktoré sa v danej problematike realizovali sme stanovili hlavný cieľ prieskumu: Porovnať výskyt syndrómu vyhorenia v profesiách zdravotných sestier a učiteľov na základných školách.

C1: Porovnať výskyt syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov.

C2: Porovnať výskyt prejavov (EE, DP, PA) syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na základných školách.

H1: Rozdiel výskytu syndrómu vyhorenia u zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ bude štatisticky významný.

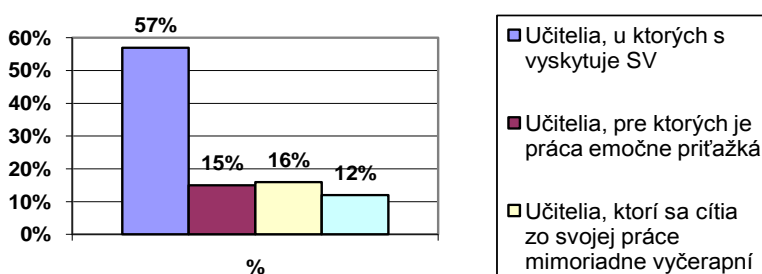
O2: Aké budú rozdiely medzi poradím významnosti EE, DP, PA u zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ?

Prieskumný súbor tvorili učitelia na základných školách a zdravotné sestry pracujúce na dermatovenerologických, obvodných, chirurgických, gynekologických a infektologických ambulanciách a zdravotné sestry pracujúce na ortopedickom, chirurgickom, internom a urologickom oddelení. Výber respondentov bol náhodný. Základný súbor tvorilo 100 učiteľov základných škôl a 100 zdravotných sestier. Dotazník MBI (Maslach burnout inventory) bol hlavnou prieskumnou metódou. Obsahuje 22 položiek. Jadro dotazníka tvoria otázky zamerané na získanie odpovedí na dosiahnutie prieskumných cieľov. Na každú otázku odpovedali respondenti jednou zo 7 stupňovej Likertovej škály

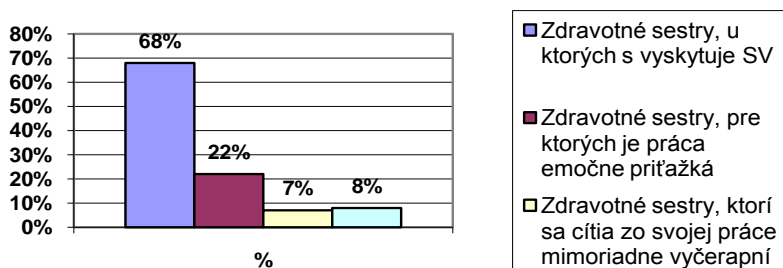
a to v rozpätí od „nikdy“ až po „denne“. Dotazník zisťuje tri hlavné zložky syndrómu vyhorenia – emocionálne vyčerpanie, depersonalizáciu, znížený pracovný výkon. Dotazník má 9 otázok zameraných na emocionálne vyčerpanie, 5 otázok zameraných na depersonalizáciu a 8 otázok zameraných na znížený pracovný výkon. Výsledky sme vyhodnocovali štatistickými metódami, pomocou programu Microsoft Excel.

Výsledky a diskuse

Graf 1 Výskyt SV u učiteľov ZŠ



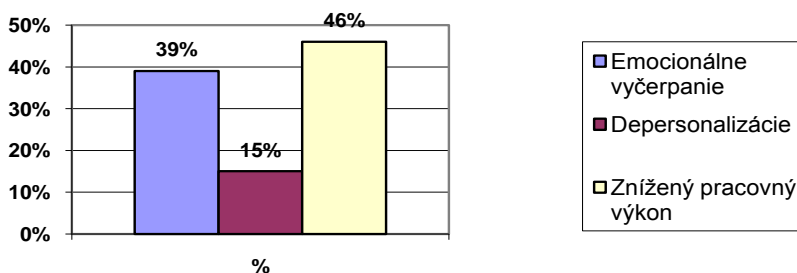
Graf 2 Výskyt SV u zdravotných sestier



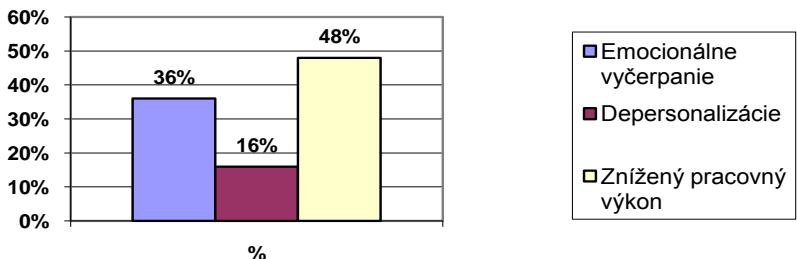
Z grafov 1 a 2 môžeme vidieť, že syndróm vyhorenia postihuje viac zdravotné sestry 63 % ako učiteľov 57 %. Práca je emočne príťažká pre 22 % zdravotných sestier, pre učiteľov 15 %. 16% učiteľov sa cítia zo svojej práce mimoriadne vyčerpaných, zdravotné sestry vykazujú kategóriu vyčerpanie na 7 %. 12 % učiteľov je spokojných so svojou prácou, zdravotných sestier 8 %. Na základe výpočtu Pearsonovho korelačného koeficientu vznikli 4 skupiny respondentov, a to učitelia a zdravotné sestry, u ktorých sa SV vyskytuje ($ZS = 0,995$,

učitelia = 0,975), pre ktorých je práca emočne priťažká (ZS = 0,976, učitelia = 0,953), ktorí sa cítia zo svojej práce mimoriadne vyčerpaní (ZS = 0,898, učitelia = 0,925), ak ktorí sú so svojou prácou spokojní (ZS = 0,862, učitelia = 0,892). Títo respondenti nám podobne odpovedali na rovnaké otázky. Na základe týchto dvoch grafov môžeme povedať, že sa hypotéza č. 1 potvrdila. Zdravotné sestry sú postihnuté syndrómom vyhorenia viac ako učitelia.

Graf 3 Prejavy SV u učiteľov ZŠ



Graf 4 Prejavy SV u zdravotných sestier



Analýzou odpovedí respondentov sme zistili, že najčastejším prejavom vyhorenia je znížený pracovný výkon u oboch skupín. Z grafov č. 3 a 4 môžeme vidieť, že vyššie percento dosiahli zdravotné sestry 48 % ako učitelia – 46 %. Druhým prejavom syndrómu vyhorenia je emocionálne vyčerpanie. V tomto prípade je percento vyššie u učiteľov 39 % než u zdravotných sestier 36 %. Posledným prejavom vyhorenia, ktoré sme v dotazníku skúmali je depersonalizácia. V tomto prípade sa dá povedať, že výsledky tohto prejavu boli takmer rovnaké. Depersonalizácia dosiahla u zdravotných sestier 16 % a u učiteľov 15 %.

Z dotazníka MBI (Maslach burnout inventory) sme vypočítali aj priemerné skóre u zdravotných sestier a u učiteľov.

Priemerné skóre učiteľov:

EE = 23,1

DP = 8,4

PA = 23,8

Priemerné skóre zdravotných sestier:

EE = 22,5

DP = 9,1

PA = 27,6

Z uvedeného prehľadu jednoznačne vyplýva, že významné hodnoty u oboch skupín dosiahli kategórie pocitu zníženej kompetencie a slabej výkonnosti a v emocionálnom vyčerpaní. Najnižšie priemerné skóre dosiahli respondenti vo faktore depersonalizácia. Greenglas a kol. (1990) uvádzajú, že nezistili významné rozlíšenia medzi učiteľmi v emočnom vyčerpaní a v depersonalizácii. Naše výsledky potvrdzujú tento trend, aj keď rozlíšenie v depersonalizácii je menej významné. Pre zdravotné sestry je aj veľkou záťažou to, že musia pracovať v trojzmennej prevádzke. Pri striedaní trojzmenných služieb majú často krát málo času na oddych a relax. Nestíhajú sa venovať svojej rodine a svojim záľubám. Okrem toho že musia pracovať na tri zmeny sa stáva, že neraz musia zastúpiť aj svoje neprítomné kolegyne, alebo musia pracovať nadčas, na úkor svojho osobného voľna. Medzi ďalšie príčiny, ktoré môžu viesť u zdravotných sestier k vyhoreniu patria konfliktné medziľudské vzťahy na pracovisku, nestabilita kolektívu a nadmerná fyzická záťaž.

Na základe výsledkov našej práce je zrejmé, že obe pomáhajúce profesie sú v súčasnosti reálne ohrozené syndrómom vyhorenia. Je nevyhnutné, aby sa v danej oblasti nešírila iba osвета, ale aby sa podnikali konkrétne projekty na prevenciu syndrómu vyhorenia.

Záver

Syndrómom vyhorenia v dnešnej uponáhľanej dobe trpí veľa ľudí, ktorí si to však ani často krát neuvedomujú. Najväčšou tragédiou je, že najčastejšie sa stávajú obeťou tohto syndrómu tí, ktorí chcú najviac pomôcť a pritom si neuvedomujú, že aj oni potrebujú pomoc. Syndrom vyhorenia postihuje učiteľov

a zdravotné sestry, vstupujúcich do zamestnania s veľkou mierou nadšenia. Sú vysoko motivovaní. Očakávajú, že im ich práca dá zmysel života. Považujú danú prácu skôr za poslanie ako za zamestnanie.

Cieľom prieskumu v danej oblasti bolo porovnať výskyt syndrómu vyhorenia v profesiách zdravotných sestier a učiteľov na základných školách. Zvolili sme metódu MBI dotazníka, ktorý sme použili na prieskumnom súbore zdravotných sestier a učiteľov na ZŠ. Pomocou dotazníka sme porovnali prejavy syndrómu vyhorenia (EE, DP, PA) v týchto dvoch profesiách.

Na základe výsledkov a štatistických zistení, ktoré sme získali z dotazníka, sme zistili, že viac postihuje syndróm vyhorenia zdravotné sestry ako učiteľov na základných školách. Je to dané tým, že sestry sú viac vystavované fyzickej a psychickej záťaži pri ošetrovaní pacientov, ťažko chorých, zomierajúcich pacientov a pacientov s náhlymi zmenami zdravotného stavu, že neustále pracujú v nepretržitej prevádzke pri rovnomernom, ale aj nerovnomernom rozvrhnutí pracovných zmien. Výskyt syndrómu vyhorenia u nich tak isto súvisí s nedostatkom podpory.

Vyššia pozornosť by sa mala venovať tomu, čorobiť, aby sa výskyt syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách eliminoval. Je preto veľmi dôležité, aby sa všetky dosiaľ získané výsledky z výskumov dôkladne uplatňovali v praxi.

Literatura

- [1] DANIEL, J. 2003. *Prehľad všeobecnej psychológie*. Nitra: Enigma, 2003. ISBN 80-89132-05-7.
- [2] GREENGLAS and collective. 1990. A gender-role perspective of coping and burnout. In *Applied psychology*. ISSN 1464-0597, volume 39, number 1, 5 – 27 pages.
- [3] HENNIG, C. – KELLER, G. 1996. Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6.
- [4] KILÍKOVÁ, M. 2006. *Stres v profesii sestry*. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca*, roč. 1, č. 2/2006, s. 9 – 14, ISSN 1336-9326.
- [5] KLIMEKOVÁ, Anna. 2007. *„Burnout“ alebo kde sa podel náš životný elán*. Bratislava: Ministerstvo obrany Slovenskej republiky. 2007. ISBN 978-80-89261-09-3.

- [6] KOPŘIVA, K. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
- [7] MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-548-2.
- [8] SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-312-9.
- [9] WILSON, L. 2005. Adrenal Burnout Syndrome. <http://educate-yourself.org/cn/adrenalburnout19apr05.shtml> www.psychologia.sav.sk, 13. 12. 2007.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky a GRUNDTVIG – Učiace sa partnerstvá – Central European Grundtvig Partnership for Life-long Education in Health and Social Care, 9410 0439.

Kontaktní údaje

Mgr. Andrea Juhásová, PhD.
Katedra sociálnej práce a sociálnych vied
FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1
94974 Nitra
e-mail: ajuhasova@ukf.sk

Sestra a psychická pracovná záťaž

Helena Kadučáková

Abstrakt

Autorka sa v príspevku venuje analýze faktorov psychickej záťaže, ktoré ovplyvňujú kvalitu práce sestry na pracoviskách dlhodobo chorých (ďalej len PDCH). Na hodnotenie faktorov psychickej záťaže autorka použila štandardizovaný dotazník podľa Meistera. Vzorku tvorilo 130 sestier. Ako dominantne faktory psychickej záťaže na PDCH sestry v dotazníku uvádzali: časovú tieseň, psychickú náročnosť a únavu, dlhodobú únosnosť práce. Tieto faktory korelujú aj s dĺžkou praxe sestier pracujúcich na PDCH.

Kľúčová slova

Psychická záťaž. Preťaženie. Monotónnosť. Nešpecifický faktor.

Úvod

V pracovnom procese dominujú nároky na psychické procesy, či už je to vzhľadom na potrebu súčinnosti sestry a technické zariadenia a z toho vyplývajúce nároky/požiadavky na sensorické a kognitívne procesy, alebo sú to pracovné činnosti vyžadujúce si kontakt a prácu s inými ľuďmi (pacient, kolegyňa, nadriadený a atď.) spojené často s riešením konfliktných situácií, alebo sú na pracovisku nevyhovujúce psychosociálne podmienky (malé kompetencie, vysoká zodpovednosť, nedostatočná kooperácia a komunikácia v rámci pracovného kolektívu a menovite v kontakte s nadriadeným atď.). Úroveň a intenzita zapojenia konkrétnych jednotlivých zložiek a systémov psychických procesov závisí od typu a obsahu práce či pracovnej úlohy. Súčasne je však preukázané, že v posledných rokoch všeobecne dochádzalo k intenzifikácii práce, k vyššiemu časovému tlaku na plnenie úloh (s krátkym termínom), k nevhodnej organizácii práce, čo sú ďalšie faktory pôsobiace na psychiku sestry a tak čoraz viac vystupuje pri práci do popredia zaťaženie psychiky – psychická záťaž. Charakter a intenzita zaťaženia psychiky pri práci sa odvíja od druhu a nárokov pracovnej činnosti. Odpoveď organizmu na zaťaženie – t.j. namáhanie organizmu - sa prejavuje zmenami vo fyziologických aj v psychických funkciách. Miera namáhania však závisí nielen od veľkosti zaťaženia, ale aj od osobnosti sestry, resp. od celkového stavu organizmu. Je

potrebné tiež brať do úvahy, že okrem bezprostredného pracovného psychického zaťaženia, vyplývajúceho z výkonu pracovnej činnosti, spolupôsobia na psychiku sestry aj ďalšie faktory, vyplývajúce z celkového kontextu jej zamestnania, ako aj z osobného života. S nárastom druhu a počtu záťažových situácií, ako aj intenzity celkového zaťaženia sa zvyšuje aj u sestier, ktoré majú problémy efektívne sa prispôbiť daným podmienkam, čo sa prejavuje tzv. civilizačnými chorobami alebo tiež chorobami z adaptácie, ako sú napr. hypertenzia, žalúdočný a dvanástnikový vred a i.

Sestra a psychická záťaž

V štúdiu sme sa zamerali na hodnotenie faktorov psychickej pracovnej záťaže u sestier pracujúcich na PDCH. Pracovisko poskytuje ústavnú liečebnú starostlivosť pacientom, ktorých stav z medicínskeho hľadiska je už vyriešený (ich diagnóza je známa) a pacienti nepotrebujú náročné diagnostické vyšetrenia. Ich stav si ale ešte vyžaduje dlhodobú starostlivosť. Na PDCH sa prijímajú pacienti s chronickou chorobou bez ohľadu na vek.

Pri spracovaní problematiky sme vychádzali z nariadenia vlády č. 359/2006 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred nepriaznivými účinkami nadmernej fyzickej, psychickej a senzorickej záťaže pri práci a z vyhlášky MZSR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickou záťažou pri práci.

„Psychická pracovná záťaž je na účely tohto nariadenia vlády faktor, ktorý predstavuje súhrn všetkých hodnotiteľných vplyvov zdrojov práce, pracovných podmienok a pracovného prostredia, pôsobiacich na kognitívne, senzorické a emocionálne procesy človeka, ktoré ho ovplyvňujú a vyvolávajú stavy zvýšeného psychického napätia a zaťaženia psychofyzologických funkcií. Psychická pracovná záťaž sa hodnotí nepriamo prostredníctvom charakteristík práce a pracovného prostredia z hľadiska psychickej pracovnej záťaže a charakteristík subjektívnej odozvy zamestnancov na psychickú pracovnú záťaž.

Charakteristiky subjektívnej odozvy zamestnancov na psychickú pracovnú záťaž podľa uvedeného nariadenia sú: „a) psychické preťaženie, b) monotónia, c) nešpecifické preťaženie ,d) neurotické tendencie ,e) psychická únava, f) zníženie koncentrácie pozornosti, znížená bdelosť“ (Nariadenie vlády č. 359/2006 Z. z. príloha č.5).

Súbor a metodika

Cieľom práce bolo zistiť, ktoré faktory psychickej záťaže dominantne ovplyvňujú prácu sestier na PDCH, porovnať súvislosť medzi vekom, dĺžkou praxe sestier a faktormi psychickej záťaže.

Súbor a metodika

Vzorku tvorilo 130 sestier pracujúcich v nepretržitej prevádzke na PDCH.

Vek sestier: do 30 rokov - 11 sestier
od 31 - 40 rokov – 43 sestier
od 41 - 50 rokov – 50 sestier
nad 51 rokov - 26 sestier.

Na hodnotenie psychickej záťaže bol použitý štandardizovaný dotazník podľa Meistersa (Hladký, A., Židková, Z. 1999). Dotazník pozostáva z 10 položiek, ktoré sú zaradené do troch subškál: preťaženie, jednostrannosť, nešpecifický faktor.

Subškála 1. – preťaženie zahŕňa: časovú tieseň, vysokú zodpovednosť, problémy a konflikty.

Subškála 2. – monotónnosť zahŕňa: malé uspokojenie, otupujúca práca a monotónnosť.

Subškála 3. – nešpecifický faktor zahŕňa: nervozitu, presýtenie, únavu a dlhodobú únosnosť.

Tabuľka 1 Zaradenie položiek dotazníka do jednotlivých subškál

Subškála	Názov faktoru	Súčet položiek	Maximum
I.	Preťaženie	1 + 3 + 5	15
II.	Monotónnosť	2 + 4 + 6	15
III.	Nešpecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubé skóre	I. + II. + III.	50

Interpretácia výsledkov diskusia

Interpretácia výsledkov

Tabuľka 2 Klasifikácia psychickej záťaže

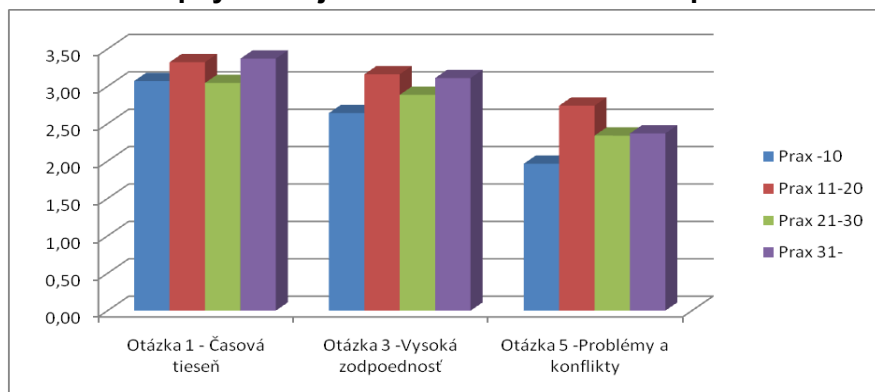
Číslo položky	Otázka (skrátene)	Kritická hodnota mediánu	Hodnoty mediánu podľa dĺžky praxe na PDCH				Spolu
			do 10 r.	11 - 20 r.	21 - 30 r.	nad 31 r.	
1.	Časová tieseň	3,0	3,5	4	3	4	3,18
2.	Malé uspokojenie	2,5	2	2	2	2	1,97
3.	Vysoká zodpovednosť	3	2	4	2	3	2,95
4.	Otupujúca práca	2,5	2	2	2	2	2,16
5.	Problémy a konflikty	2,5	2	2	2	2	2,63
6.	Monotónnosť	2,5	2	2	2	2	1,82
7.	Nervozita	3	2	2	2	3	2,62
8.	Presýtenie	3	2,5	2	2	2	3,12
9.	Únava	3	4	4	3	4	3,12
10.	Dlhodobá únosnosť	2,5	3	4	4	4	3,39

Ak hodnotíme respondentov ako celok, bez ohľadu na dĺžku praxe, záťažová tendencia smeruje k preťaženiu a záťažovému stupňu č. 2 (tab. 3), ktorý je klasifikovaný ako psychická záťaž, pri ktorej môže dochádzať pravidelne k dočasnému ovplyvneniu subjektívneho stavu, resp. výkonnosť.

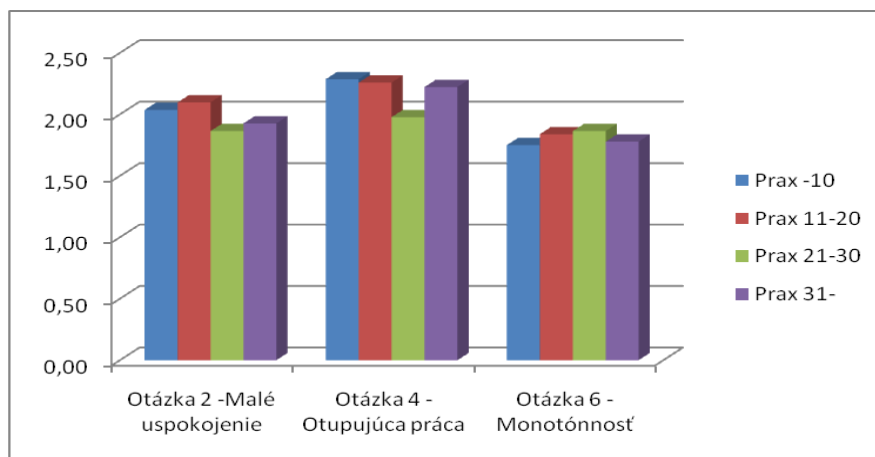
Tabuľka 3 Klasifikácia psychickej záťaž

Stupeň	Klasifikácia psychickej záťaž
1	Psychická záťaž, pri ktorej nie je pravdepodobnosť ovplyvnenia zdravia, subjektívneho stavu a výkonnosti (pričom je nutné odhliadnuť od náhodných situačne podmienených výkyvov v priebehu pracovnej zmeny).
2	Psychická záťaž, pri ktorej môže dochádzať pravidelne k dočasnému ovplyvneniu subjektívneho stavu, resp. výkonnosti.
3	Psychická záťaž, pri ktorej nemožno vylúčiť zdravotné riziká.

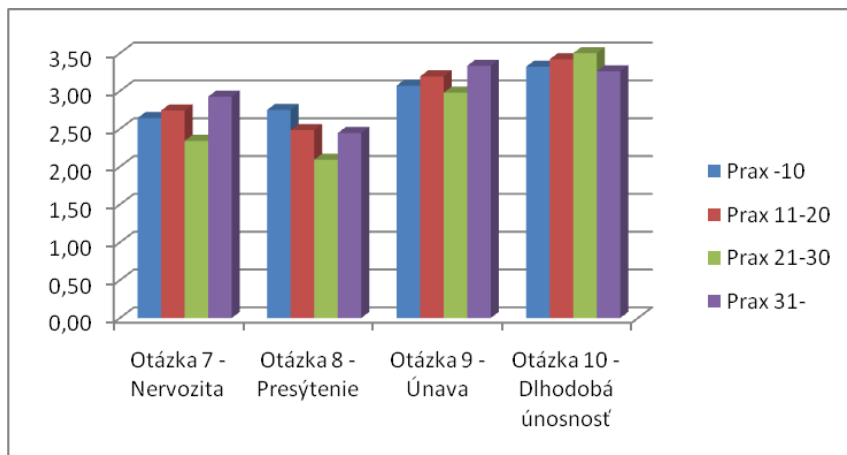
Klasifikácia psychickej záťaž vo vzťahu k dĺžke praxe



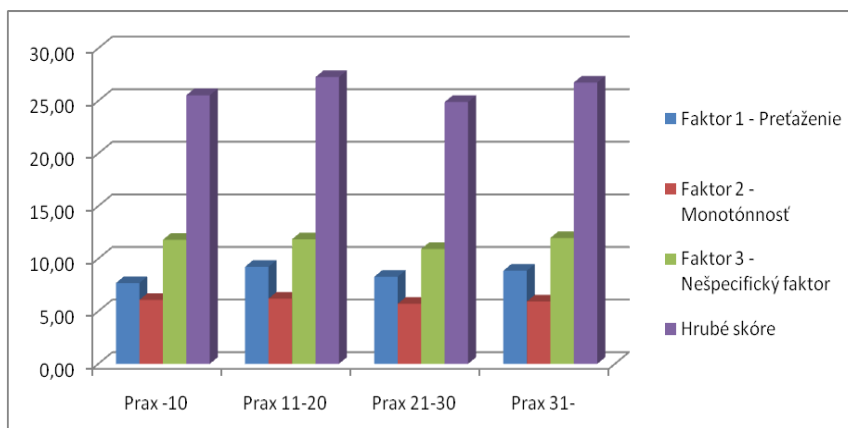
Graf 1 Subškála: preťaženie



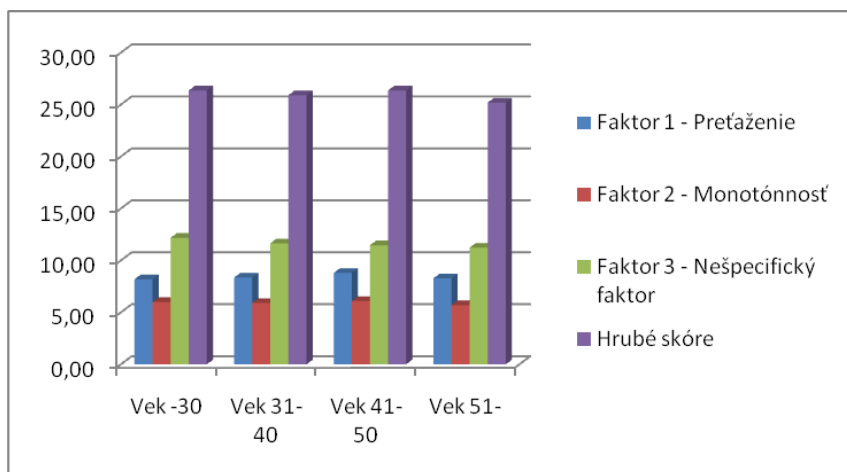
Graf 2 Subškála: monotónnosť



Graf 3 Subškála nešpecifický faktor



Graf 4 Psychická zát'az vo vz'tahu k d'izke praxe



Graf 5 Psychická zát'az vo vz'tahu k veku

Diskusia

Ak sa hodnotia sestry ako celok, záťažová tendencia smeruje k preťaženiu a záťažovému stupňu č. 2 (tab.2), ktorý je klasifikovaný ako psychická záťaž, pri ktorej môže dochádzať pravidelne k dočasnému ovplyvneniu subjektívneho stavu, resp. pracovnej výkonnosti u sestier. Z toho v oblasti časovej tiesni dosiahli sestry priemernú hodnotu - 3,18, v oblasti miery zodpovednosti vo vzťahu k psychickej záťaži sestry dosiahli priemernú hodnotu - 2,95 nad kritickou hodnotou mediánu bolo hodnotenie psychickej náročnosti a únavy, kde sestry dosiahli priemernú hodnotu - 3,12. najvyššiu priemernú úroveň zo všetkých položiek dosiahli sestry v položke dlhodobá únosnosť práce a to - 3,39.

Subškála preťaženie (graf 1) hodnotili sestry ako oblasť, v ktorej sa najčastejšie dostávajú do časovej tiesne, pričom v súvislosti s dĺžkou praxe na PDCH nie sú podstatné rozdiely, okrem sestier v kategórií praxe od 21 do 30 rokov, aritmetické priemery z najvyššej novej hodnoty 5, presahujú hodnotu 3.

V subškále monotónnosť (graf 2) ako najväčšiu psychickú záťaž sestry uviedli položku otupujúca práca, aritmetický priemer hodnôt presahuje hodnotu 2.

Najvyššie hodnoty aritmetického priemeru v subškále 3 – nešpecifický faktor (graf 3) dosiahli odpovede sestier na položku dlhodobej únosnosti práce, sestry vo všetkých skupinách praxe presiahli hodnotu 3 z najvyššie možného aritmetického priemeru, ktorý zodpovedá hodnote 5.

Klasifikácia psychickej záťaže vo vzťahu k dĺžke praxe (graf 4) sa prejavila najviac v skupine sestier s dĺžkou praxe od 11 do 20 rokov a nad 31 rokov a viac, kde sa záťažový stupeň vyhodnotil stupňom 2. Kovářova a kol. (2007), konštatuje, že existuje vzťah medzi dĺžkou praxe a hlavne emocionálnym vyčerpaním, čo hodnotili aj sestry v danom súbore. Tento výsledok sa zhoduje s názorom Křivohlavého (2001), ktorý uvádza, že stresory do značnej miery ovplyvňujú výkonnosť každého z nás. Porovnaním jednotlivých subškál s dĺžkou praxe sestry hodnotili ako najviac zaťažujúci nešpecifický faktor.

Sestry dlhodobo pôsobiace v praxi sa postupne deformujú, čo sa môže prejavovať rôzne (Drozdová, 2005). Pri hodnotení jednotlivých položiek sme zistili, že najvyššie aritmetické priemery tvorili odpovede respondentov, ktoré sa týkali nielen časovej tiesne a únavy, ale aj dlhodobej únosnosti pre náročnosť práce sestier.

Najnižšie aritmetické priemery dosahovali odpovede respondentov na položku týkajúcu sa monotónnosti, nových informácií v práci a tiež spokojnosti s prácou, výsledky sa prikláňajú k tvrdeniu Chudobovej (2007), že sestry pri ošetrovaní

pacientov nevykonávajú iba praktické postupy, ale využívajú aj myšlienkové procesy.

K problému vzťahu medzi následkami pracovnej záťaže a dĺžkou praxe sa názory autorov odlišujú ako uvádza Kovářova (2007), ale konštatuje, že podľa nej existuje vzťah medzi dĺžkou praxe a hlavne emocionálnym vyčerpaním. Vo vzťahu medzi vekom sestier a pracovnou záťažou uvádza minimálne rozdiely (graf 5), čo potvrdil aj náš prieskum.

Záver

Sestra sa vždy chápala a chápe ako osoba pomáhajúca pacientom, avšak málo pozornosti je zameranej na faktory, ktoré prácu sestier na PDCH ovplyvňujú. Starostlivosť o ľudí s rôznym druhom postihnutia a väčšinou aj pridruženými ochoreniami je fyzicky aj psychicky mimoriadne náročná, ktorá okrem vysokej odbornosti vyžaduje aj citlivý prístup k nim.

Ako dominantne negatívny faktor ovplyvňujúci ich prácu udávajú veľa pracovných činností na pracovnej smene a s tým súvisiacu časovú tieseň a únavu. Tieto faktory v najväčšej miere ovplyvňujú sestry s vyššou dĺžkou praxe na PDCH a s vyšším vekom, pretože dĺžka praxe narastala s pribúdajúcim vekom. Preventívne opatrenia na úplne odbúranie alebo minimalizovanie uvedených faktorov psychickej záťaže sú v rukách zamestnávateľa, manažmentu jednotlivých zariadení za aktívnej účasti všetkých zamestnancov (Simočková, 2009). Sestra sa taktiež musí sama starať o svoje telesné a duševné zdravie, aby sa pre ňu práca nestala obetovaním sa, ale aby bola obohatením nielen pre pacienta, ale aj pre sestru samu.

Literatura

- [1] DROZDOVÁ, R. 2005. Záťaž profese sestry. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: UK JLF, Ústav ošetrovatel'stva, 2005. ISBN 80-88866-32-4. s. 58-67
- [2] HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. 1999. *Metódy hodnotenia psychosociálnej pracovnej záťaže*. Skriptá. Praha : Univerzita Karlova, 1999, 78 s.
- [3] CHUDOBOVÁ, N. 2007. Sestra a její životní styl. In *Sestra a lékař v praxi*. ISSN 1335-9444, 2007, roč. VI, č. 5-6, s. 44.

- [4] KOVÁŘOVÁ, M. - DÓCI, I. – JACKOVÁ, J. 2007. *Pracovné podmienky sestier a Burnout syndróm*. Rožňava : Roven, 2007. 105 s. ISBN 978-80-89168-23-1.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- [6] SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2009. Self-management ochrany zdravia sestier. In *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok : FZ KU, 2009. ISBN 978-80-8084-407-3, s. 269-272.
- [7] Nariadenie vlády SR č. 359/2006 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred nepriaznivými účinkami nadmernej fyzickej, psychickej a senzorickej záťaže pri práci
- [8] Vyhláška MZSR č. 542/2007 Z. z. o podrobnostiach o ochrane zdravia pred fyzickou záťažou pri práci, psychickou pracovnou záťažou a senzorickej záťažou pri práci

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: helena.kaducakova@ku.sk

Kompetence sestry ve vztahu k primární prevenci

Michaela Karafiátová

*"Vzdělání je nejmocnější zbraň, kterou lze změnit dění."
Nelson Mandela*

Abstrakt

Příspěvek se soustřeďuje na kompetence Všeobecné zdravotní sestry a vztahy mezi výukovým v principu podpory zdraví. Poukazuje na možné využití alternativních výukových metod k rozvoji klíčových dovedností Všeobecné zdravotní sestry a k účinnému uplatnění sociálního marketingu v praxi. Text nabízí pohled na didaktický přístup, jako jednu z možností k získání potřebných kompetencí pro účelné plánování a provádění výchovy ke zdraví ve vztahu k jednotlivci či skupině obyvatel.

Klíčová slova

Primární péče. Zdravotní výchova. Výukové cíle. Kompetence lékaře a nelékaře. Problem based learning.

Kompetence sestry ve vztahu k primární prevenci a edukaci

Cesta zdravotní osvěty a vzdělávání sester prošlo za posledních dvacet let dynamickými změnami. To co dříve bylo pro zdravotníky maximem v možnostech primární péče o širokou veřejnost, dnes již dávno pokulhává. S využitím moderních technologií (jako je internet, SMS zprávy, DVD záznamy) pronikl do zdravotnictví duch tzv. prodeje produktu. Tímto prodejem produktu se v tomto směru myslí správně podaná odborná informace (vhodnou formou), pokud možno s využitím informačních moderních technologií o edukaci široké veřejnosti k primární prevenci a péči o své zdraví. Budoucí zdravotníci jsou vedeni odborně k těmto činnostem již na Středních zdravotnických školách. Jen málo se však věnujeme tomu, jak je vznik odborné kompetence komplikovaná záležitost a na čem všem je tato dovednost závislá.

V obecné rovině lze napsat, že zvýšení kompetencí sester novelou příslušné vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských pracovníků se taky zvyšuje odborná fundovanost ohledně primární prevence.

Lékař aktivně pečuje o zdraví obyvatel, provádí základní vyšetření a ošetření, základní diagnostiku a určuje, která onemocnění může léčit sám, která vyžadují specializovaná vyšetření, která se provádějí v nemocnicích, které z nemocných je nutné předat do péče jiných odborníků a které je nutné hospitalizovat.

Dispenzarizace určené skupiny obyvatel (aktivní vyhledávání osob nemocných a ohrožených na zdraví, všestranné vyšetřování a léčení, soustavné sledování jejich zdravotního stavu, zdravotní výchova).

Lékař sleduje odbornou literaturu a své odborné znalosti si doplňuje všemi dostupnými formami individuálního vzdělávání. (HERAL a kol., 1980, s. 20 – 27)

Zobecnění kompetence Všeobecné zdravotní sestry v preventivní péči

Všeobecná zdravotní sestra v rozsahu své kvalifikace a podle úkolů stanovených lékařem vykonává odbornou činnost v léčebně - preventivní, hygienicko – epidemiologické a zdravotně výchovné péči o obyvatelstvo.

V době nepřítomnosti lékaře poskytuje první pomoc podle svých odborných znalostí a zajišťuje další odbornou pomoc.

Řídí plynulý příchod nemocných k lékaři.

Zabezpečuje plynulý a hygienický provoz pracoviště lékaře. Doplňuje soustavně své odborné znalosti. (HERAL a kol., 1980, s. 20 – 27)

Vymezení kompetence Všeobecné zdravotní sestry v primární preventivní péči

V rámci autonomních funkcí je v kompetencích všeobecné zdravotní sestry obsaženo několik zásadních intervencí rozdělených podle typu záměru působení. Tyto kompetence jsou dány dle direktiv 77/453/EHS z roku 1977 a 89/595/EHS doplňující uvedené směrnice společně s doporučením Evropské komise XV/E/8481/4/97-DE z roku 1998).

Z hlediska podpory zdraví a prevence vzniku onemocnění je působení Všeobecné zdravotní sestry zaměřeno na observaci jednotlivců, rodiny a komunity, o které pečuje s ohledem na sociální vlivy a vlivy prostředí.

Všeobecná sestra v této rovině zajišťuje mimo jiné potřeby jednotlivců či komunity v oblasti bio-psycho-sociální z hlediska rizik pro jejich zdraví, zajišťuje všechny dostupné informační zdroje vhodné k výchově ke zdraví a prevenci onemocnění. Důležitá je také motivace těchto osob k tomu, aby v případě potřeby změnili životní styl a návyky. Na základě hodnocení efektivity jednotlivých edukačních prvků všeobecná zdravotní sestra vyvozuje opatření pro praxi.

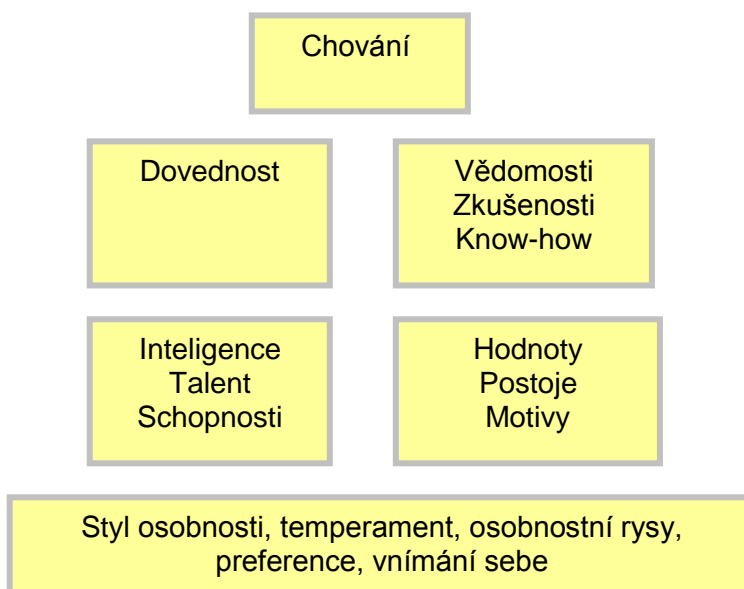
Z hlediska poskytování informací a aplikace zdravotní výchovy se kompetence zaměřují na jednotlivce či skupiny s cílem zprostředkovat informace v takové formě a množství, aby plnily svůj účel, což v daném případě znamená změnu postoje s následnou změnou chování. Další intervencí sestry v tomto sektoru je organizace a účast v kampaních na podporu zdraví a prevence se zhodnocením těchto aktivit. Logickou aktivitou je účast na vzdělávání ošetrovatelského personálu a ostatních zdravotnických pracovníků.

Oblast cílových dovedností v zdravotně osvětové činnosti je u studijních programů pro Všeobecné zdravotní sestry poměrně rozsáhlá. Při přípravě na toto povolání a seriózním plnění těchto kompetencí i výuky na všech úrovních kurikula mnohé ještě této problematice dlužíme.

Shrnutí výstupních dovedností zdravotní sestry v oblasti výchovy ke zdraví do obecné roviny by se jednalo jednoznačně o tyto úrovně:...

1. Schopnost komunikovat a spolupracovat v týmu.
2. Schopnost kritického myšlení a řešení problémů /kreativita/.
3. Samostatnost a výkonnost.
4. Schopnost učit sebe i druhé – tzv. motivace k celoživotnímu vzdělávání.
5. Schopnost zdůvodňovat a hodnotit, jak ošetrovatelský proces tak samostatnou výzkumnou činnost v oblasti prevence a péče o zdraví.
6. Schopnost přijmout svou profesní zodpovědnost.

Když poukážeme na tyto kompetence je jisté, že je nesnadný úkol rozvíjet a naplňovat cílové dovednosti studenta v systému centrálně řízeného systému škol. Mnoho z těchto kompetencí je založeno na formování osobnosti člověka a je k nim připravován na základních a středních stupních kurikula / formou rámcově vzdělávacích školních programů /, ale také nemalou roli hraje rodinná výchova a prostředí, kde jedinec vyrůstá. Pro vhodnější ilustraci této definované problematiky se nabízí ukázka schématu hierarchického modelu struktury kompetence.



Obrázek 2: Hierarchický model struktury kompetence:
(LUCIA, A. D.; LEPSINGER, R. 2004)

Tyto výstupní dovednosti /kompetence/ by se jasně měly odrážet ve výukových cílech na středoškolské i vysokoškolské úrovni. Kompetence učitelů v edukaci v ošetrovatelství by měli být shodné s kompetencemi učitelů v běžných školách, tak jak to navrhuje Kuberová (2002) jako „kompetencie projektové (plánovacie a psychodidaktické), kompetencie realizačné (organizačné a riadiace, komunikačné, diagnostické a intervenčné) a kompetencie reflexívne (pozorovanie, hodnotenie a sebahodnotenie)“. (KUBEROVÁ, H. 2002, str. 38)

Cesta k schopnostem vést řídit a hodnotit primární zdravotní výchovu u potenciálně nemocných občanů ČR je tedy daná kvalitními výukovými cíli a novými alternativními/ přístupy.

Ve studijním programu Všeobecných zdravotních sester je systém modulové výuky. Výuku lze na této úrovni zajistit v různých úrovních a je možné využít i alternativní metody rozvoje kritického myšlení neboli tzv. problem based learning /problémové učení /.

Této metody je možno využít prakticky ve všech studijních disciplínách. Pro ilustraci jsou popsány na tomto schématu vztahy mezi výukovými cíli a strategií vyučování.



Obrázek 1.: Vztahy mezi výukovými cíli a strategií vyučování

Cíl zdravotní výchovy

Za nejefektivnější preventivní metodu je považována zdravotní výchova, která je spojena s podporou zdraví.

Cílem výchovy ke zdraví je pozitivně ovlivňovat chování lidí k udržení a osvojení si správných zdravotních návyků, zdravého způsobu života a odpovědnosti za své zdraví. Všichni zdravotníci musí vést obyvatelstvo ke zdraví, jelikož je to jejich profesionální povinnost. Výchova ke zdraví neboli zdravotní výchova zahrnuje činnosti, jejichž cílem je zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel, rozšířit znalosti o faktorech, které ovlivňují zdravotní stav, naučit lidi žít zdravějším životním stylem, pečovat a ochraňovat své zdraví a být za své zdraví zodpovědný. (ČEVELA a kol., 2009, s. 21 – 22)

Úkol zdravotní výchovy

Úkolem zdravotní výchovy je zaměřit se na jednotlivce (zdravé, nemocné, ale i ohrožené na zdraví), skupiny obyvatelstva (děti, mládež, dospělí, staré lidi) i na obyvatelstvo jako celek. Probíhá na úrovni individuální, komunitní i celospolečenské.

Za zdravotní výchovu v převážné míře zodpovídá a podílí se na ni resort zdravotnictví. Měli by se na ní podílet všichni, kteří nějakým způsobem ovlivňují chování lidí (rodiče, učitelé, umělci, politici, novináři apod.) a ne jenom zdravotničtí pracovníci.

Musí být zaměřena na co nejnižší věkové skupiny obyvatel, tedy děti a mládež, protože zdravý životní styl se nejvíce vytváří a nejnadhěji ovlivňuje již od dětství. Zdravotní výchova musí být také zaměřena na skupiny obyvatel s rizikovým chováním.

Důležitým úkolem zdravotní výchovy je výchova obyvatelstva k poskytování první pomoci. (ČEVELA a kol., 2009, s. 21 – 22)

Metody výchovy ke zdraví

Do metod výchovy ke zdraví patří:

- upoutání pozornosti k danému problému, problematice – reklama, plakáty, upomínkové předměty, televizní spot,
- sdělení základních informací a rad – letáky, články v novinách a časopisech, pohlednice, kalendáře, brožury, televizní a rozhlasové pořady, ústní informace zdravotnickým pracovníkem,
- sdělení obsažnějších informací – knihy, brožury, přednášky, besedy, televizní a rozhlasové pořady,
- motivace ke změně chování – doporučení, kurzy, výstavy, počítačové programy, receptáře. (VURM a kol., 2007, s. 38)

„Účinnou metodou výchovy ke zdraví je sociální marketing. Sociální marketing obsahuje soubor metod a prostředků, které umožňují cíleně působit na vybrané skupiny obyvatel se záměrem propagovat, ovlivňovat a měnit postoje občanů k sociálním hodnotám, zejména ke správnému chování ke svému zdraví.“ (ČEVELA a kol., 2009, s. 23 – 24)

Formy výchovy ke zdraví

Mezi formy zdravotní výchovy patří:

- psané slovo-letáky, plakáty, články, brožury,
- mluvené slovo-přednášky, besedy, rozhlasové relace,
- kombinované-soutěže, televizní vysílání, výstavy. (ČEVELA a kol., 2009, s. 23 – 24)

Zásady výchovy ke zdraví

Činnost zdravotní výchovy musí být:

- soustavná, systematická, komplexní,
- cílená vzhledem k věku, vzdělání a konkrétním problémům jedince v oblasti zdravotní, psychické, sociální a společenské,
- aktualizovaná nejnovějšími poznatky z oblasti vědy a výzkumu,
- respektující životní prostředí jedince,
- založená na osobní zainteresovanosti každého jedince.

Zdravotní výchova je cílena na:

- jednotlivce – zdravé, nemocné i ohrožené,
- skupiny obyvatelstva – s ohledem na věk a onemocnění,
- komunitu – školy, závody, města,
- celou populaci. (ČEVELA a kol., 2009, s. 23 – 24)

„Zdravotní uvědomění každého člověka je celoživotní komplex výchovy a vzdělání, který začíná v rodině, pokračuje školou, zaměstnáním a ovlivňují jej zvyky a tradice. Zdravotní uvědomění je dobrovolné chování a aktivita každého člověka se zřetelem na zájem svůj, rodiny i společnosti.“ (ČEVELA a kol., 2009, s. 23 – 24)

Často přetrvávají rigidní přístupy k metodám ve vzdělávání.

Ještě stále dominuje strategie učení k získání maximálního kvanta znalostí na tzv. jednorázovou zkoušku. Studenti se domnívají /mnohdy i právem/, že po této zkoušce mohou vše co se naučili zapomenout. Není tak výjimečné, že otázky v kurikulu směřují na základní znalost textu, ale již méně učí studenty řešit skutečné situace, které jim jejich profese připraví. Není tudíž efektivnější je naučit studenty řešit reálné situace s možnostmi osobní zkušenosti a uplatnění jejího uplatnění v praxi?

Kompetence postavené na výukových metodách kritického myšlení a řešení problémů neodmyslitelně souvisí větším uplatněním znalostí, schopností a dovedností v praxi a lze ji uplatnit nejen ve výuce zdravotní osvěty, ale ve všech oblastech života.

Získání schopnosti řešení problému bude mít vliv na další oblasti v sebevzdělávání.

Studenti musí být jednoznačně vedeni ve výuce vedeni k intenzivní práci s odborným textem k samostatnému kritickému posouzení situací, k souvislému kultivovanému vyjadřování, k dovednosti argumentovat a naslouchat názorům druhých a k týmové práci při řešení zadaných úkolů, (ukázka postupu při práci v projektování činnosti zdravotní osvěty v předmětu *Výchova ke zdraví - Příloha č.1*). Jedině touto cestou student získá byť jen cvičně tuto kompetenci, ale jistě mu budou chybět potřebné životní zkušenosti a to pověstné Know-how.

Informační zdroje

- [1] ALEXANDER, Margaret F., RUNCIMAN, Phyllis J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přeložily Libuše Dobrovodská, Martina Tesáčková. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9
- [2] ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
- [3] FARKAŠOVÁ, Dana. a kolektiv. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. české vyd., Martin, SR: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4
- [4] GLADKIJ, Ivan a kolektiv autorů. *Management ve zdravotnictví*. 1. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [5] GLADKIJ, Ivan, KOLDOVÁ, Zdenka. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3., upravené vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1120-2.
- [6] GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika - zdraví - zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. Text určen pro posluchače lékařských fakult všech druhů a pedagogických fakult. ISBN 80-244-0500-8
- [7] GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. nezměněné vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 177 s. Určeno pro posluchače lékařské fakulty i širší knižní trh. ISBN 80-244-0176-2

- [8] GOULLI, Rochdi, et al. *Konkurence za veřejné peníze?: (Programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotnického pojištění v ČR)*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 164 s. ISBN 80-86861-62-7
- [9] HERAL Václav, VÁŇA Vladimír a kolektiv autorů. *Příručka obvodního lékaře I*. 1. vyd., Praha: Avicenum, 1980. 240 s. ISBN 735 21-08/29
- [10] HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8
- [11] KUBEROVÁ, H.: *Príručka pre pedagogickú prax*. Ružomberok: PF KU, 2002, 69 s. ISBN 80-89039-13-8
- [12] LUCIA, A. D.; LEPSINGER, R. 2004, *The Art and Science of Competency*, s. 646. ISBN: 1932504028
- [13] VURM, Vladimír a kolektiv. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

Kontaktní údaje

Mgr. Michaela Karafiátová
SZŠK Kroměříž
Albertova 4261
767 26 Kroměříž
e-mail: karaf.m@seznam.cz

**Příloha č.1 Ukázka postupných
kroků - možnosti práce metodou kritického myšlení
v předmětu Výchova ke zdraví**

<p>1. Úkol: Zadání projektu zdravotně osvětové činnosti dle cílů „Zdraví 21“ pro zvolenou skupinu obyvatel se zařazením k danými aktivitám <i>Cílová kompetence - schopnost aplikovat a posuzovat informační zdroje a jejich využití pro praxi</i></p>
<p>Popis identifikace problému 2. Úkol: Seznámení se s cíli „Zdraví 21“ a prioritami WHO /Odůvodnění potřebnosti osvětové aktivity/ Student poznal aktuální ukazatele zdravotního stavu obyvatel ČR a regionu (výskyt civilizačních onemocnění, přenosných nemocí, výskyt závislostí aj.) <i>Cílová kompetence - schopnost vymezení a identifikace potřebnosti aktivity (kritické posouzení problému).</i></p>
<p>3. Úkol: Vymezení kompetencí mezi institucemi v primární prevenci (WHO, WHO, MZČR, SZÚ, OHS, Zdravotních pojišťoven, ziskové a neziskové organizací) <i>Cílová kompetence – schopnost aplikovat teoretické poznatky pro praxi, analýza možností spolupráce projektu různých institucí</i></p>
<p>4. Úkol: Analýza problému, kritéria kterými budeme posuzovat přijatelná řešení projektu. Definice známých a neznámých proměnných <i>Cílová kompetence - schopnost zjistit rizika</i></p>
<p>5. Úkol: Příprava analýzy a možnosti řešení problému (Vytvořit více možností jak řešit problém?). <i>Cílová kompetence - schopnost kreativity a přijetí jiných alternativ</i></p>
<p>6. Úkol: Zhodnocení efektivity a reálnosti využití v praxi (metody hodnocení) <i>Cílová kompetence – schopnost využití matematiky a statistiky pro volbu vhodné efektivity projektu</i></p>
<p>7. Úkol: Revize oprava nesprávných závěrů, reorganizace <i>Cílová kompetence – seberevize (posouzení oponenta projektu)</i></p>
<p>8. Úkol: Konečný produkt, projekt – aplikace projektu podpory zdraví v primární prevenci v praxi <i>Cílová kompetence -praktická dovednost činnosti</i></p>

Zvyšovanie pracovných príležitostí v Európe prostredníctvom cudzojazyčných kompetencií

Jana Keketiová

Abstrakt

Zvyšovanie kvality ľudského potenciálu úzko súvisí i s požiadavkou sprostredkovania jazykových a interkultúrnych kompetencií občana, ktoré sú dnes už vo všetkých štátoch Európskej únie samozrejmosťou. Rastúca globálna súťaž podmieňuje opatrenia, ktoré sa tvoria z dôvodu skvalitnenia vzdelávania i v oblasti jazykovej prípravy. Jazyková i multikultúrna výchova sa v súčasnom svete stávajú dôležitou súčasťou vzdelávania. Dobré cudzojazyčné kompetencie tvoria jednu zo základných podmienok zvýšenia profesijnej mobility a prispievajú vo veľkej miere k vytváraniu moderných sociálnych vzťahov v integrovanej Európe. Z dôsledku narastajúcej európskej integrácie a globalizácie vzniká požiadavka podporiť cudzojazyčné kompetencie obyvateľstva a poskytnúť mu tým možnosť efektívnej komunikácie v medzinárodnom prostredí.

Kľúčové slová

Cudzie jazyky, pracovný trh, medzinárodné styky, sociálne vzťahy v Európe, integrácia.

Úvod

V posledných rokoch sme svedkami stále rastúcej globalizácie takmer vo všetkých sférach života. Rýchly proces internacionalizácie našej ekonomiky vytvára stále rastúce nároky na odbornú, sociálnu ako i interkultúrnu kompetenciu odborných pracovníkov.

Pracovný trh dnešného globalizovaného sveta vyžaduje od uchádzačov o zamestnanie ovládanie minimálne dvoch cudzích jazykov. Nedostatok cudzojazyčných kompetencií je v súčasnosti považované za veľký nedostatok v profesionálnej praxi absolventa vysokej školy.

Ak chceme byť súčasťou Európy, musíme si uvedomiť, že základom je komunikovať. Nie je zriedkavosťou, že sa dnes už na mnohých vysokých školách vyučujú odborné predmety v cudzích jazykoch, pozývajú sa prednášajúci zo svetových univerzít, no predpokladom takýchto prednášok sú dobré cudzojazyčné vedomosti poslucháčov.

Otázkam cudzojazyčného vyučovania sa v poslednom čase venovalo mimoriadne veľa pozornosti. Otázne však je, či nová organizácia vyučovania cudzích jazykov umožní absolventom vysokých škôl nefilologických programov začleniť sa svojimi jazykovými znalosťami do profesijných a sociálnych mobilít integrovanej Európy.

Jednou zo základných požiadaviek rýchleho a trvalého návratu Slovenska do sveta demokracie je obnovenie všeobecných schopností obyvateľstva komunikovať so svetom. Jazykové vzdelávanie otvára svetu nové poznania, technológie a umožňuje vstúpiť do integračných európskych procesov. V novej spoločenskej situácii má znalosť cudzích jazykov zásadný význam, pretože informačná spoločnosť potrebuje ľudí s kompetenciami, ktoré obsahujú celé spektrum vedomostí i zručností. Nové pracovné príležitosti v integrovanej Európe budú môcť využiť iba tí absolventi, ktorí okrem odborných znalostí budú disponovať dobrými cudzojazyčnými kompetenciami.

Materiál a metódy

Štúdium jazykov má byť v novej Európe jazykovou prípravou pre všetkých. Jazykové vzdelávanie by nemalo byť výsadou spoločenských, intelektuálnych prípadne politických elít, malo by byť právom a potrebou každého občana dnešnej doby. Malo by byť výučbou jazykov pre život, to znamená, zamerané na získanie znalostí, postojov a praktických kompetencií umožňujúcich prirodzenú komunikáciu v reálnych životných situáciách.

Podľa Bielej knihy EÚ o školstve a vzdelávaní z r. 1995 je potrebné docieľiť požiadavku, aby občania EÚ ovládali tri jazyky, a to okrem svojho materinského ešte dva jazyky, ktoré sa používajú v EÚ. Táto požiadavka bola formulovaná v Rezolúcii Rady EÚ z 31. marca 1995 o zlepšení vyučovania cudzích jazykov v rámci vzdelávacieho systému EÚ. Rada podporuje potrebu kvalitatívneho zlepšenia vyučovania cudzích jazykov a odporúča zabezpečiť, aby boli jazyky a kultúra členských štátov šírené v maximálnej miere. Rada zdôrazňuje, aby členské štáty podnikli vhodné kroky na podporu diverzifikácie ponuky jazykov na školách a v rámci svojich vzdelávacích systémov vytvorili možnosť osvojenia si niekoľkých jazykov EÚ.

Najväčším nedostatkom uchádzačov o zamestnanie je slabá znalosť cudzieho jazyka a tým i neschopnosť v ňom komunikovať.

Dobrá cudzojazyčná kompetencia je predsa významným faktorom budúceho úspechu i na trhu práce. Na podporu jazykov, ktorých je v EÚ vyše 50, vznikli i programy Sokrates, Lingua, Leonardo da Vinci, ktoré sa zameriavajú na podporu programov európskej spolupráce pri vzdelávaní učiteľov cudzích jazykov, ako i podporu výmenných pobytov študentov i vyučujúcich. Tieto podporné programy by mali prispieť k zachovaniu kultúrneho a jazykového bohatstva ako i k upevneniu európskej mnohojazyčnosti.

Jazykové vzdelávanie otvára svetu nové poznania, technológie a umožňuje vstúpiť do integračných európskych procesov. V novej spoločenskej situácii má zásadný význam znalosť cudzích jazykov vo výchove mladých ľudí k humanite a ako predpoklad budúceho profesijného úspechu. Skutočnosť na zahraničnom pracovnom trhu ukazuje, že Slováci sa v posledných rokoch neuplatnili v profesiách, ktoré by zodpovedali výške ich vzdelaniu z dôvodov nedostatočných jazykových zručností. Pre zvýšenie pracovných mobilit v EU sa na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave sa vytvoril v spolupráci so 7 európskymi univerzitami nový študijný program: Riadenie a organizácia sociálnych služieb. Momentálne sa pracuje na medzinárodnej akreditácii, ktorá podmieni získanie dvojitého diplomu pre absolventov, na základe ktorého sa umožní záujemcom pracovať v medzinárodnom cudzojazyčnom prostredí. Nosnými cudzími jazykmi na fakulte sú anglický a nemecký jazyk. Jazyk sa nevyučuje povinne, študenti si ho môžu vybrať ako povinne voliteľný predmet počas 6 semestrov. V rámci nového študijného programu ROOS majú študenti možnosť zúčastniť sa dvojtýždňového pobytu na vybranej vysokej škole, ktorá pracovala v projekte. FZ a SP v Trnave už privítala v priebehu posledných dvoch rokov skupinu študentov z Viedne (Fachhochschule Campus Wien), ktorí navštívili sociálne zariadenia a následne vypracovali seminárne práce, ktoré ohodnotili naši vyučujúci v cudzom jazyku.

Výsledky

Vedeckovýskumná činnosť patrí na každej univerzite stále viac k prioritám a stáva sa čoraz dôležitejším kritériom hodnotenia jej kvality. Medzi základné podmienky pre rozvoj tejto činnosti na školách patrí aj jazyková vybavenosť, komunikačné kompetencie študentov i pedagógov. Úspešnosť vo

vedeckovýskumných projektoch sa prejavuje v súťaži o získanie vedeckovýskumných grantov.

Najvyššie hodnotené sú aktivity na medzinárodnej úrovni. Úspešnosť vo vedeckovýskumných projektoch predstavuje významný prvok pri získavaní finančných prostriedkov potrebných pre rozvoj fakúlt. I z tohto dôvodu by mali predstavitelia vysokých škôl podporovať jazykové vzdelávanie, ktoré je predpokladom úspešného zaradenia sa absolventov, do pracovného procesu, ako i mladých vedcov pripravovaných na prácu v medzinárodných tímoch.

Jazyková príprava na vysokej škole by mala poslucháča vyzbrojiť tak, aby mal schopnosť komunikovať vo svojom študijnom odbore, aby získal poznatky z práce s odborným textom, dokázal prezentovať vlastné projekty. To však predpokladá dobré jazykové kompetencie, ktoré by si absolventi stredných škôl, na ktorých všetci maturovali z cudzieho jazyka, priniesli na vysoké školy. Musíme však konštatovať, že tak veľmi proklamované zvýšenie kvality absolventov stredných škôl v oblasti kompetencií a zručností v cudzom jazyku sa nepotvrdilo. 9 rokov štúdia jazyka, ktoré väčšina študentov udáva, nezodpovedá vedomostiam, ktoré by mali počas týchto rokov získať.

O to ťažšia je následne práca učiteľa na vysokej škole, ktorý má naučiť študenta zvládnuť akademický text, osvojiť si základnú odbornú lexiku ako i hlavné znaky odborného štýlu a prezentačných techník.

Je nesmierne dôležité vytvoriť pre nosné odbory jednotlivých vysokých škôl a univerzít databázu odborných textov, ktoré vo svojej kompaktnosti odzrkadľujú hlavné piliere problematiky odboru ale hlavne zmeniť štatút cudzieho jazyka na vysokých školách a zrovnoprávniť ho s ostatnými odbornými predmetmi. Je potrebné zviditeľniť kvalitnú odbornú jazykovú prípravu v systéme prípravy na budúce povolanie.

Vďaka vedeniu SZU sa venuje výučbe cudzích jazykov na Fakulte ošetrovateľstva veľká pozornosť. Študenti majú možnosť navštevovať semináre v anglickom a v nemeckom jazyku. Jazyk sa vyučuje počas 5 semestrov a cieľom výučby je osvojenie si gramatických javov, odbornej slovnej zásoby pre porozumenie odborných textov ako i ich použitie v prezentáciách. Na vyučovaní sa používajú aktuálne, autentické texty zo zdravotníckeho prostredia. Ako pomôcku na doplnenie slovnej zásoby využívajú študenti glosáre pre zdravotníkov, ošetrovateľov i pôrodníčky. S prekladom sa študenti stretávajú počas celého štúdia jazykov, táto práca vrcholí v rámci prípravy veľkej

prezentácie odborného textu, ku ktorej pristupuje každý študent veľmi zodpovedne.

Odborné texty, ktoré sú súčasťou študijných materiálov sú zostavené tak, aby korešpondovali s hlavnými odbormi štúdia. Texty dávajú študentom základy odbornej lexiky, ktorú rozvíjajú pri projektovom vyučovaní.

Pre zvýšenie motivácie a záujmu o cudzí jazyk organizuje vedenie fakulty a učitelia cudzích jazykov na Fakulte ošetrovateľstva SZU súťaž v prezentácii odborných tém v nemeckom a v anglickom jazyku, ktorá má už dlhoročnú tradíciu. Záujem o možnosť prezentovať sa v cudzom jazyku je vždy veľký. Víťazi sú odmenení hodnotnými vecnými darmi a diplomami. I toto je cesta zvyšovania cudzojazyčných kompetencií a to v čase, keď sa pre nedostatok finančných prostriedkov na mnohých vysokých školách zrušila výučba cudzích jazykov s odôvodnením, že jazykové vzdelávania si študenti majú financovať sami.

Záver

Ovládanie cudzích jazykov je jednou zo základných podmienok zvýšenia sociálnej a profesijnej mobility v integrovanej Európe. V novej spoločenskej a geopolitickej situácii ovplyvňujú cudzojazyčné kompetencie vo vysokej miere budúci profesijný život každého jedinca. V dnešnej dobe, v čase obrovskej migrácie obyvateľstva na celej planéte, sa stáva ovládanie cudzích jazykov i pre zdravotníckeho pracovníka dôležitým pracovným nástrojom.

V roku 2005 sa v 25 krajinách EU uskutočnil prieskum Eurobarometer, podľa ktorého respondenti odpovedali, koľkými cudzími jazykmi hovoria. Polovica EU občanov je podľa prieskumu schopná komunikovať jedným cudzím jazykom. Zo Slovákov (1108 opýtaných),

potvrdilo znalosť cudzieho jazyka 69%, zaujímavosťou bolo, že na prvom mieste sa umiestnila čeština 33%, na druhom - nemecký jazyk 28% a na treťom – ruština 25%. Anglický jazyk, ktorý používa väčšina občanov v EU nebola uvedená.

Cudzojazyčné zručnosti teda zaraďujeme medzi dôležité kompetencie každého jednotlivca, rozhodujúce o jeho úspešnom zaradení sa a uplatnení v medzinárodnej konkurencii.

Literatúra:

- [1] BUHLMANN, R. ; FEARN, A. 2000. Handbuch des Fremdsprachenunterrichts. Tübingen: Narr Verlag, ISBN 3-8233-4965-1.
- [2] EUROPEANS AND LANGUAGES. Eurobarometer 63, 4 Brusel 2005.
- [3] KEKETIOVÁ, J. 2009. K dôležitosti cudzojazyčných kompetencií absolventov vysokých škôl. In: Lingvistika a lingvodidaktika na školách filologického zamerania. Bratislava: Z-F Lingua, ISBN 978-80-89328.

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Jana Keketiová, PhD.
Trnavská univerzita
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné nám.1, 91700 Trnava, Slovensko
e-mail: jana.keketiova@gmail.com

Identifikace úzkosti ze smrti jako ošetrovatelského problému pacientů v domácí péči

Helena Kisvetrová

Abstrakt

Mimo mnohých somatických omezení prožívá umírající pacient i soubor negativních emocí, označovaných souhrnně úzkost ze smrti a potřebuje péči, umožňující prožít závěr života v klidu a důstojně. K tomu je nutné, aby sestry měly dostatek znalostí o fenoménu úzkosti, dokázaly ji správně identifikovat a volily v rámci svých kompetencí takové intervence ošetrovatelské péče, které pomohou zmírnit pacientovy negativní emoce související s umíráním a se smrtí. Výsledky výzkumného šetření poukázaly na skutečnost, že sestry bez ohledu na to, zda se považují za věřící či nikoliv, vnímají aktivity zaměřené na spirituální potřeby jako významné pro zvládnutí negativních emocí terminálně nemocného.

Klíčová slova

Úzkost ze smrti, pacient, domácí péče, sestra, ošetrovatelská intervence, spirituální podpora

Úvod

Lidský život utrpení doprovází a otázka smyslu utrpení i lidské existence je jednou z prastarých otázek bytí člověka. Zvláště naléhavá je přirozeně při těžké nemoci nebo když se blíží smrt (Kutnohorská, 2009). Utrpení a smrt jsou nevyhnutelné součásti života, které vyvolávají negativní emoce spojené s přemýšlením člověka o konečnosti lidské existence. Veškeré uvažování o životě a o nesmrtelnosti, ať už je pozitivní nebo negativní, implikuje určité filozofické chápání smrti, které ovlivňuje postoj k životu, vnímání a hodnocení lidského bytí i spirituální rozměr člověka. Implikuje jak křesťanské pojmání smrti, tak materialistickou filozofii konečnosti lidské existence - „bytí tady a teď“ nebo přesvědčení o nesmyslnosti a absurdnosti života, které nacházíme např. v díle francouzského filozofa Alberta Camuse (Scherer, 2005). I v oblasti ošetrovatelství je fenoménu úzkosti ze smrti věnována pozornost

a v ošetrovateľskej klasifikácii NANDA International je definovaná ako: „*Vágní nelehký pocit diskomfortu alebo dësu vytvorený vnímaním skutočného alebo imaginárneho ohroženia niečieho existencie.*“ (Herdman, 2010, s. 236). Pro identifikáciu diagnostických signálov vedúcich ke stanoveniu ošetrovateľskej diagnózy Úzkosť ze smrti je nutná syntéza znalostí ošetrovateľstva, filozofie a psychológie. Pochopenie týchto dimenzií umožňuje sestram lepšie vnímať úzkosť ze smrti u svojich pacientov, identifikovať jednotlivé diagnostické znaky a voliť optimálnu intervenciu v rámci svojich kompetencií.

Materiál a metódy

Cieľom výskumného šetrenia bolo zmapovať, či sestry v domácej starostlivosti identifikujú úzkosť ze smrti ako ošetrovateľský problém a definovať spektrum aktivít, ktoré sestry v tomto kontexte realizujú. Ďalej sa zistilo záujem sester o vzdelávanie v oblasti zvládania negatívnych emócií a názor na možnosť reálneho využitia získaných znalostí v odbore ich praxe.

Výskumný soubor respondentov tvorilo 100 všeobecných sester z 12 oblastných zariadení charitnej ošetrovateľskej služby (CHOS) Arcidiecéznej charity Olomouc. Kritériom pre výber zariadenia bola skutočnosť, že poskytuje starostlivosť i pacientom v terminálnom štádiu. Témere tri čtvrtiny sester (70%) boli vo veku 26-45 rokov a polovina oslovených sester (50%) pracovala v CHOS do piatich rokov. Vo vzdelaní sester prevažovalo s najvyššou frekvenciou (91%) stredoškolské vzdelanie. 66% sester uviedlo, že sa považujú za neveriacich. Vlastný výskumný šetrenie prebiehalo od decembra 2009 do januára 2010 a naviazovalo na pilotnú štúdiu „Úzkosť ze smrti“, realizovanú metódou focus group s účastníkmi seminára „Umieranie v domácom prostredí“ v Olomouci (Kisvetrová, Kutnohorská, 2010). Pre zber empirických dát, ktorý uskutočnila v rámci svojej diplomovej práce Ž. Spurná pod vedením autorky, bola použitá kvantitatívna výskumná metóda - polostrukturovaný dotazník

Výsledky a diskusia

64 % oslovených sester definovalo svoju predstavu úzkosti ze smrti a ich odpovede boli pre prehľadnosť slúčené do šiestich kategórií výrokov.

- Predtucha smrti, obava alebo strach z umierania a ze smrti
- Strach, čo bude s blízkymi, keď človek zomrie

- Nejistota, co se stane po smrti, strach z neznáma a obava ze setkání s Bohem
- Nepříjemný emoční stav z neznáma, doprovázený tělesnými i psychickými projevy
- Pocit beznaděje a osamocení při uvědomování si nevyhnutelné smrti
- Pocit strachu z opuštěnosti a z tělesného utrpení při umírání

Jako signály, na základě kterých se lze domnívat, že pacient prožívá úzkost ze smrti, označilo 89 % sester příznaky, které byly následně kategorizovány a přiřazeny k definovaným diagnostickým prvkům pro ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti (00147) klasifikace NANDA – International (Herdman, 2010) Jejich přehled je v následující tabulce.

Určující znaky	Související faktory
Uvádí hluboký smutek Uvádí negativní myšlenky v souvislosti se smrtí a umíráním Uvádí pocit bezmoci nad umíráním Uvádí strach z procesu umírání Uvádí strach z utrpení v souvislosti s umíráním	Diskuse na téma smrti

Tři čtvrtiny sester (79%) uvedlo, že pro hodnocení úzkosti ze smrti nepoužívá ani nezná žádný hodnotící nástroj. 11 % sester označilo rozhovor jako nástroj, jehož pomocí hodnotí úzkosti ze smrti u pacienta a 3% sester používá stupnici deprese. 7 % sester neodpovědělo. Výsledek odráží skutečnost, že v české ošetřovatelské praxi nejsou dosud v této oblasti hodnotící nástroje používány, i když v zahraničních studiích se můžeme setkat s měřícími škálami a dotazníky pro hodnocení této oblasti, např. Templerova patnácti-složková škála úzkosti ze smrti – DAS; Dvaceti-složkový test úzkosti ze smrti - DAI; Collett–Lesterova škála vlastního strachu ze smrti; Spilkova škála pohledu na smrt nebo Multidimenzionální škála strachu ze smrti - MFOD (Lentho a Stein, 2009, s. 23–41).

76 % sester dále uvedlo, že v rámci svých kompetencí realizují aktivity, jejichž prostřednictvím se snaží snížit úzkost ze smrti pacienta. Přehled aktivit, které sestry uváděly v tomto kontextu, byl sloučen do následujících osmi kategorií:

- Zajistit setkání / pohovor s duchovním
- Psychicky i duchovně podporovat klienta a jeho rodinu
- Snažit se zmírnit obavy vlídným chápajícím rozhovorem
- Vyslechnout klienta, projevit empatii i neverbálně
- Zajistit přítomnost blízké osoby, aby klient nezůstal sám se svými myšlenkami
- Umožnit klientovi vyjádřit, jak by nastalou situaci chtěl řešit
- Edukovat rodinu, jak se chovat k umírajícímu
- Zajistit klidné prostředí

I když všechny sestry pracovaly v zařízení, jejichž zřizovatelem je církevní organizace, více než polovina sester (66%) uvedla, že se považuje za nevěřící (což odráží realitu stavu religiozity současné české společnosti). Přesto na předních místech aktivit, které mohou pomoci snížit úzkost ze smrti u pacienta, sestry uváděly aktivity vztahující se k spirituální oblasti. To naznačuje, že i když sestry sami sebe nespojují s určitou konfesí, považují ošetrovatelské aktivity vztahující se k spirituální dimenzi člověka, za důležité při péči o umíraného. Jak uvádí Aubin (2009), i humanisticky a ateisticky orientované sestry mohou poznat pacientovy spirituální potřeby, mluvit s ním o Bohu nebo jiné vyšší moci, posmrtném životě a dalších transcendentních hodnotách za účelem laskavé a empatické podpory těchto pro pacienta pozitivních hodnot. I když nenábožensky zaměřené pečovatelé mohou vidět v duchu Camusovy filozofie život jako absurditu, přesto mohou pomoci pacientům podpořit jejich vlastní pohled na smysl a cíl života rozjímavým způsobem. Rovněž Castello (2009) souhlasí s názorem, že sestry s nenáboženským (humanistickým) přesvědčením mohou a měly by pomáhat pacientům se spirituálními obavami, zvláště těm, kteří jsou v terminální fázi svého života. Považuje ale za nepřilíš pravděpodobné, že by taková pomoc vedla k diskuzi o Bohu nebo jiné vyšší moci, která se vztahuje k posmrtnému životu, protože je to v kontrastu s humanistickým názorem. Spiritualitu ztotožňuje s morálním pocitem pohody a spirituální podporu vnímá jako skutečně láskyplné empatické pečování. Rovněž Paley (2008) uvádí, že významnou částí takzvaných spirituálních potřeb, speciálně v kontextu blízkící se smrti, je reagování na existenciální distres, tedy strach ze smrti, zoufalství, beznaději a obavy z posmrtného života. V kontextu takto pojímané dimenze spirituality mohou i nenábožensky zaměřené sestry být umírajícímu pacientovi velkou oporou.

Překvapivým zjištěním bylo, že 79% sester z CHOS ošetřovatelskou diagnózu Úzkost ze smrti u svých pacientů v ošetřovatelské dokumentaci neuvádí. To znamená, že vykonávané intervence nejsou nijak zdokumentovány. Lze se domnívat, že je to způsobeno mimo jiné tím, že až dosud nebyl k dispozici český překlad klasifikace ošetřovatelských diagnóz NANDA International a sestry tudíž jsou při stanovování této diagnózy opatrné. Podobnou situaci popisuje i Cavendish a kol. (2003) ve své výzkumné studii týkající se využívání jednotlivých aktivit intervence „*Duchovní podpora (5420)*“ ze souboru mezinárodní klasifikace ošetřovatelských intervencí NIC. Ze studie vyplynulo, že některé sestry nedokumentují aktivity spirituální péče, i když je vykonávají, protože neví, jak je mají v dokumentaci uvádět.

V druhé části výzkumného šetření zaměřeného na problematiku vzdělávání se 15 % sester vyjádřilo, že nemá zájem o vzdělávání v oblasti zvládnutí negativních emocí souvisejících s umíráním. Z 85 sester, které deklarovaly svůj zájem o problematiku úzkosti ze smrti, se ale 72% domnívá, že by získané znalosti v praxi nevyužily. Vzhledem k tomu, že 89 % sester uvedlo, že o pacienty s úzkostí ze smrti pečují občas a 6 % sester má tyto pacienty v péči neustále, to není příliš optimistické zjištění. Přitom s účinností od 1. ledna 2010 je vyhláškou MZ ČR č. 472/2009 Sb., která obsahuje novelu seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro odbornost 925 – *sestra domácí zdravotní péče*, zaveden nový výkon 06349: „*Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu*“. Podmínkou pro proplacení této péče zdravotní pojišťovnou je mimo jiné i přiměřené vzdělání sester v paliativním ošetřovatelsství, což zahrnuje také problematiku psychosociálních a spirituálních intervencí, které pomáhají zvládat negativní emoce terminálně nemocných .

Závěr

Péče o umírající v domácím prostředí není v ČR ještě příliš rozšířená. Vlivem historického vývoje a v souvislosti s pokračujícími společenskými změnami přetrvává tendence preferovat institucionální systém péče. V roce 2009 byl v ČR počet osob zemřelých doma 19,9 % celkového počtu zemřelých (ÚZIS, Zemřelí, 2009, s. 12). Domácí paliativní péče zajišťovaná agenturami domácí péče (ADP) a zařízeními charitních ošetřovatelských služeb (CHOS) tvořila v roce 2009 pouze 6,6 % objemu poskytnuté domácí péče (ÚZIS ČR, 42/2010). Přesto výsledky šetření prokázaly, že sestry ze zařízení charitních ošetřovatelských služeb se s pacientem trpícím úzkostí ze smrti setkávají, dokážou jeho úzkost identifikovat a vykonávají relevantní aktivity. Nedostatkem

je skutečnost, že sestry intervence vykonávané v tomto kontextu často nedokumentují v ošetrovatelských plánech. Využitím klasifikačního systému ošetrovatelských diagnóz NANDA International by poskytlo konkrétnější způsob identifikace a řešení psychologických i spirituálních potřeb pacienta. Zároveň takto dokumentovaná péče prokazuje efektivnost a užitečnost ošetrovatelských intervencí u terminálně nemocného a může sloužit jako podklad doložení finanční náročnosti a opodstatněnosti časového rozsahu poskytnuté péče pro zdravotní pojišťovny. Výstupy studie mohou být i podnětem pro implementaci hodnotících nástrojů zaměřených na úzkost ze smrti do české ošetrovatelské praxe a věnování větší pozornosti fenoménu úzkosti ze smrti jako ošetrovatelskému problému v kurikulech studijních programů pregraduální výuky sester na vysokých školách i v rámci celoživotního vzdělávání

Literatura

- [1] AUBIN, H.J. How can the „materialist“ nurse provide spiritual support? *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, vol. 15, no. 7, p. 318.
- [2] CASTELLO, J. Spirituality: What do we mean? *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, vol. 15, no. 6, p. 263.
- [3] CAVENDISH, R., KONECNY, L., MITZELIOTIS, C. a kol. Spiritual Care Activities of Nurses Using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. *International Journal of Nursing Terminologie and Classifications*. 2003. vol. 14. no. 4. pp. 113–124
- [4] HERDMAN T. H. a kol. *NANDA International - Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2009—2011*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 456 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- [5] KISVETROVÁ, H., KUTNOHORSKÁ, J. Úzkost ze smrti jako ošetrovatelský problém v domácí péči, *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2010, roč. 3, Supl. 2, s. 23-25.
- [6] KUTNOHORSKÁ, J. Důstojnosť človeka. In: Boledovičová, Vöröšová, Lísková (eds.) *Ošetrovačelstvo. 21. storočia v procese zmien III*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, 2009, s. 494-503, ISBN 978-80-8094-554-1.
- [7] LEHTO, R.,H., STEIN, K.,F. Death Anxiety: An Analysis of an Evolving Concept . *Research and Theory for Nursing Practice. An International Journal*, 2009, vol. 23, no. 1, pp. 23–41.
- [8] PALEY, J. The concept of spirituality in palliative care: an alternative view. *International Journal of Palliative Nursing*, 2008, vol. 14, no. 9, pp. 448-452.

- [9] SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*, 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, 271 s. ISBN 80-7192-914-X
- [10] ÚZIS ČR, *Aktuální informace 42/2010 - Domácí zdravotní péče v ČR v roce 2009*. [online]. c2007 [cit. 2011-02-15]. Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=domáci>.
- [11] ÚZIS ČR. *Zemřelí 2009*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 104 s. ISBN 978-80-7280-902-8.

Kontaktní údaje

PhDr. Helena Kisvetrová
Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství
e-mail: helena.kisvetrova@upol.cz

Názory a postoje žien k fajčeniu v gravidite

Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančiak, Jozef Novotný

Abstrakt

Študovali sme mieru poznatkov matiek o negatívnych účinkoch aktívneho a pasívneho fajčenia a postoj mamičiek k fajčeniu mimo a počas gravidity. Výskumnú vzorku tvorilo 240 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky boli spracované štatisticky. Zistili sme, že miera poznatkov u žien o negatívnych účinkoch je na dobrej úrovni. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky. Na základe našich výsledkov odporúčame posilniť edukačné pôsobenie pôrodných asistentiek v primárnej prevencii a upozorňujeme na dôležitosť legislatívnej podpory edukačnej činnosti pôrodných asistentiek.

Kľúčová slova

Pôrodná asistencia. Nikotinizmus. Zdravotné následky.

Úvod

Problém fajčenia sa dotýka ľudí na celom svete. Je to problém nie len historický, ale aj globálny. Hoci je fajčenie zdraviu nebezpečné, tabakizmus je tolerovaná, legalizovaná závislosť. Nikotín je jedovatý alkaloid, ktorý sa nachádza v listoch tabaku, a je vlastne aj návykovou zložkou cigariet. Fajčenie cigariet a tabaku v súčasnosti predstavuje najrozšírenejšiu formu závislosti. V dyme jednej cigarety sa nachádza 1,0 – 3,0mg nikotínu, v cigare až 10mg. Tabakový dym je produktom suchej destilácie a okrem nikotínu obsahuje oxid uhoľnatý, karcinogénne a rádioaktívne látky, v nemalej miere i látky pôsobiace dráždivo na dýchacie cesty (amoniak, acetón, kyanovodík, fenoly a iné) a ešte látky škodlivé od ich koncentrácie, ktorá je rozdielna v rôznych druhoch cigariet. Škodlivý účinok nikotínu sa prejavuje na srdcovocievnom ústrojenstve, tráviacom, močovo-pohlavnom, ovplyvňuje nervový systém a svalovú činnosť. V malých dávkach pôsobí povzbudivo, vo vyšších má utlmujúci účinok. Je to jed, ktorý môže vo vysokých dávkach spôsobiť ochrnutie nervovej sústavy, vyvoláva sťahy hladkého svalstva, upcháva cievy. Fajčiar ostáva fajčiarom pokiaľ mu to jeho zdravotný stav dovoľuje, len zriedka sa snaží odvykať od tejto závislosti. Zo somatického hľadiska sú najviac pre človeka nebezpečné

karcinogénne látky prítomné v dyme cigarety, ktoré najviac postihujú pľúca. Aj keď fajčenie zo začiatku veľmi nechutí, povzbudzovaním zo strany iných sa zatiaľ nefajčiar dostáva do iného levelu, neskôr je už fajčenie pre neho nutnosťou až nakoniec prerastie do závislosti.

Nikotinizmus poškodzuje zdravie v každom veku, avšak najmarkantnejšie v období adolescencie a vo fertilnom veku. Nemenej sú známe toxické účinky fajčenia na ženský organizmus a plod počas gravidity. Z tohto aspektu je fajčenie gravidných žien stále aktuálny problém zdravotníctva, pôrodnej asistencie a spoločnosti.

Fajčenie a gravidita

Fajčenie vzniklo v Amerike, kde sa tabak pestoval ako liečivá rastlina a pripisovali sa mu nadprirodzené účinky. Tabak a fajčenie sa odtiaľ rozšírili do celého sveta. Postupne sa stal najviac používanou drogou. Najväčšie riziko vzniku závislosti je pri fajčení pred 16-tym rokom života. Nikotín je jedovatý alkaloid, ktorý sa nachádza v listoch tabaku a je návykovou zložkou cigariet. Tabakový dym je produktom suchej destilácie a okrem nikotínu obsahuje oxid uhoľnatý, karcinogénne a rádioaktívne látky, v nemalej miere i látky pôsobiace dráždivo na dýchacie cesty, látky škodlivé od ich koncentrácie, ktorá je rozdielna v rôznych druhoch cigariet.

Nikotinizmus je jednoznačne najrozšírenejšia závislosť u tehotných. Presné čísla nie sú k dispozícii, ale približne pätina žien v priebehu tehotenstva a dojčenia fajčí. Fajčenie patrí k najviac rozšíreným exogénnym škodlivým faktorom v gravidite. Účinky fajčenia, či už aktívneho alebo pasívneho, sú evidentné počas celej gravidity, pričom plod ako nedobrovoľný pasívny konzument je vystavený väčším rizikám ako matka. Nikotín spolu s oxidom uhoľnatým vyvolávajú širokú paletu komplikácií kardiovaskulárneho, respiračného a ďalších systémov matky a dieťaťa. Gravidnej žene, ktorá pravidelne fajčí kolujú v krvi škodlivé látky pochádzajúce z cigaretového dymu. Fajčením gravidná žena riskuje nielen svoje zdravie, ale aj zdravie svojho dieťaťa.

Negatívny vplyv na gravidnú ženu má, samozrejme, aj pasívne fajčenie. Pobyt gravidnej v zafajčených priestoroch zvyšuje okrem iného aj riziko vzniku atopického ekzému a rozvoja alergie v rannom detskom veku. Komplikácie vyvolané toxickými zložkami tabakového dymu sú evidentné v každom trimestri gravidity. V prvom trimestri je zvýšené riziko spontánnych potratov a vrodených

chýb, neskôr hrozí predčasný pôrod, predčasné odlučovanie placenty a retardácia plodu.

U gravidných *fajčiarok* dochádza približne v 30% k poškodeniu plodu. Nikotín spôsobuje zúženie ciev v placente, stavy prechodného nedostatku kyslíka, ktorý v závislosti od množstva vyfajčených cigariet vedie k chronickej hypoxii. Výsledkom je nižšia pôrodná hmotnosť až rozvoj vnútromaternicovej rastovej retardácie - **fetálny tabakový syndróm**. Zvýšené je aj riziko odlučovania placenty, krvácania v priebehu gravidity a predčasný odtok plodovej vody, predčasného pôrodu, odumretia plodu.

Nikotín negatívne ovplyvňuje metabolizmus a nutričný stav gravidnej ženy, znižuje absorpciu bielkovín a vitamínov, znižuje prietok krvi maternicou, zvyšuje 3-5 násobne výskyt predčasného pôrodu a je hlavnou príčinou nízkej pôrodnej hmotnosti. Toxické látky vznikajúce pri fajčení obmedzujú prenos kyslíka materskou krvou smerom ku plodu. Deti fajčiarok majú 1,9 x častejšie nižšiu hmotnosť a aj sa rodia predčasne. Prírastky hmotnosti počas gravidity sú nižšie. Uvedené faktory sa spolupodieľajú na nízkej pôrodnej hmotnosti novorodencov. Deti fajčiarok majú 1,9 x častejšie nižšiu hmotnosť a aj sa rodia predčasne. Priemerná hmotnosť detí fajčiarok je nižšia o 200 – 250g ako u nefajčiarok. (Wagner, Katikeni, 1998, Kliment, 2007)

Perinatálna úmrtnosť je 1,2 x vyššia. Deti fajčiarok nápadne často zomierajú na syndróm náhlej smrti! Častejšie majú astmu a respiračné infekcie. Vrodené chyby sa pripisujú toxickým účinkom nikotínu. Vyskytujú sa častejšie redukčné anomálie končatín, vrodené chyby uropoetického traktu a rázštepý pery a podnebia. Fajčiarky menej často dojčia, čím sa prehľbuje rastový deficit detí (Drobná, 1996, 2000). Trvalé následky pasívneho fajčenia plodu sú:

- retardácia somatického rastu,
- časté respiračné infekcie,
- alergické ochorenia - najmä atopický ekzém a astma,
- nižšia úroveň inteligencie a poruchy správania.

Vplyv fajčenia na narodené dieťa

Fajčenie matky sa u dieťaťa môže prejavíť zvýšenou srdcovou frekvenciou a krvným tlakom. Tabakový dym spôsobuje poruchu vývinu pľúcnych štruktúr (Wagner, Katikeni, 1998). S patologickou štruktúrou súvisí aj zvýšený výskyt náhleho úmrtia dojčiat (SIDS – sudden infant death syndrom). Po pôrode sa u detí stretávame s poruchami popôrodnej adaptácie. Následky toxického

účinku nikotínu sa prejavia u novorodenca tachykardiou, poruchami periférnej perfúzie, príjmu výživy, dráždivosťou, tremorom a zvýšenou reakciou na zvukové podnety. (Cloherty, Stark,1998) Pri náhlom znížení hladiny nikotínu v krvi dieťaťa po narodení môže vzniknúť abstinenčný syndróm (bledosť, zvýšená dráždivosť, tras končatín, tachypnoe, tachypnoe, záchvaty cyanózy a bradykardie).

Deti fajčiarok môžu v ďalšom vývoji trpieť ľahkou mozgovou dysfunkciou, retardáciou somatického rastu, poruchami sústredenia a horším prospechom v škole.

MATERIÁL A METODIKA

Charakteristika prieskumnej vzorky a metódy

Prieskumnú vzorku tvorilo 240 respondentov.

Cieľom empirického prieskumu bolo zistiť mieru poznatkov matiek o negatívnych účinkoch aktívneho a pasívneho fajčenia a postoj mamičiek k fajčeniu mimo a počas gravidity.

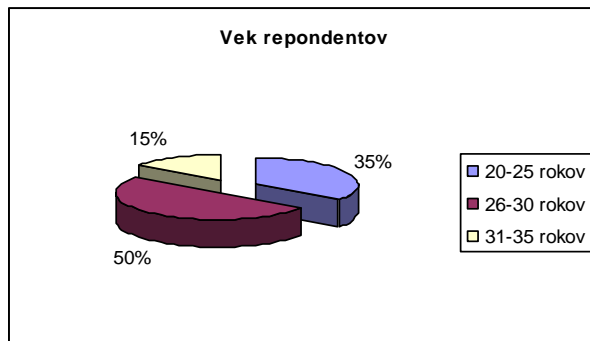
Prieskum sme realizovali metódou viacpoložkového anonymného dotazníka. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky vrátane demografických ukazovateľov. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne podľa potreby i dopísať. Dotazníky boli distribuované v slovenskom jazyku zdravotníckych zariadeniach na oddeleniach šestonedelia v Trnavskom kraji. Administrovaný bol osobne v Trnave na oddelení šestonedelia a sprostredkovane na oddeleniach šestonedelia mimo Trnavy v mesiacoch júl až december 2007.

Pre spracovanie problémov výskumu sme použili metódu teoretickej analýzy a syntézy. Keďže všetky údaje z dotazníka sú nominálne (kategorálne), odpovede na jednotlivé otázky sú charakterizované ich absolútnou početnosťou a relatívnou početnosťou (%). Výsledky prieskumu boli vyhodnocované v absolútnych číslach, percentuálne, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

VÝSLEDKY

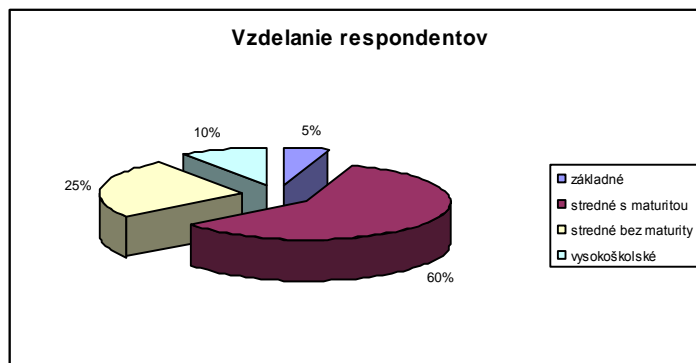
Celkový počet rozdaných dotazníkov bol 250. Návratnosť dotazníkov bola 96% (240 dotazníkov). Respondentky sme rozdelili do skupín podľa veku, vzdelania a počtu pôrodov.

Graf 1 Vekové rozloženie respondentov



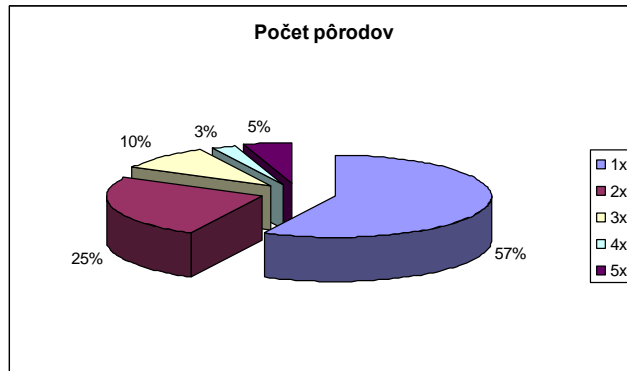
Respondentky sme rozdelili do troch vekových skupín. 50% (120) žien tvorilo vekovú skupinu 26 – 30 rokov, vek 20 – 25 rokov uviedlo 84 (35%) žien. Vekovú skupinu od 31 do 35 rokov uviedlo 36 (15%) žien. Najväčšiu vekovú skupinu tvorili ženy vo veku 26 – 30 rokov.

Graf 2 Vzdelanie respondentov



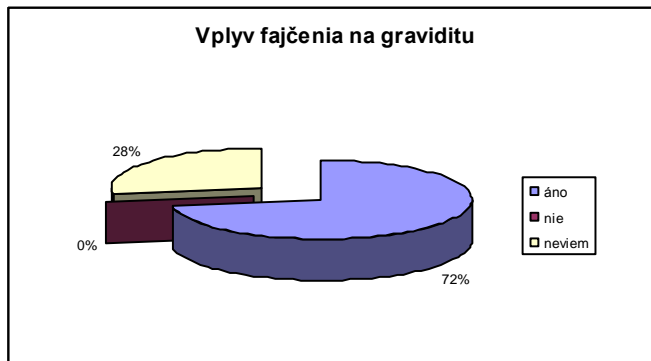
Najviac žien 144 (60%) v súbore malo stredoškolské vzdelanie s maturitou a 25% (60) žien malo stredoškolské vzdelanie bez maturity, najmenej respondentov 12 (5%) bolo so základným vzdelaním. 24 (10%) respondentov malo vysokoškolské vzdelanie.

Graf 3 Počet pôrodov



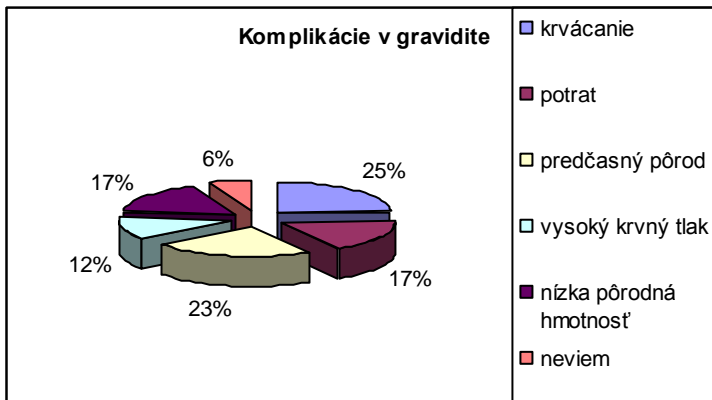
Prieskumu sa zúčastnilo 138 (57,5%) prvoroďičiek. 60 (25%) žien rodilo druhý krát, treťoroďičiek bolo 24 (10%) žien, štvrtý krát rodilo 6 (2,5%) žien a piate dieťa porodilo 12 (5%) žien.

Graf 4 Vplyv fajčenia na priebeh gravidity



174 (72,5%) žien odpovedalo, že fajčenie má vplyv na priebeh gravidity a 27,5% (66) žien nevedelo sa vyjadriť. Ani jedna žena nezvolila odpoveď, že fajčenie nemá vplyv na priebeh tehotnosti.

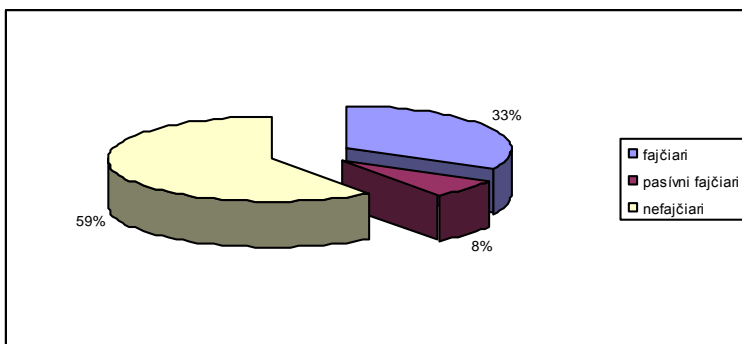
Graf 5 Komplikácie fajčenia v gravidite



Na túto položku odpovedali iba respondenti, podľa ktorých má fajčenie vplyv na graviditu. Ako najčastejšiu komplikáciu spôsobenú fajčením v gravidite uvádzali krvácanie (42 žien, 25%) a predčasný pôrod dieťaťa (40 žien, 23 %). Nízku pôrodnú hmotnosť dieťaťa uviedlo 30 (17%) žien a taký istý počet aj potrat. 12 respondentov (6%) neuviedlo žiadnu komplikáciu.

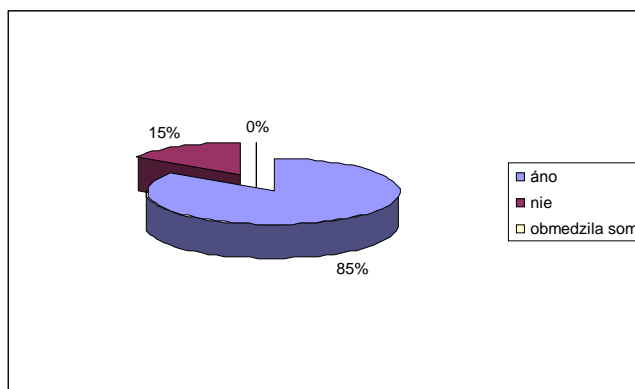
Informácie čerpalo z masmédií , TV, časopisov 77% (186) žien. 9% (24) žien poučil lekár. Zhodne po 3% (6) respondentov získalo informácie od rodinných príslušníkov a pôrodnej asistentky. Ako iné zdroje uvádzali respondenti knihy a internet.

Graf 6 Fajčenie pred graviditou



Pravidelne alebo občas fajčilo pred graviditou 78 (33%) žien. Denné množstvo vyfajčených cigariet udávali v rozpätí 5 – 15 kusov. 18 žien sa považuje za pasívnych fajčiarov. Je potešiteľné, že až 144 (60%) respondentov je nefajčiarov.

Graf 8 Zanechania fajčenia



Zo 78 žien, ktoré fajčili pred graviditou, zistenie gravidity bolo dôvodom, aby prestali fajčiť pre 85% (66) respondentov. 15% (12) respondentov fajčilo aj počas gravidity. Dôvodom neschopnosti prestať fajčiť, podľa ich vyjadrenia, bola „slabá vôľa“.

Diskusia

Zdravie a vývoj dieťaťa sú neoddeliteľne spojené so zdravím matky, s jej výživou a reprodukčnou starostlivosťou, ktorú dostáva. Huttová (1998, 2001) uvádza, že z fajčiacich žien skoro polovica pokračuje vo fajčení aj v priebehu tehotenstva. Tento problém sa týka aj viac, ako pol milióna mladistvých tehotných žien (Huttová, 1998, 2001). Z toho hľadiska veľmi dôležitú úlohu zohráva prevencia. Pri prevencii tabakovej závislosti ide tiež o zabránenie vzniku a šírenia javu a jeho negatívnych dôsledkov. Za optimálnu stratégiu sa považuje posilňovanie a podpora pozitívnych podmienok daného systému ako celku, čo však nie je jednoduché. Ľudské správanie nie je výlučne produktom logicky konzistentného racionálneho programu, a preto stereotyp podávania informácií a poučovania o správnom konaní a jednaní, považovaný za hlavnú metódu prevencie, často zlyháva. Hoci ženy poznajú negatívny vplyv fajčenia na matku a dieťa, väčšina z nich nepokladá informácie za dostatočné. Je potrebné zamerať intervencie pôrodnej asistencie na zefektívnenie zdravotno-

výchovného pôsobenia pôrodnej asistentky, upozorňovať dievčatá i budúce matky na veľké riziko fajčenia a za ich veľkú zodpovednosť za zdravie svojich detí.

Zamerať aktivity pôrodnej asistencie na prevenciu už v rámci predkoncepčnej starostlivosti. Dôsledne dodržiavať v praxi Zákon o ochrane nefajčiarov. Zodpovednosť za prevenciu fajčenia a nikotinizmu má celá spoločnosť, iniciatívu by mali prevziať najmä pôrodné asistentky a všetci zdravotnícki pracovníci, svojím vlastným príkladom ovplyvňovať správanie žien.

Záver

Podpora a udržiavanie reprodukčného zdravia je nesmierne dôležitá úloha do budúcnosti. Predstavuje veľkú výzvu pre pôrodnú asistenciu i ošetrovateľstvo. Ak dokážeme odstrániť resp. obmedziť fajčenie v predkoncepčom období a v gravidite, môžeme predísť aj všetkým negatívnym vplyvom fajčenia na plod, novorodenca i dieťa.

Literatura

- [1] CLOHRERTY, J. STARK, A.R. 1998. *Manual of neonatal care*. Lippicott, N.Y., 1998, 764 s.
- [2] CURTIS, K.M.-SAVITZ, D.A.-ARBUCKLE, T.E. 1997. *Effects off cigarette smoking caffeine consumption and alcohol intake on fecundability*. *Amer J Epidemiol* 146, 1997,1, s. 32-41
- [3] DROBNÁ, H., HUTTOVÁ, M. 1996. *Matka závislá od drog a jej novorodenec. Neonatálny abstinenčný syndróm. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)* 31, 1996, 3-4
- [4] DROBNÁ, H., VELEMÍNSKY, M. 2000. *Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov*. *Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice*, 2000, 128 s.
- [5] FANAROFF, A. A., MARTIN, R. J. 1992. *Neonatal Perinatal Medicine. Diseases of The Fetus and Infant, fifth edition*, St.Louis : Mosby, 1992
- [6] HUTTOVÁ, M. 1998. *Drogy a gravidita*. *Lekárske listy*, 1998, 6:1-7
- [7] HUTTOVÁ, M., et al. 2001. *Negatívne účinky fajčenia v gravidite*. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti*. Bratislava: Obzor. roč. 36, 2001, č.1, s.66.

- [8] KLIMENT, M. 2007. Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa. *Via pract.*, 2007, roč. 4 (7/8): s. 360-362
- [9] KUKLA, L., HRUBÁ, D., TYRLÍK, M.: Alkohol a drogy v tehotenství. Rozdíly mezi kuřačkami a nekuřačkami. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)* 34, 4, 193-202
- [10] MIKULAJ, V. 2000. Výživa a životospráva v ťarchavosti a počas dojčenia. In: *Slovenská gynekológia a pôrodníctvo*. roč. 7, 2000, č. 3, 144-146 s.
- [11] REPKOVÁ, A. 2008. *Psychofyzická príprava na pôrod*. Bratislava : SZU, 2008. 105 s. ISBN 978-80-89352-21-0.
- [12] STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J., KOPÁČIKOVÁ, M. 2009. *Problematika drogových závislostí a ich prevencia*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, 2009, 221 s., ISBN 978-80-8084-499-8
- [13] VELEMÍNSKY, M., ŽIŽKOVÁ, B.(eds). 2008. *Péče o těhotné ženy užívající psychotropní látky v tehotenství*. 1. vydání, Praha : Triton 2008, 341 s., ISBN 978-80,7387-095-9
- [14] WAGNER, C.L. – KATIKENI, L.D. et al. 1998. *The impact of prenatal drug exposure on the neonate*. *Obstetr Gynecol Clin North Amer* 25. 1998, 1, s. 169 – 194
- [15] Zákon č. 377/2004 Z.z. O ochrane nefajčiarov
- [16] Informačný server: *Stránka zameraná na drogu - tabak*. (online) Dostupný na: [http://sk.wikipedia.org/wiki/tabak_\(produkt\)](http://sk.wikipedia.org/wiki/tabak_(produkt)) (2009-02-16)
- [17] www.uvzsr.sk

Women's views and attitudes to smoking in pregnancy

Abstract

We studied the degree of knowledge about the negative effects of maternal smoking and passive smoking and attitudes to smoking mothers during pregnancy and beyond. The research sample consisted of 240 respondents randomly selected. We used the questionnaire method. The results were processed statistically. We found that the level of knowledge among women

about the negative effects is good. In some areas we have identified certain weaknesses. Based on our results, we recommend that action to strengthen educational midwives in primary prevention, and stress the importance of legislative support educational activities of midwives.

Key words

Midwifery. Nikotinizmus. Health consequences.

Kontaktní údaje

PhDr. Mária Kopáčiková, Ph.D.

Doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok, SR

e-mail: maria.kopacikova@gmail.com

j.stanciak@gmail.com

Prof. MUDr. Jozef Novotný, CSc.

Vysoká škola polytechnická Jihlava, ČR

e-mail: jnovotny@vspj.cz

Príprava zdravotníckych pracovníkov pre prácu v podmienkach rozvojových krajín

Jaroslava Kráľová, Barbora Cigáňová

Abstrakt

Príčinou morbidity a mortality v rozvojových krajinách sú vo väčšine prípadov ochorenia, ktorým sa dá správnou prevenciou predchádzať a ktoré sú často jednoducho liečiteľné. V podmienkach rozvojových krajín v dôsledku nedostatočného prísunu liekov a nedostupnosti zdravotnej starostlivosti to však nie je možné.

Vďaka mnohým humanitárnym projektom sa postupne dostáva zdravotná starostlivosť i k tej časti obyvateľstva, ktorá k nej prístup doteraz nemala. Zdravotnícki pracovníci, ktorí prichádzajú pracovať do rozvojových krajín sa ale musia vyrovnávať s viacerými odlišnosťami medzi prácou v zdravotníckom zariadení vo svojej krajine a v krajinách rozvojových.

Príprava zdravotníckych pracovníkov pre podmienky práce v rozvojových krajinách musí týkať stránky: 1. odbornej, 2. organizačnej, 3. fyzickej a 4. psychickej. (1,3)

Kľúčové slová

Rozvojové krajiny – humanitárne projekty – zdravotnícki pracovníci – príprava.

Úvod

Príčinou morbidity a mortality v rozvojových krajinách sú vo väčšine prípadov ochorenia, ktorým sa dá správnou prevenciou predchádzať a ktoré sú často jednoducho liečiteľné. V podmienkach rozvojových krajín v dôsledku nedostatočného prísunu liekov a nedostupnosti zdravotnej starostlivosti to však nie je možné.

Zdravotná starostlivosť v rozvojových krajinách spočíva na jednej strane v zariadeniach podobných vybavením i odbornosťou personálu inštitúciám v rozvinutých krajinách, ktoré sú určené pre malú skupinu obyvateľstva s finančnými prostriedkami umožňujúcimi využiť tento typ zdravotnej starostlivosti, na druhej strane však väčšia časť obyvateľstva finančné

prostriedky nemá a je odkázaná na rôzne typy neodborného ošetrovania alebo zostáva bez akejkoľvek zdravotnej starostlivosti. (1,2,6)

Vďaka mnohým humanitárnym projektom sa postupne dostáva zdravotná starostlivosť i k tej časti obyvateľstva, ktorá k nej prístup doteraz nemala. Zdravotnícki pracovníci, ktorí prichádzajú pracovať do rozvojových krajín sa ale musia vyrovnávať s viacerými odlišnosťami medzi prácou v zdravotníckom zariadení vo svojej krajine a v krajinách rozvojových. Tie spočívajú nielen v odlišnom spektre ochorení, s ktorými pacienti prichádzajú na ošetrovanie, ale aj v odlišnostiach, týkajúcich sa organizácie zariadenia a organizácie práce v takomto zariadení, v komunikácii s domácim personálom, často len s minimálnym zdravotným vzdelaním a v neposlednom rade sa týkajú aj odlišných nárokov na fyzický a psychický stav pracovníka. Dostatočná príprava týchto zdravotníkov zohráva nesmierne dôležitú úlohu.

Vzhľadom na uvedené skutočnosti sa príprava zdravotníckych pracovníkov pre podmienky práce v rozvojových krajinách musí týkať stránky: 1. odbornej, 2. organizačnej, 3. fyzickej a 4. psychickej. (1,3)

Odborná príprava

Podľa typu zdravotníckeho zariadenia starostlivosť o pacientov môže byť len ambulatného typu alebo sa ambulatná starostlivosť spája s lôžkovou časťou.

Ambulatná časť je vo väčšine prípadov delí na časť chirurgickú a časť zameranú na pacientov s nechirurgickými ochoreniami. Lôžková časť sa delí najčastejšie na chirurgické oddelenie, interné oddelenie, pediatrické a gynekologické oddelenie.

Vo väčšine vyspelých krajín tvoria hlavnú časť pacientov chorí s ischemickou chorobou srdca, hypertenziou a ďalšími ochoreniami na podklade aterosklerózy, onkologickí pacienti atď. V rozvojových krajinách je spektrum pacientov odlišné. Väčšinu tvoria pacienti s rôznymi typmi infekčných chorôb ako sú malária, črevné parazitózy, infekcie horných a dolných dýchacích ciest, infekcie uropoetického traktu, pohlavne prenosné choroby, uštipnutie jedovatými hadmi a pod., osobitnú skupinu tvoria pacienti s infekciou HIV a rozvinutými príznakmi AIDS. Pre mnoho rozvojových krajín je ďalším faktorom komplikujúcou situáciu prebiehajúci ozbrojený konflikt, preto veľa pacientov prichádza so strelnými, bodnými a tržnými poraneniami, často závažnými a ohrozujúcimi pacienta na živote. (4)

Samostanú skupinu tvoria v rozvojových krajinách deti. Hnačky, pneumónia, osýpky, malária a malnutricia a veľmi často kombinácia týchto ochorení sú príčinou morbidita a mortality u detí do 5-tich rokov veku v rozvojových krajinách až v 70 % prípadov. (5,6)

Organizačná príprava

Organizácia zdravotníckych zariadení, personálne, prístrojové a liekové vybavenie nezodpovedá požiadavkám na kvalitné ošetrovanie pacientov.

Budovy zdravotníckych zariadení často nezodpovedajú už svojou stavbou požiadavkám zdravotníckeho zariadenia. Budovy sú poväčšine postavené z vlnitého plechu, ktorý je hlavne v tropických oblastiach príčinou neúmerne vysokých teplôt v miestnostiach, murované stavby sú vzácnosťou. Tiež nezodpovedajú hygienickým štandardom vzhľadom na fakt, že pacientov sprevádzajú príbuzní s množstvom osobných vecí, ktorí nahrádzajú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú personál nezvláda pri množstve práce. Personál navyše tvoria pracovníci s minimálnym zdravotníckym vzdelaním resp. bez zdravotníckeho vzdelania po absolvovaní základného vyškolenia v ošetrovateľskej starostlivosti. Laboratórne vybavenie umožňuje len základné vyšetrenia a niektoré zariadenia sú bez akejkoľvek možnosti laboratórneho vyšetrenia. To platí i o vyšetreniach zobrazovacích, i keď niektoré pracoviská sú vďaka donorom vybavené RTG prístrojom či sonografom. Anamnéza a fyzikálne vyšetrenie sú často jediným spôsobom, ako stanoviť u pacienta diagnózu. V neposlednom rade je tu problém jazykovej bariéry a dohovor s pacientom je väčšinou možný len s pomocou miestneho prekladateľa do angličtiny, ktorého znalosti sú navyše obmedzené.

Čo sa týka vybavenia liekmi, situácia je podobná. (1,4,6)

Fyzická príprava

Zdravotnícki pracovníci prichádzajú do rozvojových krajín do odlišných klimatických podmienok a to znamená pre ich organizmus, hlavne v prvých týždňoch značnú záťaž.

Práca, ktorú v rozvojových krajinách vykonávajú nemá často pevnú pracovnú dobu a je nutné ju vykonávať takmer 24 hodín denne, čo znamená ďalšiu záťaž pre organizmus.

Rozvojové krajiny v dôsledku nedostatku pitnej vody, nedostatočnej infraštruktúry, vojnových konfliktov a nedostatočného zásobenia potravinami nie

sú schopné poskytnúť dostatočne vyváženú stravu nielen obyvateľstvu, ale aj humanitárnym pracovníkom. Často nemajú pri jednostrannej strave dostatočný prísun vitamínov a minerálov.

Najväčším rizikom pre zdravie humanitárnych pracovníkov v rozvojových krajinách sú infekčné ochorenia, najmä v oblastiach trópv a subtrópv, ktoré môžu okrem domáceho obyvateľstva postihnúť aj zdravotníkov. Nevyhnutnou súčasťou prípravy je teda očkovanie podľa pokynov medzinárodnej zdravotníckej organizácie podľa oblasti, do ktorej zdravotník vycestuje a tiež ďalšia príprava ako napr. užívanie antimalarickej profylaxie v oblastiach s výskytom malárie a používanie ochranných pomôcok pri práci s pacientom a infekčným materiálom. (1,6)

Zdravotnícki pracovníci by mali prichádzať do rozvojových krajín pracovať v čo najlepšej fyzickej kondícii, v čo najlepšom zdravotnom stave a po absolvovaní povinného očkovania.

Psychická príprava

Okrem práce s chorými pacientmi sa zdravotnícki pracovníci stretávajú s následkami nedostatku finančných prostriedkov, vzdelania a ozbrojených konfliktov vo forme chudoby, podvýživy, násilia, páchaného najmä na deťoch a ženách.

Prevažná väčšina obyvateľstva neprejavuje snahu o zlepšenie situácie a ťažkých životných podmienok. Chýbajú im základné znalosti o hygiene, výžive detí, dospelujúcich a gravidných žien, nemajú prístup k pitnej vode, ich strava je jednostranná a chudobná na základné živiny, často jedia len jedenkrát denne alebo vôbec. V niektorých oblastiach je extrémne vysoká novorodenecká úmrtnosť i úmrtnosť rodičiek, sú oblasti, kde stále pretrvávajú pôvodné formy liečiteľstva ako napr. šamanizmus.

Akákoľvek zmena prístupu k zdraviu, hygiene a zlepšenie životných podmienok nevyžadujú len odstránenie chudoby. Vyžadujú najmä zabezpečenie prístupu obyvateľstva k vzdelaniu, informovanosť obyvateľstva o prevencii chorôb, získanie dôvery k západnému spôsobu liečby a tiež záujem o niektoré pôvodné spôsoby liečiteľstva, pretože sú ľahšie prijímané pacientami (napr. využitie kozieho mlieka v strave malnutričných detí, sušené mlieka deti často odmietajú).

Chudoba, podvýživa, vysoká chorobnosť a úmrtnosť najmä malých detí, nedostatok liekov, vybavenia, ťažké podmienky a v neposlednom rade dlhodobé odlúčenie od domova predstavujú psychickú záťaž pre každého zdravotníka,

ktorý pracuje v týchto podmienkach. Zdravotníci by mali byť vopred oboznámení so situáciou v krajine, do ktorej vycestujú a byť dostatočne pripravení aj po psychickej stránke. (1,6)

Záver

Príprava zdravotníckeho pracovníka pre prácu v rozvojových krajinách má zahŕňať všetky uvedené zložky prípravy a mala by trvať dostatočne dlhý čas. Ani dokonale pripravený zdravotník sa však nevyhne pri tomto type práce neočakávaným a niekedy i extrémnym situáciám, v ktorých je nutné improvizovať.

Literatúra.

- [1] Blok L., Cereceda M., Gastellu-Etchegorry M., Henkens M., Rigal J., de Smet M., Weiss F., Grouzard V. (editors) (2006), *Diagnosis and treatment manual for curative programmes in hospitals and dispensaries*, 7th ed., pp. 11-16. Médecines Sans Frontières.
- [2] GL Mandell et al., eds., *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practise of Infectious Diseases*, 6th ed., pp. 83-126. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- [3] DL Kaspar et al, edc., *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th ed., pp. 71-90. New York: McGraw-Hill
- [4] <http://www.zgxl.net/eng/health/disease/infectiousdiseases>
- [5] Ryan KJ, Ray CG (editors) (2004), *Sherris Medical Microbiology*, 4th ed., McGraw Hill, 876-9.
- [6] Eddleston M., Davidson R., Wilkinson R., Pierini S., *Oxford Handbook of Tropical Medicine*, 2nd ed., pp. 3-13. Oxford University Press 2006
- [7] Bongard S.F., Darryl Y.S., *Current Critical Care*, 2nd ed., pp. 640-655. Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2003.

Kontaktné údaje

MUDr. Jaroslava Kráľová, PhD.

MUDr. Barbora Cigáňová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Saturácia potreby komunikácie u pacienta s infaustnou prognózou

Jarmila Kristová, Vlasta Závodná

Abstrakt

Dominantným problémom pacientov s infaustnou prognózou je uvedenie si demarkácie vlastnej existencie. Tento fakt významne ovplyvňuje prežívanie a správanie tejto skupiny pacientov. Na jednej strane si uvedomujú ireverzibilnosť situácie, na druhej strane sa jej zúfalo bránia. Jedným článkom komplexnej zdravotnej starostlivosti o zomierajúcich pacientov sú sestry. V interpersonalite uplatňujú variabilitu terapeutickú alianciu, ktorej nevyhnutnou súčasťou je aj produktívna komunikácia.

Kľúčové slová

Paliatívna starostlivosť. Zomierajúci pacient. Potreba komunikácie. Axiómy funkčnej komunikácie.

Abstract

Dominant problem of the patients with hopeless prognosis is considering limits of their own existence. Life and behaviour of this group of patients is significantly influenced by this fact. On one hand they consider unequivocalness of their situation, but on the other hand they defend desperately themselves. Nurses are one item of the complex health caring of dying patients. In their psychological attitude they realise variability of the therapeutic alliance. Productive communication is its unnecessary part.

Key words

Paliative caring. Dying patients. The need to communicate. Axioms of functional communication.

Úvod

Za východiská predmetnej problematiky možno považovať na národnej úrovni koncepciu zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane

hospicovej starostlivosti č. 17463/OZS zo dňa 19. 6. 2006 s účinnosťou od 1. júla 2006 (MZ SR). Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacienta a ich rodín zoči–voči život ohrozujúcej chorobe tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie. Paliatívna starostlivosť zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom (diagnostiku a liečbu), ošetrovateľskú starostlivosť, psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, rehabilitáciu, liečebno–pedagogickú starostlivosť u detí, sociálne poradenstvo a starostlivosť o pozostalých. Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou. V bazálnej línii je zameraná na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliciteľnou chorobou a zomierajúceho pacienta.

Profesijná komunikácia

Rola sestry – komunikátorky je významná a zasahuje do všetkých oblastí jej činností. Sestra v interpersonálnych kontaktoch s umierajúcim pacientom nevystačí so stereotypnými komunikačnými modelmi štandardne používanými, ale je nevyhnutné, aby cielene využívala prvky funkčnej – produktívnej komunikácie. Tieto umožňujú zomierajúceho pacienta lepšie vnímať, pozorovať a chápať. Komunikácia s pacientom s infaustnou prognózou smeruje k formulácií toho, čo potrebuje, čoho je schopný a čo je ochotný akceptovať.

Potreba komunikácie

Potreba sa ako psychologická kategória definuje ako stav narušenia vnútornej rovnováhy v ľudskom organizme. Holistický pohľad na pacienta predpokladá harmóniu s bio–psycho–sociálno–spirituálnym modelom zdravia a choroby. Z tohto aspektu je nevyhnutné brať do úvahy potreby pacienta s infaustnou prognózou vo všetkých týchto rovinách. Zároveň je potrebné si uvedomiť fakt ekvilibračie medzi nimi.

Potreba komunikácie v rámci klasickej kategorizácie patrí do skupiny sekundárnych – sociálnych potrieb, v intenciách Maslowovej hierarchie potrieb ju možno zakategorizovať do skupiny potrieb vyššej úrovne – spolupatričnosti, v modeli Domu životných potrieb (Chloubová) sa nachádza v strednej úrovni spoločne s potrebami lásky, dôvery, spolupatričnosti, priateľstva, identity a pozitívneho vzťahu. Potreba komunikácie zo strany zomierajúceho pacienta

má prvky plasticity. Jej obsah a smerovanie variuje v závislosti od viacerých faktorov – napr. veku, aktuálnej nálady, štádia prežívania zomierania, postoja k smrti, spôsobu prežitého života, skúseností, sociálnych vzťahov ap. Ak pacient žiada o predčasné ukončenie svojho života, možno to do určitej miery vyhodnotiť ako signál, že na niektorej úrovni potrieb pociťuje deficit. Aj v tejto situácii slúži komunikácia ako prostriedok na zistenie.

NANDA taxonómia v súvislosti s potrebami zomierajúcich pacientov uvádza najčastejšie sa vyskytujúce tieto zmeny v sociálnych potrebách zomierajúcich pacientov – city osamelosti, poruchy adaptácie, poruchy sociálnej izolácie, poruchy plnenia sociálnych rolí, sociálnu izoláciu a poruchy a deficit komunikácie.

Komunikačné axiómy so zomierajúcim pacientom

Cieľom sestry v komunikácii so zomierajúcim pacientom je nielen poskytnúť mu penzum informácií (obsahová zložka komunikácie), ale predovšetkým citovú zainteresovanosť (triadické počúvanie – sluchom, zrakom a srdcom). Elementárne axiómy funkčnej komunikácie s pacientom s infaustnou prognózou sú:

- komunikovať o tom, o čo má zomierajúci záujem,
- neoponovať jeho nádeji na život, resp. poskytnúť mu nádej na pokojnú smrť,
- akceptovať jeho názory – nediskutovať o tom, čo je a nie je reálne,
- neorientovať témy na náročné filozofické úvahy a problémy (iba v prípade záujmu zomierajúceho),
- využiť ticho ako prejav účasti a rozjímania s uplatnením pozitívnych prejavov haptiky,
- poskytnúť mu priestor na bilancovanie rozličných období života, spomínanie, resp. oznámenie utajovaných skutočností,
- rešpektovať jeho vieru aj napriek iracionálne prezentovaným magickým praktikám – zákaz kritizovať odklon od vedeckých poznatkov,
- prisľúbiť mu, že posledné slová či vyrieknuté posolstvo budú odovzdané príbuzným,
- aktívne ho počúvať,
- nabádať ho ku komunikácii,

- neodhadovať čas, ktorý zomierajúcemu ostáva,
- rešpektovať jeho reakcie,
- nemoralizovať, neopravovať ho,
- nenapovedať, čo má zomierajúci cítiť,
- vyvarovať sa komunikačných fráz,
- neurčovať limity na komunikáciu,
- nevnučovať pravdu, ak si ju nepraje počuť,
- ponúknuť pomoc,
- prejaviť empatiu predovšetkým na neverbálnej úrovni,
- nepripustiť komunikačnú izoláciu.

V celej línii komunikácie sestra rešpektuje jedinečnosť a individualitu každého zomierajúceho v zmysle zásady *primum non nocere*. Treba podotknúť, že neexistuje fixný návod ako komunikovať so zomierajúcim. Funkčnou komunikáciou však môže sestra pomôcť zomierajúcemu zoceliť sa, očistiť a dotvárať sa.

Záver

Môcť komunikovať je výsadou podstaty človeka od narodenia až po smrť. Vo finálnom štádiu životnej existencie by pacient nemal zostať sám. Slovom „sám“ nemáme na mysli sociálnu izoláciu. Do antepozície sa dostáva ľudský rozmer sestry so všetkými atribútmi smerujúcimi nielen k povinnosti zmierňovať utrpenie, ale aj k saturácii variability potrieb, potrebu komunikácie nevynímajúc.

Literatúra

- [1] Kristová, J. 2009. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.
- [2] JANKECHOVÁ, M. – OTRUBOVÁ, J. 2009. Vedenie ošetrovateľskej dokumentácie v hospici. In Zborník z 8. Konferencie Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii. Martin: JLF, Ústav ošetrovatelstva, 2009. s. 554-563. ISBN 978-80-88866-61-9.

Kontaktná adresa

Doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava,
Palackého 1

810 00 Bratislava

Slovenská republika

e-mail: kristova@szsba.sk

Prof. PhDr. Vlasta Závodná, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej
zdravotníckej univerzity, Bratislava, Slovenská republika

Monologické didaktické metódy v ošetrovatel'stve

Helena Kuberová

Abstrakt

Pre súčasnú etapu vývinu našej spoločnosti a meniace sa spoločenské podmienky ošetrovateľskej praxe je charakteristická tendencia, ktorá smeruje k posilňovaniu významu výchovy a vzdelávania v podmienkach demokratickej spoločnosti. Predpokladá to prípravu sestier pre ošetrovateľskú prax a budúcich učiteľov ošetrovatel'stva, ktorí budú flexibilní, tvoriví, samostatní, s veľkým priestorom voľnosti pri realizácii edukačného procesu s konečným a najdôležitejším cieľom spokojnosti a zvýšenia kvality života každého účastníka výchovno – vzdelávacej činnosti.

Kľúčové slová

Monologické didaktické metódy v edukácii.

Využitie monologických didaktických metód v ošetrovatel'stve

Slovné metódy sa delia podľa Petláka (2004) na **monologické a dialogické**. Monologické metódy môžeme charakterizovať ako výklad, ak zdrojom poznatkov je slovo edukátora. K týmto metódam patrí rozprávanie, vysvetľovanie, opis a prednáška. Základom monologickej metódy je živé, hovorené slovo - monológ učiteľa, edukátora, ktorý logicky, presne a postupne vysvetľuje učivo, uvádza fakty a rieši úlohy. Realizácia tejto metódy si vyžaduje od učiteľa schopnosť a umenie hovoriť (rétorika), vcítiť sa do vedomia učiacich sa a rozumieť rozličným neverbálnym prejavom ich správania sa. Nepretržitý, súvislý výklad učiteľa by nemal byť dlhší ako niekoľko minút, najviac 15 - 20 minút. Na efektívnu realizáciu metódy vysvetľovania, opisu, rozprávania sú odporúčané viaceré opatrenia. Na začiatku edukácie je potrebné sformulovať jej ciele, aby boli jasné, jednoznačné a motivujúce. Učivo je vhodné rozdeliť na logicky ucelené časti, pritom rešpektovať didaktické zásady postupnosti a primeranosti. Pre lepšie zapamätania dôležitých poznatkov je vhodné využívať tabuľu, spätný projektor, či iný prostriedok, na ktorý sa súčasne s vyslovením zapisujú hlavné myšlienky, pojmy, vzťahy a pod. Kľúčové prvky učiva je vhodné prezentovať technikou „**ruleg**“. (**rule** – pravidlo, kľúčový prvok učiva,

eg – example - príklad). Zaujímavý, logicky usporiadaný a stručný výklad, či vysvetľovanie majú byť spojené s praktickými ukážkami a možnosťou precvičovania. Edukácia má mať rýchly spád, ale na strane druhej, jej tempo má jedincom umožniť sledovanie i robenie si poznámok. Obsah učiva nadväzuje na predchádzajúce vedomosti a skúsenosti učiacich sa, a je spojený s praxou. Vhodné sú vnútropredmetové a medzipredmetové vzťahy. Pre lepšie zapamätanie učiva je vhodné záverečné zhrnutie a opakovanie najdôležitejších poznatkov. Potrebné je tiež vedieť, že človek si zapamätá až 90% z toho čo sám skúsi a to je pre rozvoj psychomotorických zručností jedinca v edukácii najdôležitejšie. Poznatky sa stávajú jeho skutočným osobným vlastníctvom (porov. Turek, I., 1998, s. 213).

V procese edukácie pôsobí nevhodne a ako prekážka cieľavedome a efektívne vedenej edukácie monologická metóda prednášky. **Prednáška** v edukácii v ošetrovatelstve je najmenej vhodnou a skoro neúčinnou didaktickou metódou, preto by sa mala používať čo najmenej a to tiež len vo veľmi citlivo vybraných situáciách. Vhodnejšie sú dialogické metódy, ku ktorým patrí rozhovor a beseda. Medzi ďalšie slovné metódy, ktoré majú osobitné postavenie a viaceré sa dajú využiť pri edukácii v ošetrovatelstve, patria: vysvetľovanie, (napr. aj s praktickou ukážkou pre rozvoj zručností a sebestačnosti), tiež súhlas, pochvala, povzbudenie, presvedčovanie. V osobitných prípadoch nesúhlas, pokarhanie a ojedinele adekvátny trest (zákaz niečoho). Sestry a študenti ošetrovatelstva, ktorí s edukáciou v ošetrovatelstve začínajú, si často zvolia prednášku ako metódu edukácie, ktorá sa v hodnotení edukácie neskôr ukáže ako málo efektívna, a preto je v individuálnej edukácii nevhodná. Edukátor by nemal byť počas edukácie viazaný na písomnú prípravu a nikdy by ju nemal len čítať. Počas edukácie by mal byť edukátor zručný v pozorovaní a diagnostike do tej miery, že dokáže cieľavedomo viesť edukanta k úspešnému splneniu cieľa. Platí aj to, že edukátor by sa nemal mýliť a ak áno, tak sa ospravedlní.

Didaktická metóda tlačeného slova v ošetrovatelstve

Didaktická metóda tlačeného slova je veľmi frekventovanou metódou, ktorá sa používa v edukácii v ošetrovatelstve Ide o najbežnejší a najpresvedčivejší spôsob odovzdávania poznatkov. Zdrojom informácií týchto slovných metód je tlačená alebo písaná reč. Výchovné pôsobenie slovom je v praxi veľmi účinné, pretože ho možno použiť kedykoľvek. Vhodne formulované slová vo vhodnom čase dodávajú pacientom sebadôveru, povzbudzujú ich pri zvládaní svojho ochorenia. Aby táto metóda splnila účel, je dôležité, aby prejav sestry či iného

zdravotníckeho pracovníka, bol premyslený a v súlade so zásadami zachovania zdravia a kvality života. Ďalším zdrojom poznatkov sú písomné informácie z kníh a iných zdrojov tlačeného slova. Jej výhoda spočíva v možnosti ovplyvňovania veľkého počtu obyvateľstva prostredníctvom určitého textu. Metóda tlačeného slova predstavuje prípravu materiálov o problematike zachovania či obnovy zdravia v súlade so všetkými zásadami edukácie v ošetrovatelstve. Týka sa aktuálnej potreby podľa danej situácie pacienta alebo dlhodobého ovplyvňovania vybranej skupiny. K formám tlačeného slova patrí leták, brožúra, článok, kniha, časopis, v novej podobe sa k nim môžu zaradiť **informácie z internetu**.

Metóda práce s knihou patrí medzi slovné, ale aj názorné didaktické metódy. V čase explózie informácií si vyžaduje, aby bola aj dnes jednou z hlavných úloh našich škôl a edukácie v ošetrovatelstve. Permanentné celoživotné vzdelávanie a sebavzdelávanie vyžaduje pracovať s textom s porozumením a následným využitím informácií v živote. K vzťahu ku knihám vedieme jedincov od útleho veku. U detí používame knihy s monotematickými obrázkami, neskôr leporelá so zvieratkami v pohybe a pokračujeme čítaním krátkych rozprávok, ktoré si spolu prerozprávame, čím zistíme, čo si dieťa zapamätalo. Knihy spolu nielen čítame, ale učíme deti aj s nimi zaobchádzať, aby ich nepoškodzovali a vedeli ich odložiť na správne miesto, čo ich učí poriadkumilovnosti a zodpovednosti. Vzťah ku knihám a informáciám, ktoré prinášajú a hlavne ich čítaním rozvíjame slovnú zásobu čitateľov. Súčasťou schopnosti učiť sa je aj schopnosť pracovať s knihou, učebnicou, so študijnou literatúrou, s časopismi a s písaným textom vôbec.

Pri učení sa z učebnice by si mali jedinci osvojiť tento postup:

- Pozorne a naraz prečítať celý text.
- Ešte raz prečítať celý text a rozčleniť ho podľa významu, logiky na relatívne samostatné časti – mikrotémy.
- Každú mikrotému prečítať samostatne a vyčleniť jej oporné body.
- Oporné body, t.j. vety, ktoré sú nositeľom základného významu, pokúsiť sa vyjadriť vlastnými slovami.
- Mikrotémy redukované na oporné body písať postupne, čím vznikne plán.
- Dôkladne preštudovať obrázky, schémy a fotografie, ak sú súčasťou textu.

- Ak si jedinec uchoval v pamäti oporné body a vie ich vysvetliť v určitej postupnosti, má v hlave logickú schému, ktorú si udrží oveľa ľahšie ako celý text.
- Pomocou plánu, prípadne konspektu si nahlas opakovať celý text, až kým ho nevie naspamäť.
- Bez nahliadnutia nahlas opakovať, kým si nedokáže zopakovať celý text (žiaľ vedie to k memorovaniu, ktorému by sme sa mali vyhýbať a mali by sme skôr dbať na porozumenie textu a jeho voľnú interpretáciu vlastnými slovami pri odpovedi!).
- Potichu, v mysli, pre seba si zopakovať osvojené učivo.
- Ak sú súčasťou textu úlohy, dôkladne ich vyriešiť.
- Priebežne by si mal jedinec klásť otázky: Čo je to? Aký to má význam? a najmä Prečo? (porozumenie, pochopenie informácií).

Efektívna realizácia metódy práce s knihou predpokladá aj primeranú obsahovú i formálnu úroveň učebníc.

Rozprávka ako alternatívna didaktická metóda v ošetrovatelstve

Rozprávka a úloha rozprávky bola v minulosti chápaná len ako príbeh určený deťom a bola často podceňovaná jej úloha. Rozprávky pomáhajú človeku zahĺbiť sa do svojho vnútra a pozeráť na problémy vonkajšieho i vnútorného sveta pravdivými očami. Symbolika rozprávky pomáha objaviť vnútorný svet, odhaľovať nenásilnou formou negatíva a ukazuje určitý spôsob vedúci k pravdivej pozitívnej zmene. Rozprávka je určitým mostom medzi reálnym svetom a fantáziou. Deti, no často aj dospelí sa identifikujú s hlavným hrdinom, citovo prežívajú jeho príbeh a veria, že tak ako v rozprávke všetko smeruje k pozitívnemu rozuzleniu, dôjde k takému aj v ich situácii. Príbeh tak pomáha prekonať ťažké životné situácie, prináša nádej, povzbudenie, pomáha riešiť konfliktné či život ohrozujúce situácie, akými sú strata zdravia a tým mnohé ťažké ochorenia. Rozprávka pomáha jednoduchým spôsobom poznať aj duchovné zákonitosti života, je odrazom morálnych hodnôt a cností, podáva nový návod na život. V mnohých rozprávkach je nadčasová hodnota, hlboká múdrosť platná rovnako v histórii i súčasnosti. Sympatická je v tom, že dobro v nej víťazí nad zlom, pomáha riešiť podobné situácie, s akými sa jedinec stretáva v živote. Naučí sa vytvárať vzťahy k súrodencom, rodičom či iným

ľuďom. Jedinec sa naučí ako zvládnuť neistotu a strach, tiež ako nadobudnúť správny zmysel života. Dieťa sa postupne pomocou rozprávky naučí krok za krokom prekonávať prekážky v životných situáciách a tým sa rozvíja jeho emocionálna inteligencia.

Biblia ako alternatívna didaktická metóda v ošetrovatel'stve

Biblia ako vzor sociálneho správania nachádza aj v edukácii v ošetrovatel'stve svoje miesto na vnímanie a poznanie zmyslu prežívanej situácie spojenej s chorobou. Trstenský (2007)

uvádza: *„Častým spôsobom spoznávania posolstva Svätého písma je tzv. akomodačný zmysel. Využíva sa najmä v homílii a v katechéze, keď sa biblická udalosť „prispôsobuje“ súčasnosti vzhľadom na aktuálne podmienky a problémy. Pekným príkladom je adaptácia Ježišových podobenstiev. Blahoslavení, ktorí sa dokážu zo seba smiať, lebo sa budú zabávať. Blahoslavení, ktorí sa dokážu odmlčať a počúvať iných, lebo sa môžu dopočuť a naučiť mnoho nového. Blahoslavení ste zvlášť vtedy, keď v každom, s kým sa stretnete, spoznáte človeka, lebo vám patrí ozajstný pokoj a istota. Pri tomto spôsobe je však potrebná opatrnosť, aby nedochádzalo k násilnému prispôbovaniu a zosmiešňovaniu biblického textu. V dobe speváckych idolov a hereckých vzorov je potrebné predkladať vzory – obrazy predovšetkým sociálneho správania postáv Svätého písma a vhodným spôsobom ich adaptovať na dnešok. Kresťanská tradícia sa počas celých svojich dejín neustále vracia k postave Abraháma ako vzoru viery, k Mojžišovi ako vzoru orodovania, Dávidovi ako vzoru pokánia, Pavlovi ako vzoru horlivosti,... Je dôležité umožniť žiakom a študentom, aby osobne odkrývali tieto vzory v práci s biblickým textom a konfrontovali s nimi vlastnú situáciu. Nezabúdajme ich však vždy jemne usmerniť. Biblia ponúka aj príklady mylného správania. (Dávidov hriech, Petrovo zapretie, atď.) Túto biblickú pravdivosť môžeme múdro využiť v katechéze, aby aj mladí ľudia taktó pravdivo a trievo dokázali pozerieť na seba samých, na svoje myslenie a konanie“ (Trstenský, F., 2007, s. 12).*

V edukácii v ošetrovatel'stve môže slúžiť Biblia ako vzor v uzdravujúcom procese a tiež v prístupe k sebe samému a svojmu telu stvorenému na obraz Boží. Taký človek zvažuje, či bude viesť svoj život v rozpore s uvedenými zásadami konania a postupne sa aspoň bude zamýšľať nad tým, aby jeho životospáva bola v súlade s požiadavkami kresťanského života.

Záver

Budúcnosť každej spoločnosti je podmienená výchovou a vzdelávaním. Vzdelaný človek je veľkým prínosom pre spoločnosť, v ktorej žije. Od sestier v oblasti edukácie, tiež od učiteľov pripravujúcich sestry či zdravotníckych asistentov, sa právom očakáva kvalifikovaný etický a odborný prístup k chorým, klientom, rodinám, komunitám a k študentom. Edukácii v ošetrovatelstve a jej správnej realizácii z odborného didaktického hľadiska sa musí venovať náležitá pozornosť, lebo zdravie človeka ponímané z holistického hľadiska je veľmi citlivá záležitosť. Nekompetentný a neetický prístup k pacientovi, nesprávne zvolené informácie, ich spôsob podania, nesprávny výber metód a iné didaktické chyby môžu pôsobiť škodlivo na chorého človeka, prípadne znemožniť jeho návrat k zdraviu.

Monologue Didactic Methods in Nursing

Abstract

Current stage of development in our society and changing social conditions in nursing care are characterised by a tendency leading to emphasis on education in democratic society conditions. It assumes preparation of nurses for nursing practice and future teachers of nursing who will be flexible, creative, and independent with lots of freedom to carry out process of education with its final and most important goal – to ensure, for every participant in learning-teaching process, satisfaction and enhancement of quality of life.

Key words

Monologue didactic methods in education.

Use of monologue didactic methods in nursing

Verbal methods are divided, according to Petlák (2004), into **monologue** and **dialogue**. Monologue methods may be characterised as an exposition if the knowledge is passed on by an educator. These methods include narration, explication, description and lecture. The basis is a spoken word – teacher's, educator's monologue in which he or she accurately and step by step in logical order explains learning matter, states facts and solves tasks. To implement this method teacher is required to have good rhetorical skills, to be able to empathize with learners and understand various non-verbal behaviour displays. Constant exposition should not be longer than several minutes, maximum 15 - 20 minutes. For this method to be implemented effectively there are several steps to follow. In the beginning it is vital to state the aim of education so that they are clear, unambiguous and motivational. It is good to divide the matter into logically closed parts and respect the principles of sequence and suitability. A blackboard, OHP or other devices that are used to accompany spoken words with recording main ideas, conceptions and relations are suitable to support remembering key knowledge. It is good to present key information using so called "**ruleg**" technique (a rule combined with an example). An interesting, logically ordered and short exposition should be connected with practical demonstrations and possibility to practice. Education should be of a certain cadence but on the other hand, its tempo should allow following ideas and making notes. Learning content relates to learners' previous knowledge and experiences and is connected with practice. Inner and interdisciplinary relations

are useful. Final summary and revision of key ideas and knowledge is important. It is necessary to bear in mind that a man remembers 90% of what he or she tries to do and this is the most important for psychomotoric skills development. Knowledge becomes his or her real personal property (see Turek, I., 1998, s. 213).

Lecture is seen in the process of education as an inappropriate method and an obstacle in purposeful and effectively carried out education. When talking about education in nursing, **lecture** is the least suitable and almost non-effective method, therefore it should be used as little as possible and in carefully chosen situation only. Methods of dialogue like conversation, discussion are more suitable. Other verbal methods that has a special position and several may be used in education in nursing include explication (with e.g. practical demonstration to develop skills and independence), approval, praise, encouragement, persuasion. In special cases disapproval, rephension and in isolated cases adequate punishment (prohibition) can be also used. Nurses and students of nursing who are starting with education in nursing often choose a lecture as a method of education which, later in the process of evaluation, seems to be not very effective and therefore not suitable for individual education. An educator should not stick to written notes and they should never be only read. When performing education, an educator should be skilled in observation and diagnostics so that he or she could lead his or her educant towards successful goal achievement. An educator should not make mistakes, if he or she does, an apology is required.

Printed word as a method in education in nursing

This method is very often used in education in nursing. It is the most common and most persuasive method in which the knowledge is passed on. The source of information here is printed or spoken speech. Words have great impact in practice because they can be used any time. Right words at the right time helps patient believe in themselves, encourage them in coping with their illness. To be effective, the speech of nurse or other health care worker must be well thought and in harmony with principles of maintaining health and quality of life. Another source of knowledge is written information from books and other printed sources. This method has a great advantage of influencing large population through a certain text. Method of printed word represents preparation of materials on issues of maintaining or restoring health in harmony with all principles of education in nursing. It deals with needs of a patient in a specific

situation or a long-term influence on a chosen group. Forms of printed word include leaflets, brochures, articles, books, magazines and a new form of Internet information.

Method of using books could be described as a verbal but also a demonstrative method. Times of information boom qualify it to be one of the main tasks of our schools and education in nursing. Permanent lifelong learning and self learning calls for working with reading comprehension and subsequent use of the information in life. Since childhood people are shown how to like books. With children books with monothematic illustrations are used, later folding picture books with animals in motion and short stories that we retell and thus find out what the child remembers. Books are not only read but we also teach children how to take care of books, how not to damage them and how to be able to put the book away which teaches children to be neat and responsible. Relations to books and information that they bring us develop vocabulary of readers. Ability to work with books, textbooks, study literature, magazines and written texts in general is a part of ability to learn.

When learning from a textbook people should follow these steps:

- Read the whole text carefully.
- Read the whole text one more time and divide it into relatively independent logical parts – micro topics - according to their meaning
- Read each micro topic individually and identify its key information.
- Try to express key information in your own words
- Write micro topics reduced to key words one by one so that a plan is created.
- Study the pictures, schemes, photos, if they are a part of the text, carefully.
- If a person has remembered this key information and is able to explain them in a certain order, he or she has a logical scheme that is remembered more easily.
- Revise the whole text out loud with the help of the plan or a synopsis until they are able to say it by heart.
- Revise the text out loud without the help of a plan or synopsis until they are able to say it by heart (unfortunately this leads to memorizing which

should be avoided and we should emphasize text comprehension and its interpretation using one's own words).

- Revise the learnt matter in silence.
- If there are tasks, solve them properly.
- A person should ask himself: *“What is it?”*, *“What is the purpose?”* and mainly *“Why?”* (understanding information).

Effective implementation of using books method also assumes appropriate level of textbook content and form.

Fairytales as an alternative didactic method in nursing

Fairytales and their role were in the past considered as stories for children and their role was often underestimated. Fairytales help people go deep into their inner souls and look at problems of inner and outer world through the eyes of truth. Symbolism in fairytales help discover inner world, reveal negatives in a non aggressive way and show a certain way leading to a true positive change. Fairytales are a bridge between a real world and fiction. Children, but often adults as well, identify themselves with a main hero, live out his or her story and believe that like in a fairytale all is leading to a happy end, this would also be the case for them. The story thus helps overcome difficult life situations like losing health and serious illnesses. Fairytales help to know spiritual principles of life; they reflect moral values and virtues, offer new direction in life. In many fairytales we can find timeless value, profound wisdom valid in the past as well as today. What makes fairytales so appealing is the fact that good wins over evil; they help solve similar situations that people encounter throughout their lives. They teach how to build relationships with siblings, parents or other people, how to handle insecurity, fear and find the right meaning of life. Step by step, with the help of fairytales, a child learns to overcome obstacles in life situations and thus his or her emotional intelligence is being developed.

Bible as an alternative didactic method in nursing

Bible as an example of social behaviour has its place in nursing education; it enables to apprehend and know the sense of situations connected with the illness. Trstenský (2007) states: *“One of the most common ways to acknowledge the message of the Bible is so called accommodation. It is used mainly in homilies and catechesis when a Biblical event is “adopted” to the*

present considering current conditions and problems. A nice example of this could be how parables of Jesus are adopted. Blessed are those who can laugh at themselves as they will be amused. Blessed are those who can stop talking and listen to others because they can hear and learn a lot. You are blessed especially when in every person you meet you see a human, because the real peace and security is yours. When choosing this way it is necessary to be careful to prevent unnatural accommodation and mocking of Biblical texts. In times when idols are singers and actors it is important to offer examples – images of mainly social behaviour of Biblical characters and adopt them to the present. Christian tradition still goes back to Abraham as an example of faith, to Moses as an example of pleading, David as an example of repentance, Paul as an example of eagerness... It is important to enable student to reveal these examples on their own through work with Biblical text so that they could confront their own situation. Do not forget to guide them a little. The Bible also offers examples of wrong behaviour (David's sin, Peter's denial, etc.) This Biblical truth may be wisely used in catechesis so that also young people could look at themselves, their thinking and actions in truth and straight."

Education in nursing can use the Bible as an example in healing process and in approach to oneself and the body created as God's image. This kind of person would contemplate leading their life in contrast to above mentioned principles and gradually gets to thinking about his lifestyle to be in harmony with what is required from a Christian.

Conclusion

Future of every society is conditioned by education. An educated person is of a great contribution to the society he or she lives in. Nurses in the field of education, teachers preparing nurses or health care assistants are therefore rightly required to take up a fully qualified ethical and professional approach towards the ill, clients, families, communities and students. Education in nursing and its correct implementation must be paid a great deal of attention as human health in a holistic view is a very sensitive matter. Non competent and non-ethical behaviour towards a patient, wrongly chosen information, the way this information is passed on to a patient, wrong choice of methods and other didactic mistakes may have a harmful effect on an ill person, in worst case make his or her return to health impossible.

Bibliografia/Bibliography

- [1] KUBEROVÁ, H.: Didaktika ošetrovateľstva. Ružomberok: FZ KU, 2008. 192 s. ISBN 978-80-8084-386-1
- [2] PETLÁK, E.: 1997, Všeobecná didaktika, Bratislava: IRIS, ISBN 80-88778-49-2
- [3] TRSTENSKÝ, F.: 2007, Biblia ako vzor správania. IN: Katolícky učiteľ. Ročník II., č. 4/2007/08, registračné č. 3613/2006.
- [4] TUREK, I.: 1998, Zvyšovanie efektívnosti vyučovania. 2. vydanie, Bratislava: EDUKÁCIA, 1998, ISBN 80-88796-89-X

Kontaktné údaje

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
FZKU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: helena.kuberova@ku.sk

Sebereflexe sestry v kontaktu s umírajícím

Jana Kutnohorská

Abstrakt

All of us wish to die in dignity, with our dear around us, without pain. Dying can come unexpectedly, a person who was enjoying life can be changed in a ruin during a short while. What seemed as granted – enjoyment of life - is disappearing into distance. You cannot get prepared for dying and death, no-one can be sure that the moment of death hits as a hard fist. This is the fact that we have to accept. However, we can be prepared for accompanying, and we need for that to perceive our experiences, our values, our selves.

Klíčová slova

Komunikace, sebereflexe, sestra, umírající, vědomí

Úvod

Zdravotničtí profesionálové jsou těmi, kteří se setkávají se smrtí často. Fyzická blízkost a tělesný kontakt s umírajícím ještě nemusí znamenat skutečnou blízkost a porozumění. V návaznosti na nepříjemné a zátěžové situace, se kterými jsou lidé konfrontováni, vzniká charakterová obrana. Jedná se o takové prožívání a jednání, které je založeno na vytěsnění nepříjemných prožitků mimo vědomí a nutí jedince jednat způsobem, aby nedošlo k prožitku nechtěných a nepříjemných emocí.

Obsah

"Sestra je pacientovi nejbližší, často se stává jeho důvěrníkem. V interakci s pacientem a jeho rodinou se musí chovat tak, aby nepřeslechla signály, které sdělují, že něco není v pořádku." (Krátká, 2007, s. 37). Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od sester a dalších zdravotnických pracovníků dostatek informací, které jim pomohou při rozhodování o léčbě, umožní reálně zhodnotit situaci a připravit se na budoucnost.

K osobnostní výbavě našeho vlastního „já“ by měla patřit schopnost přemýšlet o sobě, upevňovat své psychické jistoty, odpouštět, umět zvládat osobní prohry. Ten, kdo je schopný přijmout vlastní zranitelnost, má zkušenost pro sebe i své

pacienty. Dokážeme dávat pouze tehdy, když si uvědomujeme své vlastní potřeby, když víme, že máme co nabídnout. Pomocí sebeuvědomění, sebezpozorování si lze upevňovat vlastní identitu, která je utvářena i prostřednictvím identivních příběhů. Identita není vlastnictví povahových rysů, je třeba ji chápat reflexivně jako biografický projekt. Projekt identity staví na tom, co si o sobě v jisté chvíli myslíme (ve světle naší minulé i současné situace) a na tom, čím bychom rádi byli v rámci vývoje očekávané budoucnosti. (Barker, 2006, s. 176)

Pohled filozofie a teologie v současné době hovoří o smrti jako o konci osobního životního příběhu. Umírající hledá odstup a reflektuje sám sebe. Umírání poskytuje možnost objevit smysl uplynulého života jako celku. Rozhodne-li se někdo vyprávět svou vlastní historii, zjistí, že jeho život a životní události nesou stopy „dlouhého bádání“ (Girard, 2008, s. 6-7) K životnímu příběhu patří schopnost určitého minimálního uvědomění a personální svobody, a tím interpersonální komunikace, která patří mj. k složkám podporujícím zachování důstojnosti pacienta. (Rotter, 1999, s. 87)

Reflexe znamená obrácení pozornosti od vnějších projevů ke vnímání, poznávání a myšlení o sobě samém. Pokud se tématem reflexe stává vlastní já, hovoří se o sebereflexi, hranice ovšem není nijak ostrá. Významnou roli v sebereflexi mají komunikační dovednosti. Obojí pomáhá uzavřít individuální biografický příběh. *„Tak jako končí dráha střely v cíli, končí život ve smrti, která je tedy cílem celého života.“* (Jung, 1994, s. 110).

Rozhovor s umírajícím není jen výměnou slov a gest. Je to proces, pohyb mezi umírajícím/ pacientem a ještě ne umírajícím/ doprovázejícím - sestrou. Jestliže průvodce reflektuje sebe sama jako budoucího umírajícího, umí se do svého pacienta vcítit a pochopit ho. (Pera, Weinert, 1996, s. 50) V rozhovoru bychom měli vedle slova věnovat pozornost i nevyslovené řeči těla. Většina chyb v rozhovoru vyplývá ze sebereflexe postojů doprovázejícího k životu a smrti. Nestáčí doprovázet jen s dobrými úmysly a láskou. Kdo se nedokáže vyrovnat sám se sebou, nemůže dobře pomáhat druhým. Při doprovázení umírajícího je nezbytně nutné znát i své vlastní pocity tváří v tvář vlastní budoucí smrti a je potřeba k ní zaujmout stanovisko. Doprovázející by si měl být vědom vlastních strachů, vzdorů, útěků před skutečností. Jen tak bude moci rozumět pocitům umírajícího (nakonec všech pacientů). (Pera, Weinert, 1996, s. 46) V uvědomění si sama sebe, v sebereflexi, v etickém přístupu k pacientovi a při respektování jeho důstojnosti, v poskytování naděje má efektivní komunikace mimořádný význam.

Rozhovory o umírání a smrti vyžadují mimořádné komunikační schopnosti. Při sebereflexi a komunikaci je potřeba si uvědomit:

- Základem doprovázení je společné hledání smyslu a přijetí celého života – uzavřený biografický příběh. Umírající se chce smířit se svým uplynulým životem. Potřebuje odcházet do „věčnosti“ s pocitem, že jeho život měl smysl.
- Každý umírající člověk prožívá svůj končící život jedinečným způsobem, je nezaměnitelnou bytostí.
- Na průběhu nemoci a umírání se podílí také struktura osobnosti nemocného, jeho sociální zázemí, jeho minulost a jeho naděje.
- Umírající člověk potřebuje i v této poslední fázi svého života vážnost a úctu druhých, respekt k důstojnosti. Jednejme s ním až do poslední chvíle jako se svéprávnou bytostí.
- Umírání je přirozený děj a umírající by měl mít až do konce možnost „normálně“ žít.
- Jestliže zůstáváme s umírajícím, nasloucháme mu a prožíváme vše spolu s ním, ukazujeme mu, že patří stejně jako dříve do lidské společnosti.
- Pamatujme, že komunikujeme, i když mlčíme. Taktilní kontakt může být silnější než slova. (Pera, Weinert, 1996, s. 126-127)

Důležitou determinantou sebereflexe a emocí, kterou prožívají sestry i umírající je úzkost, přirozená reakce jedince na pocit ohrožení v situaci, nad kterou ztrácí kontrolu, je bezmocný a bezradný. Je to ošetrovatelský problém, kterému se zdravotničtí profesionálové v rámci svých kompetencí věnují. Úzkost je významnou determinantou ovlivňující postoj sester k ošetrování nemocných. (Kisvetrová, 2009, s. 37). Je diagnózou (00146), která je definována v aktuálních ošetrovatelských diagnózách (NANDA – International, v 9. diagnostické doméně) spolu s ostatními dalšími sedmi diagnózami této oblasti jako je např. strach, úzkost ze smrti, chronický zármutek, neefektivní zvládání zátěže

Jak pomoci umírajícímu při zvládání úzkosti? Umírající, musí mít možnost něco dělat, tvořivě se projevovat. Může k tomu patřit i naříkání. Bráníme-li někomu naříkat, bráníme mu žít. Pro nemocného i umírajícího je důležité, aby se směl vyjádřit: smutkem, slzami, pláčem, sténáním. Tyto emocionální projevy jsou

reakce přiměřené a zdravé. Zbavují břemene, jež ho tísní a osvobozují ho, aby mohl přijmout danou situaci. (Pera, Weinert, 1996, s. 126-127) Umožňují sebereflexi pacienta / umírajícího a v interakci se sestrou také její, přispívají k vyrovnání se s pomíjivostí života.

Závěr

Uvědomění si determinant dobré, důstojné smrti není u většiny osob naší společnosti hluboké a rozšířené. Vědomí těchto závislostí je podstatné pro každého člověka na konci života. Je proto společensky vhodné toto povědomí prohlubovat a rozšiřovat. Člověk jako jediná živá bytost je schopen o sobě přemýšlet, být pánem svého jednání, určovat svůj život, sebereflektovat své pocity.

Literatura

- [1] Barker, Ch. Slovník kulturních studií. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-099-2
- [2] Herdman, T. (eds.), Kudlová, P. (překlad) Ošetřovatelské diagnózy. Klasifikace a definice 2009-2011. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3421-1
- [3] Girard, R. O původu kultury. Praha: Centrum pro studium demokracie a kultury. 2008. ISBN 978-80-7325-164-2
- [4] Jung, C.G. Duše moderního člověka. Praha: Atlantis, 1994. ISBN 80-7108-087-X
- [5] KISVETROVÁ, H. Ošetřovatelská diagnóza Úzkost ze smrti a NIC intervence v domácí péči, Sborník 5. Mezinárodní konference sester domácí péče. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, s. 37 – 42, ISBN 978-80-7013-494-8
- [6] KRÁTKÁ, A. Potřeby nemocných v ošetřovatelském procesu. Zlín: Univerzita T. Bati ve Zlíně, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2
- [7] Pera, H., Weinert, B. Nemocným na blízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0
- [8] Rotter, H. Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut zdravotnických studií
Ústav aplikovaných společenských věd
e-mail: kutnohorska@fhs.utb.cz

Nové princípy v diagnostike a liečbe pneumónií

Anna Lesňáková, Róbert Rusnák

Abstrakt

Akútne respiračné infekcie sú charakterizované zápalom niektorých alebo všetkých úsekov respiračného systému. Sú najčastejšou príčinou chorobnosti, a tým aj návštev u praktického lekára. Pneumónie majú niekedy ťažký, komplikovaný priebeh alebo sú nimi postihnutí rizikovní pacienti a musia byť riešené v nemocnici. Pre posúdenie závažnosti stavu je vhodné použiť skórovací systém „ pneumonia severity index“. Posúdenie pacienta z hľadiska rizika možnosti multirezistentných patogénov ako vyvolávateľov pneumónie a farmakokinetická a farmakodynamická optimalizácia antimikrobiálnej liečby vedú k zvýšeniu kvality starostlivosti o pacientov s pneumóniou. Napriek výraznému pokroku v diagnostických metódach a dostupnosti kvalitných antiinfekčných látok zostáva mortalita na pneumóniu v nemocniciach vysoká; racionálny prístup k rizikovým pacientom s aplikáciou nových poznatkov môže pomôcť zlepšiť terapeutické výsledky ako aj zbytočné nadliečovanie niektorých pacientov.

Kľúčová slova

Respiračné infekcie, multirezistentné patogény, antimikrobiálna liečba.

Abstract

Acute respiratory infections are characterized by inflammation of some or all sections of the respiratory system. Pneumonias are the leading cause of morbidity, and thus also visit of the general practitioners. Pneumonias have sometimes difficult, complicated process or they are affected patients at risk and must be handled in a hospital. To assess the severity of the condition is appropriate to use scoring system "pneumonia severity index". Assessment of the patient in terms of risk the possibility of multi-resistant pathogens causing pneumonia and pharmacokinetic and pharmacodynamic optimization of antimicrobial therapy leads to improvement in the quality of care for patients with pneumonia. Mortality for pneumonia remains hospital-high despite significant progress in diagnostic methods and the availability of quality anti-

infectives. Rational approach to patients at risk with the application of new knowledge may help to improve therapeutic results and unnecessary overtreatment of some patients

Key words

Respiratory infections, multi-resistant pathogens, antimicrobial treatment

Úvod

Akútne respiračné infekcie (ARI) sú charakterizované zápalom niektorých alebo všetkých úsekov respiračného systému. V bežnej populácii postihujú ARI najčastejšie horné dýchacie cesty (HDC), u rizikových pacientov aj dolné dýchacie cesty (DDC). Nákazy HDC vyvolávajú až v 80% vírusy a zvyčajne mávajú lokálne príznaky. Nákazy DDC sú častejšie bakteriálne a prejavujú sa najmä celkovými príznakmi. Najčastejšími infekcia dolných dýchacích ciest sú akútna bronchitída, akútna exacerbácia chronickej bronchitídy, v komunite získaná pneumónia

Definícia:

Pneumónia je akútny zápal respiračných bronchiolov, alveolárnych štruktúr a pľúcneho interstícia. Príčinou pneumónie je najčastejšie infekčný agens, ale môže ísť aj o infekciu nadväzujúcu na aspiráciu cudzorodých látok, inhaláciu plyných substancií, reakciu na radiáciu, alebo alergiu (Fischman: 1998, s. 2777). Základným kritériom je výskyt čerstvého infiltrátu na skiagramu hrudníka a najmenej dvoch klinických príznakov zápalu respiračného ústrojenstva. Komunitná pneumónia je ochorenie získané v bežnom životnom styku mimo nemocničného prostredia a tvorí asi 80 až 90% všetkých zápalov pľúc. Pri voľbe ambulantnej alebo nemocničnej liečby je dôležité klinické posúdenie závažnosti stavu z hľadiska možných rizík komplikácií a mortality.

Epidemiológia

Podľa údajov WHO sú pneumónie treťou najčastejšou príčinou úmrtnosti, ktorá je vyššia v rozvojovom svete. K pneumónii dochádza častejšie v detstve, menej často v dospelosti, incidencia aj mortalita potom opäť stúpajú po 50-tich rokoch veku. Rizikovou populáciou sú vo všeobecnosti ľudia s vážnym ochorením, fajčiari, alkoholicy, drogovovo závislí a ľudia žijúci v sociálnych zariadeniach. Ročne je u nás hospitalizovaných vyše 22 000 pacientov s pneumóniou.

Nemalú úlohu z hľadiska bezpečnosti pacienta zohrávajú aj nozokomiálne ventilačné pneumónie (Hlinková, 2010, s. 134)

Rozdelenie pneumónií

Podľa okolností vzniku sa pneumónie delia na komunitné a nozokomiálne. Špecifickou problematikou sú pneumónie u imunokompromitovaných, ventilátorové, aspiračné a pneumónie v ústavoch sociálnej starostlivosti. Dôležité je hodnotenie závažnosti pneumónie. Ľahké, stredne ťažké a ťažké pneumónie sú potom liečené ambulantne, formou hospitalizácie, event. na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

V praxi používané rozdelenia na typické a atypické pneumónie vychádza zo snahy schematizovať liečbu podľa klinických príznakov a pravdepodobného vyvolávajúceho agens.

Tabuľka č. 1 Najčastejšie patogény komunitných pneumónií

	Typická pneumónia	Atypická pneumónia
Etiologické agens	S.pneumoniae	M.pneumoniae
	H.influenzae	Ch.pneumoniae
	M.catarrhalis	Ch.psittaci
	S.aureus	Legionella sp.,
	K.pneumoniae	Coxiella burneti
	Enterobacteriae sp.	V.influenzae
	P.aeruginosa	jiné respirační viry
	Anaeroby	

Skupina typických pneumónií sa odvodzuje od klasického priebehu pneumónie vyvolané S. pneumoniae. Skupina atypických pneumónií je odvodená od pneumónií spôsobených M.pneumoniae. Znaky týchto skupín sa však v klinickej praxi značne prekrývajú a delenie je trochu umelé. Početnosť patogénov sa v publikovaných súboroch veľmi líši. Pôvodca býva určený maximálne v 50% prípadov. Najčastejšie sa predpokladá S. pneumoniae, ale až polovicu prípadov môžu vyvolávať zástupcovia atypických patogénov (Kolek, V., 2002).

Klinický obraz

Príznaky zápalu pľúc sa môžu značne líšiť v závislosti od podmienok ovplyvňujúcich makro- i mikroorganizmus. Zápal pľúc často napodobňuje chrípku, počnúc kašľom a horúčkou,. Je iróniou, že ľudia vysoko-rizikových skupín, ako sú starší dospelí a ľudia s chronickými chorobami alebo oslabeným imunitným systémom majú menej alebo miernejšie príznaky ako menej zraniteľní ľudia. (TUPÝ, 2007, s. 74). A namiesto toho, vysoká horúčka, ktorá často charakterizuje zápal pľúc, môže byť u starších ľudí dokonca nižšia ako normálna teplota.

Tabuľka č. 2 Klinické príznaky pri Typickej a Atypickej pneumónii

	Typická pneumónia	Atypická pneumónia
nástup	náhly	nadväzuje na zápal HCD
mimopľúcne príznaky	nevýrazné	častejšie
horúčka	vysoká s triaškou	pod 40 st.C
kašeľ	produktívny	dráždivý
fyzikálne nález	konsolidácie, chropkov	malý-chropky, krepitus
rtg nález	<i>infiltrácia odpovedá fyzikálnemu vyšetreniu</i>	retikulonodulace rozsiahlejšie ako fyzikálny nález, infiltrát
sedimentácia	zvýšená	veľmi zvýšená
leukocytóza	nad 15 000/mm ³	do 15 000/mm ³
krvný obraz	posun doľava	lymfocytóza
pleurálny bolesť	častejšie	zriedka

Pneumónie získané v komunite majú niekedy ťažký, komplikovaný priebeh alebo sú nimi postihnutí rizikovní pacienti a musia byť riešené v nemocnici.

Najdôležitejšie faktory pre rozhodovanie o hospitalizácii pacienta (Beneš, 2009, s. 429)

- 1) zlyhanie ambulantnej liečby
- 2) prítomnosť rizikových faktorov zvyšujúcich mortalitu a morbiditu
 - a) klinických a
 - b) laboratórnych

a) Klinická kritéria indikujúci hospitalizaci

- vek nad 60 let
- komorbidita (závažné ochorenia iných orgánov, závažná porucha imunity, závažné preexistujúce ochorenia pľúc vrátane chronická obštrukčná choroba pľúc)
- zmätenosť
- telesná teplota $> 40^{\circ}\text{C}$ alebo $< 35^{\circ}\text{C}$
- tachypnoe $> 30/\text{min}$
- tachykardie $> 120/\text{min}$
- hypotenze $< 90/60$ mm Hg
- výskyt komplikácií (pleurálny výpotok, empyém, absces pľúc, rozpadový proces, ARDS apod.)
- rýchle zhoršovanie stavu
- sociálne dôvody (nesebestačnosť)

b) Laboratórne kritéria indikujúce hospitalizáciu (Beneš, 2009, s. 386)

- RTG nález infiltrácie v dvoch lalokoch, rozpadový proces
- alebo pleurálneho výpotku
- saturácia hemoglobínu kyslíkom $< 85\%$
- počet leukocytu $> 20\,000 \cdot 10^9/1$ alebo $< 4000 \cdot 10^9/1$ hematokrit $< 30\%$ alebo hemoglobín < 100 g/l (TUPÝ, 2007, s. 102)
- urea > 10 mmol/l, kreatinín > 1241 umol/l

Tabuľka č. 3 Základné vyšetrenie pri zisťovaní stavu vnútorného prostredia

Požiadavka	Rozsah vyšetrení
Rutinné vyšetrenie	krvný obraz
	Glykémia
	Iontogram séra (Na, K, Cl)
	urea a kreatinín v séru
	AST, ALT v sére
	chemické vyšetrenie moča
rozšírené vyšetrenie (prevádzané výberove vyšetrenia podľa prejavou ochorenia)	saturace hemoglobínu kyslíkom (pomocou pulsného oxymetra)
	vyšetrenie pH krvi a krvných plynov (Astrup)
	vyšetrenie hemokoagulácie (protrombinový čas podľa Quicka, fibrinogen, D-dimery,
	vyšetrenie celkovej bielkoviny a albumínu v sére
	vyšetrenie laktátu v sére

Pozn.: Tabuľka si nerobí nárok na úplnosť. Cieľom je ukázať, že rozsah vykonaných vyšetrení musí zodpovedať závažnosti celkového stavu. Vyšetrenie acidobázickej rovnováhy, ktoré v myšliach mnohých medikov najviac charakterizuje vnútorné prostredie, patrí až do rozšíreného súboru vyšetrenie. Väčšina porúch acidobázy nastáva až pri zlyhávania funkcie obličiek alebo pľúc - dvoch orgánov, ktoré acidobázu krvi udržujú vo fyziologických medziach.

Pre posúdenie závažnosti stavu môžeme použiť skórovací systém ("pneumónia severity index"). (Kolektív autorov, 2007, s. 15-16)

Tabuľka č. 4 Rizikové skupiny pacientov s pneumóniou podľa PSI (Pneumónia Severity Index)

Kritérium	Body*
Ženské pohlavie	-10
Domov dôchodcov, liečebňa	10
Malignita	30
Chronické srdcové zlyhávanie	20
Náhla cievna mozgová príhoda	10
Obličkové ochorenie	10
Pečeňové ochorenie	10
Abnormálny mentálny stav	20
Pulz >125/min	20
Dychová frekvencia >30/min	20
Krvný tlak systolický <90 mmHg	15
Hypotermia (<35°C) alebo horúčka (>40°C)	10
pH <7.35	30
Urea >30 mmol/l	20
Sodík v sére < 130 mmol/l	20
Glykémia > 13 mmol/l	10
Hematokrit <30 %	10
PaO ₂ <60 mmHg	10
Pleurálny výpotok	10

*body sa pripočítajú k veku pacienta; podľa bodov sa určí miera rizika – stratifikácia

Tabuľka č. 5 Stratifikácia podľa rizika

Trieda	Body	Mortalita
I		0,1- 0,4%
II	<70	0,6 %
III	71-90	0,9 %
IV	91-130	9,3 %
V	>130	21,0%

Pacienti v triede IV, V (vyššia mortalita) - uvažovať o hospitalizácii!

Pre praktické použitie je rýchlejší CURB index, ktorý má prediktívne možnosti podobné ako PSI. (Kolektív autorov, 2007, s.15-16).

CURB index

- **Počet dychov** >30/min
- **Diastolický TK** < 60 mmHg
- **Sérová urea** > 7 mmol/l
- **Zmätenosť**

Skóre (0-4) sa počíta pridaním 1 bodu ku každému prítomnému kritériu Skóre 0 = mortalita 1%; skóre 1/2 alebo 3/4 = mortalita 8 % respektíve 30%

Indikácie k hospitalizácii JIS (Beneš, 2009, s. 429)

- Príznaky šoku (TK pod 90/60 torr alebo stredný arteriálny tlak pod 65 torr)
- Porucha vedomia
- Respiračná insuficiencia (pO_2 pod 8 kPa pri liečbe kyslíkom, pCO_2 nad 6,4 kPa alebo PaO_2 p/ FiO_2 pod 250*)
- rozvrat vnútorného prostredia (viď tab. č. 5)
- stredný arteriálny tlak (MAP) - možno približne vypočítať ako súčet hodnoty diastolického tlaku a tretiny rozdielu medzi systolickým a diastolickým tlakom, normálna hodnota je 75-105 mm Hg.

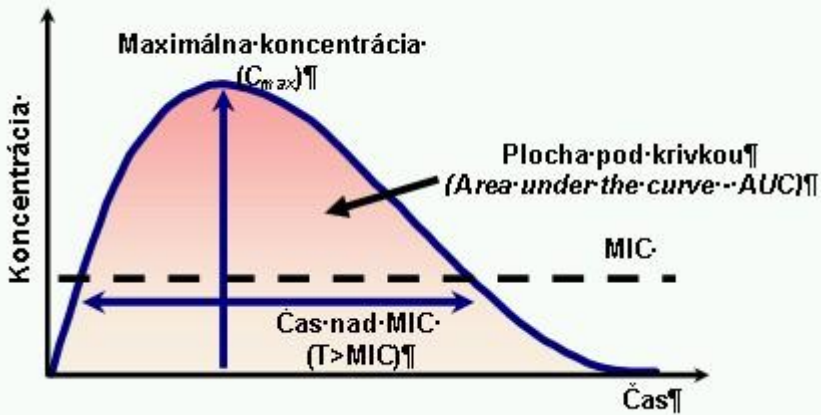
* PaO_2 p/ FiO_2 pod 250 – tzv. oxygenačný index – je pomer medzi tenziou kyslíka v arteriálnej krvi a v inšpirovanom vzduchu, za normálnych okolností presahuje hodnotu 400

Liečba pneumónie

Iniciálna liečba je väčšinou empirická a ambulantnej. Vhodné antibiotikum je treba vybrať na základe konkrétnej epidemiologickej situácie, predispozičných faktorov a podľa klinických príznakov.

Pre zabezpečenie očakávaného výsledku terapie a znižovanie vzniku a prenosu rezistencie zohráva významnú úlohu posúdenie farmakokinetických/farmakodynamických vlastností antibiotika u jednotlivého pacienta - individualizácia terapie. Subletálne koncentrácie podávaných antibiotík na bakteriálne patogény

môžu vznik rezistencie významne podporovať. Konceptia FK/FD optimalizácie integruje in vitro účinnosť antibiotík, ich farmakokinetická vlastnosti a spôsob ich baktericídneho účinku s cieľom dosiahnutia maximálneho terapeutického efektu pri minimálnej cene a toxicite.



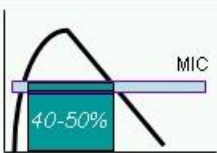
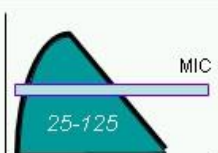
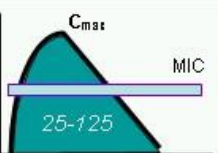
Obrázok 1 Diagram krivky koncentrácie a času ukazuje farmakokinetické parametre C_{max} a AUC. PK/PD indexy sú odvodené zo vzťahov farmakokinetických parametrov k MIC: AUC/MIC , C_{max}/MIC a $T_{>MIC}$.

Krivka koncentrácie závislá od času pri liekoch má dve hlavné charakteristiky: maximálna koncentrácia (C_{max}) a plocha pod krivkou (AUC) (Obrázok 1). Oba tieto farmakokinetické parametre môžu byť dané do vzťahu s MIC mikroorganizmu pomocou určenia ich pomeru sa získajú farmakokinetické/farmakodynamické (PK/PD) indexy (Mouton, 2002, s. 355-358). Tak získame podiel AUC/MIC a C_{max}/MIC .

Treťou dôležitou PK/PD charakteristikou liekov z hľadiska účinnosti na mikroorganizmus je čas, kedy je koncentrácia lieku nad úrovňou MIC mikroorganizmu ($T > MIC$). Táto jednotka je zvyčajne vyjadrovaná ako percentuálny podiel dávkovacieho intervalu za 24 hodín. Použitím rôznych dávkovacích režimov proti infekcii na zvieracích modeloch a in vitro farmakokinetických modeloch, zmenou frekvencie a dávky lieku sa zistil vzťah medzi PK/PD indexami a účinnosťou. Účinnosť je obvyčajne vyjadrovaná ako zníženie alebo zvýšenie počtu baktérií s ohľadom na počiatkové inokulum (na začiatku liečby). Bolo tiež dokázané, že účinnosť dobre koreluje s prežitím (Andes, 2002, s. 261-268).

Vo všeobecnosti môžeme antimikrobiálne látky rozdeliť podľa typu aktivity na tri skupiny. Účinnosť v prvej skupine závisí od času, kedy je koncentrácia liečiva nad MIC ($T > MIC$). Do druhej skupiny patria antimikrobiálne látky, ktorých účinok je jednoznačne spätý s plochou pod krivkou (AUC). Tretí typ antimikrobiálneho účinku je závislý na maximálnej koncentrácii liečiva. (Craig, 2006, Webová stránka: <http://www.isap.org/2006/ECCMID-ISAP-Workshop-2006/intro.htm>) Prvý typ účinku je časovo závislý a má minimálny alebo žiadny pretrvávajúci efekt. Týmto typom antimikrobiálnej aktivity sa vyznačujú všetky betalaktámové antibiotiká (penicilíny a cefalosporíny). Hlavným cieľom pri dávkovaní je zabezpečiť optimálnu dĺžku trvania expozície antibiotikom. V súčasnosti sa javí, že u betalaktámových antibiotík je optimálny $T > MIC$ asi 40 a 50 % dávkovacieho intervalu. Pri druhom type účinku, ktorý popisuje plocha pod krivkou (AUC) ide o časovo podmienený účinok, ktorý má však stredné až predĺžené trvanie. Patria sem antimikrobiálne látky ako azitromycín, klindamycín, tetracyklíny a glykopeptidy. Účinnosť podania by mala byť zaistená optimálnou dávkou liečiva (Tabuľka č. 6). Vzťah antimikrobiálneho účinku od koncentrácie liečiva v krvi sa popisuje pri aminoglykozidoch, chinolónoch a ketolidoch. Ich účinnosť sa prejavuje predĺženým, tzv. post antibiotickým efektom. Cieľom dávkovania je maximalizovať koncentráciu liečiva. Parametre, ktoré korelujú s týmto typom účinnosti sú AUC/MIC a C_{max}/MIC . V súčasnosti sa uznáva, že najlepšie účinky na bakteriálne v tejto skupine možno očakávať, keď maximálne koncentrácie C_{max} sú najmenej 10 krát vyššie ako ich MIC v mieste infekcie. (Kolektív autorov, 2006, s. 40)

Tabuľka č. 6 Rozdelenie antimikrobiálnych liečiv zo skupín podľa typu účinku

Čas > MIC	AUC_{24}/MIC	$AUC_{24}/MIC, C_{max}/MIC$
		
Penicilíny	Azitromycín	Chinolóny
Cefalosporíny	Klindamycín	Aminoglykozidy
Erytromycín	Tetracyklíny	Ketolidy
Klaritromycín	Glykopeptidy	

Ambulantne sa podávajú perorálne antibiotiká v dostatočnej dávke, s dobrou toleranciou, širším spektrom účinku na respiračné patogény a predĺženým účinkom (2x, 3x denne).

Skôr typický priebeh: aminopenicilíny, aminopenicilíny / inhibítory beta-laktamáz, cefalosporíny II. generácie,

pri alergii na penicilín: makrolidy, kotrimoxazol a tetracyklíny

Skôr atypický priebeh: makrolidy, tetracyklíny, fluorochinolóny

Úspech liečby je možné hodnotiť do dvoch až troch dní (formou návštevy, kontrolného vyšetrenia alebo telefonického dotazu). Ak nenastane zlepšenie klinického stavu je potrebné antibiotikum vymeniť za inú liečebnú skupinu. Ak sa stav chorého zhoršuje, je vhodnejšie odoslať ho na hospitalizáciu, rovnako ako kedykoľvek pri výskyte vyššie uvedených rizikových faktorov.

Pri hospitalizácii sa začína väčšinou tiež **empiricky** intravenózne podaným antibiotikom, často dvojkombináciou zameranou na typické i atypické patogény. Rozhodujúcim je minimálne omeškanie pri nasadení antibiotika a cielene zamerané odbery na určenie etiopatogenetického agens s možnosťou neskoršieho usmernenie liečby. Liekmi voľby sú aminopenicilíny s makrolidy, *aminopenicilíny / inh. beta-laktamáz, s makrolidy, *cefalosporíny II. a III. gen. s makrolidy, *aminoglykozidy s cefalosporíny, *aminoglykozidy s aminopenicilíny, *fluorochinolóny *individuálne linkosamidy, glykopeptidy, karbapenémy, monobaktamy, nitroimidazolov, chloramfenikol

Cielená liečba u mikrobiologicky určených infekčných agens. Môže nadväzovať na empirickú liečbu pri jej zlyhaní alebo pri zásadnom rozpore v podávanom antibiotiku a citlivosti overeného patogénu in-vitro. (Kolektív autorov, 2007, s. 27-28). Dôležité je správne posúdenie mikrobiologického nálezu mikroorganizmu a jeho citlivosti in-vitro (modulácie kontaminácie z HCD alebo kolonizácie). Je však potrebné pripustiť, že korelácia klinického účinku antibiotiká a jeho citlivosti in-vitro nebýva vždy preukazná. Iniciálne je možné liečiť cielene prakticky len pri jednoznačnom mikroskopickom vyšetrení spúta (farbenie podľa Gramovým farbivom).

Tabuľka č. 7 Cielená liečba u mikrobiologicky určených infekčných agens.

Dokázaný patogén	Odporúčané ATB
<i>Streptococcus pneumoniae</i> PEN-C	penicilín, v prípade alergie na betalaktámové ATB levofloxacín, moxifloxacín, makrolidy
<i>Streptococcus pneumoniae</i> PEN-I	vysokodávkovaný amoxicilín, cefotaxím, ceftriaxón, levofloxacín, moxifloxacín
<i>Streptococcus pneumoniae</i> PEN-R	vankomycín, linezolid, levofloxacín, moxifloxacín
<i>Haemophilus influenzae</i> BL-	ampicilín, amoxicilín, v prípade alergie na betalaktámové ATB ciprofloxacín, ofloxacín
<i>Haemophilus influenzae</i> BL+	ampicilín/sulbaktám, amoxicilín/klavulanát, cefuroxim, v prípade alergie na betalaktámové ATB ciprofloxacín, ofloxacín
<i>Staph. aureus oxacilínC</i> (MSSA)	oxacilín, cefalotín, cefazolín; v prípade alergie na betalaktámové ATB linezolid, vankomycín
<i>Staph. aureus oxacilínR</i> (MRSA)	vankomycín, linezolid, quinopristin/dalfopristin
<i>Enterobacteriaceae</i> ESBL+	piperacilín/tazobaktám, cefepim, meropeném, imipeném/cilastátin, aztreonam
<i>Enterobacteriaceae</i> ESBL-	cefuroxim, cefotaxim, ceftriaxón, ceftizoxim, gentamicín, tobramycín, amikacín

<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	piperacilín/tazobaktám, cefepim, ceftazidím , cefoperazón/sulbaktám, meropeném, imipeném/cilastatín, tobramycín, amikacín
<i>Acinetobacter species</i>	imipeném/cilastatín, meropeném, cefepim, ampicilín/sulbaktám, cefoperazón/sulbaktám
<i>Atypické bakteriálne patogény</i>	ciprofloxacín, levofloxacín, moxifloxacín, doxycyklín, klaritromycín, azitromycín
<i>Anaeróbne baktérie</i>	Klindamicín

Odporúčaná dĺžka antimikróbne terapie je u typických pneumóniou najmenej 7 dní, u atypických 14 dní až 3 týždne, u legionelových pneumóniou najmenej 21 dní a u stafylokokových infekcií aj dlhšie. Niektoré makrolidy (azitromycín) umožňujú liečbu skrátiť na 5 dní. Okrem antibiotík sa podávajú antitusiká, mukolytiká. Pri ťažších stavoch je dôležitá starostlivosť o základné životné funkcie, rehydratácia, liečba pridružených chorôb, aktívna liečba komplikácií.

Záver

Stratifikácia pacientov s komunitnou pneumóniou, posúdenie prognostických parametrov ako sú je vek, zmeny vitálnych funkcií, extrémne laboratórne odchýlky, rozsah a charakter rtg nálezu, pridružený pleurálny výpotok, výskyt vážnych mimoplúcnych príznakov, komorbidita, sociálna situácia, samostatnosť pacienta uľahčí rozhodnutie o spôsobe liečby ambulantnej alebo o hospitalizácii pacienta, prípadne jeho umiestnení na JIS. FK/FD optimalizácia zohráva významnú úlohu pri zabezpečení očakávaného výsledku terapie a znižovaní vzniku a prenosu rezistencie (Hlinková, 2010, s. 69). Koncepcia FK/FD optimalizácie integruje in vitro účinnosť antibiotík, ich farmakokinetická vlastnosti a spôsob ich baktericídneho účinku s cieľom dosiahnutia maximálneho terapeutického efektu pri minimálnej cene a toxicite. Uvedené kroky vedú k zvýšeniu kvality starostlivosti o pacientov s pneumóniou s následným znížením mortality pacientov.

Literatura

- [1] Andes D., Craig W.A.: *Animal model pharmacokinetics and pharmacodynamics: a critical review*. Int. J. Antimicrob. Agents, 2002, 19, 4, 261-268
- [2] Beneš, J.: *Infekční Lékařství*. Galén, Praha, 2009, ISBN 978-80-7262-644-1, s. 386-429
- [3] Craig W.A.: *Animal models of infection*. 14th ISAP Educational Workshop Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Anti-Infective Agents. Nice, France, April 1, 2006, Webovská stránka: <http://www.isap.org/2006/ECCMID-ISAP-Workshop-2006/intro.htm> (24.5.2006)
- [4] *Fischman, A.P. (ed.): Pulmonary Diseases and Disorders, vol.2, 3rd Edition, 1998, New York, McGraw-Hill, s. 2777*
- [5] Hlinková, S.: *Nové trendy v sledovaní infekcií súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou na jednotkách intenzívnej starostlivosti*. In. *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovateľstva, bioetiky a vojenského zdravotníctva*. Ružomberok : Verbum, 2010, ISBN 978-80-8084-629-9-3, s. 132 -144.
- [6] Hlinková, S.: *Potreba surveillance nozokomiálnych infekcií*. In. *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*, 2010, ISBN 978-80-8084-548-3, s. 68-72.
- [7] Kolektív autorov: *Diagnostika a liečba pneumónií u hospitalizovaných pacientov*. GDA VISUAL s.r.o. Bratislava, 2007, ISBN 978-80-969718-8-6, str.15-16
- [8] Kolek, V., *Komunitní pneumonie dospělých , DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE , Projekt MZ ČR spracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3 , Reg. č. o/036/220, 2002, Webovská stránka: <http://www.sls.cz/dp> (02.02.2011)*
- [9] Kolektív autorov: *Zásady racionálnej antibiotickej liečby respiračných infekcií*. Medifórum, Bratislava. IV. prepracované vydanie, 2006, str. 40
- [10] Mouton J.W. et al.: *Standardization of pharmacokinetic/pharmacodynamic (PK/PD) terminology for anti-infective drugs*. In.: J. Antimicrob. Agents, 2002, 19, 4, 355-358

- [11] TUPÝ, J. Dermatológia a transfuziológia. In LACKO, A. – RENKER, B. – HRUBOŇ, A. a kol. Vnútorné lekárstvo pre ošetrovateľstvo II. 2. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku, 2007. ISBN 978-80-8084-146-1, s. 74-105.
- [12] TUPÝ, J. Základné vyšetrenia v hematológii. In KVĚTENSKÝ, J. – LACKO, A. a kol. Klinická propedeutika pre ošetrovateľstvo I. 2. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku, 2007. ISBN 978-80-8084-205-5, s. 102-114.

Kontaktní údaje

doc. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.

MUDr. Róbert Rusnák, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Ústredná vojenská nemocnica SNP-FN Ružomberok

e-mail: anna.lesnakova@ku.sk

rusnacr@uvn.sk

Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci

Miroslava Líšková

Abstrakt

Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci je odbor ošetrovateľstva zaoberajúci sa prevenciou vo vzťahu k pracovným a environmentálnym rizikám, kde sestra realizuje závislé a nezávislé intervencie a rozhodnutia. V práci prezentujeme zistenia zamerané na informovanosť respondentov o úlohách ošetrovateľstva v oblasti pracovných rizík a faktoroch ohrozujúcich zdravie pracovníkov.

Kľúčová slová

Zdravie pri práci, ošetrovateľstvo, sestra, pracovník, riziká, úlohy sestry

Abstract

Nursing in occupational health nursing is concerned with prevention, in relation to employment and environmental risks, where a nurse made dependent and independent operations and decisions. The paper presents findings intended to inform respondents of nursing tasks in the field of occupational risks and threats to health workers.

Key words

Occupational health, nursing, nurse, worker, risks, the role of nurses

Úvod

Ošetrovateľstvo realizuje svoje úlohy v oblasti pracovných rizík prostredníctvom činností sestier v rámci pracovnej zdravotnej služby (Ondrejková 2008, Vyhláška MZ SR č. 292/2008). Do kompetencie sestry patrí vykonávať prevenciu, analyzovať účinky rizikových faktorov pracovísk a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v rámci vedomostí a vzdelania (Krišková, Willardová, Culp, 2003). Právo na ochranu zdravia pri práci je dané zamestnancovi v najvyššej právnej norme, a to Ústavou Slovenskej republiky, ktorá vo svojom čl. 36 hovorí, že zamestnanci majú právo na spravodlivé a uspokojujúce pracovné prostredie (Ústava SR, 2004). V roku 2008 bol schválený zákon č. 140/2008 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 124/2006

Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Zmeny v zákone č. 124/2006 Z. z. a v zákone č. 355/2007 Z. z. sa týkajú najmä pracovnej zdravotnej služby a posudzovania zdravotnej spôsobilosti na prácu, vrátane výkonu lekárskeho preventívneho prehliadok k práci.

Do kompetencie sestry patrí vykonávať prevenciu, analyzovať účinky rizikových faktorov pracovísk a poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v rámci vedomostí a vzdelania. Rogersová (1994) opisuje päť hlavných dimenzií roly sestry ošetrovateľstva v zdraví pri práci.

Prvou je klinicko-praktická dimenzia, v ktorej sestra posudzuje potreby zamestnanca alebo skupiny zamestnancov a podnecuje k zásahom v oblasti úpravy prostredia, správania a návykov na pracovisku. Činnosti plánuje spoločne v akútnej spolupráci so zamestnancom a to v každodennom prístupe na pracovisku. Ďalej vykonáva posudzovanie zdravia, posudzovanie bezpečnosti práce a pracovného prostredia, vyvíja programy a implementuje ich do praxe. Druhou je administratívna dimenzia, kde sestra vedie dokumentáciu v zmysle platných noriem, podieľa sa na manažmente zdravia. Tretia dimenzia je výchovno-vzdelávacia, kedy sa sestra zameriava hlavne na prevenciu, podporu a udržanie zdravia zamestnancov a ich rodín. Štvrtá, výskumná dimenzia, je založená na záujme overovať a rozvíjať teórie vypracované pre účely ošetrovateľstva v zdraví pri práci. Piata, konzultačno-poradenská dimenzia, znamená vedenie multidisciplinárneho tímu, systémy zabezpečovania kvality poskytovania služieb, audit a iné.

Materiál a metódy

Štruktúrovaným rozhovorom sme zisťovali informovanosť respondentov o úlohách ošetrovateľstva v oblasti pracovných rizík a faktoroch, ktoré nepriaznivo pôsobia na ich zdravotný stav. Prieskumnú vzorku tvorilo 72 náhodne vybraných respondentov zamestnancov Slovenských elektrární a. s., Nováky. Rozhovory boli realizované v mesiacoch máj až december 2009.

Výsledky a diskusia

Respondenti označili úlohy sestry v pracovnej zdravotnej službe nasledovne: 47 %, edukáciu o podpore zdravia a prevencii chorôb, 15% hodnotenie zdravotných rizík zamestnancov pri práci, 13% uviedlo že dohliada na faktory

pracovného prostredia a stav pracovných podmienok, 20% uviedlo výučbu prvej pomoci. Zistenia korešponujú s vyhláškou MZ SR č. 292/2008 Z. z. *o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú, a o požiadavkách na ich. Úlohou sestry je robiť nezávislé rozhodnutia pri poskytovaní starostlivosti. Primárne ciele sestier pri ochrane zdravia v zamestnaní sú podľa Clemen-Stoneovej: ochraňovať pracujúceho, chrániť ho pred rizikami, podporovať bezpečné a zdravé prostredie, uľahčovať úsilie pracujúcich a ich rodín pri uspokojovaní ich zdravotných potrieb, podporovať edukáciu a výskum na tomto poli (Hanzlíková et al., 2002).* Z piatich dimenzií roly sestry podľa Rogersovej (1994) respondenti najviac akcentovali práve výchovno-vzdelávaciu a klinicko-praktickú.

Ďalej sme zisťovali vedomosti o činnostiach sestry v oblasti pracovných rizík. 39% respondentov uviedlo meranie krvného tlaku, 5% vyšetrenie moču, 19% odber krvi, 35% vyšetrenie zraku a sluchu, 2% evidenciu a administratívne činnosti. Sledovanie zdravotného stavu pracovníkov, monitorovanie expozície zdraviu škodlivými faktormi realizujú odborníci z oblasti verejného zdravia, kde majú aj sestry svoje nezastupiteľné miesto. (Rovný, 2009)

Zaujímali sme sa aj o vedomosti respondentov ohľadne environmentálnych rizík, kde sme zaznamenali 68% poznanie škodlivých faktorov v pracovnom prostredí. Poradie konkrétnych odpovedí bolo nasledovné 55% hluk, 16% prach, 22% zobrazovacie jednotky, 4% sálavé teplo, 3% nadmerná telesná záťaž. Ako uvádza časopis Európskej agentúry pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci FACT: *„Strata sluchu spôsobená nadmerným hlukom je najbežnejšia choroba z povolania v Európe, ktorá tvorí asi jednu tretinu chorôb z povolania popri dermatologických problémoch a problémoch dýchacích ciest“* (Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci, 2002). Zaujímavé v tomto kontexte bolo najvyššie percento pre označenie práve hluku.

Opatrenia na ochranu zdravia navrhované sestrou hodnotilo 23% ako dobré, 9% ako výborné, 48% ako dostatočné. Zamestnávateľ je povinný zabezpečiť najvyššiu úroveň bezpečnosti a ochrany zdravia pre svojich zamestnancov a postup konzultuje s odborníkmi. Krišková, Willardová, Culp (2003, s. 66) uvádzajú. *„Preventívne opatrenia možno rozdeliť na technické a organizačné, týkajúce sa osobnej ochrany, osobnej hygieny a životosprávy, zisťovania a určovania rizikových prác, posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na prácu (lekárske preventívne prehliadky) a výchovy k zdravej a bezpečnej práci. V praxi sa najčastejšie uplatňujú kombinácie viacerých opatrení“*. Úlohou sestry

pracovnej zdravotnej služby je viesť zamestnancov k používaniu ochranných pracovných odevov a prostriedkov, k dodržiavaniu zásad osobnej hygieny, identifikovať účinnosť bezpečnostných opatrení, ich dodržiavanie a podobne.

Záverom nás tiež zaujímalo hodnotenie práce sestry v oblasti ošetrovateľstva v zdraví pri práci. 33% respondentov hodnotilo aktivity ako veľmi dobré, 58% ako dobré a 9% sa nevyjadriilo.

Záver

Paradigmou ošetrovateľstva v zdraví pri práci je zdravie pracovníka, prípadne pracovnej komunity, v širšom rámci previazania hlavne na prostredie a podmienky pracovného procesu. Prezentované výsledky ukazujú na vnímanie úloh ošetrovateľstva v zdraví pri práci predovšetkým prostredníctvom edukácie, podobné zistenia publikovali aj Vörösová, Žemberová, 2006. Sestra implementuje ošetrovateľstvo do praxe prostredníctvom sesterských činností. V rámci pracovnej zdravotnej služby má samostatnú náplň práce a úzko spolupracuje s lekárom ako členka tímu v oblasti pracovných rizík a podpory a ochrany zdravia. Na základe výsledkov odporúčame: zvyšovať mieru edukácie ako ústrednej činnosti sestry v oblasti ošetrovateľstva v zdraví pri práci, zvyšovať informovanosť zamestnancov prostredníctvom prednášok, povzbudzovať zamestnancov, aby sa zdôverili so svojimi zdravotnými problémami včas, uplatňovať komplexný a individuálny prístup k zamestnancom, motivovať k pravidelnej účasti na preventívnych prehliadkach, povzbudzovať zamestnancov a zamestnávateľov k aktívnemu zapojeniu do programov na upevnenie zdravia v súvislosti s pracovnou aktivitou.

Príspevok je súčasťou výstupov projektu UGA VIII/10/2009 Použitie nových trendov ošetrovateľstva v komunitnej starostlivosti.

Literatura

- [1] EURÓPSKA AGENTÚRA PRE BEZPEČNOSŤ A OCHRANU ZDRAVIA PRI PRÁCI, 2002. Údaje pre opis súvislosti BOZP so zamestnateľnosťou. 2002. [online]. Citované[2010-010-12]. Dostupné na internete: <http://osha.europa.eu/sk/publications/factsheets/57>
- [2] HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*. Vyd.1, Bratislava: UK, 2002,126 s., ISBN 80-223-1534-6.

- [3] KRIŠKOVÁ, A., WILLARDOVÁ, H. P., CULP, K. 2003. *Ošetrovateľstvo v zdraví pri práci*. Martin : Osveta, 2003. 155 s. ISBN 80-8063-109-3.
- [4] ONDREJKOVÁ, Ľ. 2008. Pracovná zdravotná služba. Poradca súkromného lekára .Praktické informácie k vedeniu vašej ambulancie. Bratislava : Nakladateľstvo Dr. Josef Raabe s.r.o. 2008. ISBN 80-89182-02-X.
- [5] ROGERS, B. 1994. *Occupational Health Nursing. Concept and Practice*. Philadelphia : W.B. Saunders Co.
- [6] ROVNÝ, I. 2009. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava: Herba, spol. s r.o., 2009. 125 s. ISBN 978-80-89171-60-6.
- [7] ÚSTAVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY, Vydala Kancelária Národnej rady Slovenskej republiky, organizačný odbor, 3. vyd. Interná publikácia. Bratislava, 2004. ISBN 80-89052-20-7.
- [8] VŔRŔSOVÁ, G. ŽEMBEROVÁ, M. Výchova k zdraviu a vplyv rekondičných pobytov na zdravie. *Ošetrovateľský obzor*. roč. 3, č. 3, 2006, s. 72-77, ISSN 1336-5606.
- [9] *Vyhláška MZ SR č.292/2008 Z.z. o podrobnostiach o rozsahu a náplni výkonu pracovnej zdravotnej služby, o zložení tímu odborníkov, ktorí ju vykonávajú, a o požiadavkách na ich odbornú spôsobilosť*
- [10] *Zákon č. 140/2008 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon 124/2006 Z.z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zák. č.309/2007 Z.z.*
- [11] *Zákon č. 355/2007 Z.z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 140/2008 Z.z.*

Kontaktní údaje

PhDr. Miroslava Líšková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: mliskova@ukf.sk

Sociálna rehabilitácia a uspokojovanie potrieb seniorov v rámci inštitúcií

Miroslava Líšková

Abstrakt

Uspokojovanie potrieb seniorov v prostredí inštitúcií, akými sú zariadenia pre seniorov, alebo domovy sociálnych služieb je pomerne náročné. Sú ovplyvňované osobnosťou samotného seniora, jeho prijatím nového sociálneho prostredia, zaužívanými zvykmi a v neposlednom rade jeho zdravotným stavom. Cieľom sociálnej rehabilitácie je viesť človeka k vyššej miere nezávislosti, samostatnosti a rozvíjať jeho schopnosti a zručnosti, posilňovať jeho správne návyky, čo sa v kontexte uspokojovania potrieb seniorov javí ako prospešná aktivita.

Kľúčová slová

Sociálna rehabilitácia, senior, potreba, inštitúcia.

Abstract

Meet the needs of seniors in an environment of institutions, such as facilities for the elderly, or social housing is quite difficult. Are affected by very senior figure, the adoption of a new social environment-established traditions and not least his health. The aim of social rehabilitation is to lead a person to a higher degree of independence, autonomy and develop their abilities and skills, strengthen their good habits, which in the context of meeting the needs of seniors seems to be beneficial activity.

Key words

Social rehabilitation, senior, need institution.

Úvod

Personál inštitúcií, ktoré poskytujú starostlivosť o seniorov, neustále zápasí s otázkami, ako motivovať seniora k činnosti, čo so seniormi, ktorí sa odmietajú zapojiť do činností, čo robiť s ľuďmi, ktorí sú imobilní, alebo nekomunikujú. Tieto

otázky vyvolávajú predstavu pasivity, nezáujmu, nemohúcnosti. V skutočnosti aktivita človeka vzniká z napätia medzi vnútornou potrebou činnosti a vonkajšou príležitosťou túto vnútornú aktivitu nejako zamerať. Aktivita je spôsob, ako môže človek prežiť, ako môže uspokojiť svoje potreby, ako si môže spríjemniť život. Činnosti prinášajú človeku mnoho, napríklad štrukturujú mu čas, ovplyvňujú spoločenské kontakty, podporujú fyzickú i duševnú činnosť a v neposlednom rade vytvárajú spoločenský status. Aktivity pre seniorov žijúcich trvale v inštitúciách, by mali byť čo najviac podobné aktivitám každodenného života seniora v domácom prostredí. Ich zodpovedné a ciele programovanie by mal vykonávať kvalifikovaný pracovník, ktorý by mal byť dôkladne oboznámený so spôsobom identifikácie potrieb človeka, s hodnotením jeho funkčného potenciálu, jeho možností i s hodnotením životnej satisfakcie. Mal by sa orientovať v širokej škále najrôznejších aktivít, techník, programov povzbudzujúcich kreativitu, vyvolávajúcich zvedavosť a chuť niečo robiť a niečomu sa naučiť. Mal by poznať vlastnosti jednotlivých činností natoľko, aby dokázal vhodným spôsobom prepojiť činnosť s vnútornou potrebou a možnosťami seniora. Vyžaduje sa i poznanie najvýznamnejších chorôb vrátane syndrómu demencie a jeho prejavy v oblasti správania a prežívania (Janečková, Kalvach, Holmerová, In: Kalvach et al., 2004). Mahrová, Venglářová et al. (2008) uvádza, že sociálna práca v sebe zahŕňa rysy jedinečnosti v rámci špecifického prístupu ku každému klientovi a súčasne i rysy komplexnosti v prístupe k riešeniu sociálnej situácie z hľadiska psychologického, zdravotného právneho, sociologického, pedagogického a ekonomického. Cieľom je podpora fungovania klienta v jeho sociálnej situácii. Jednou z odborných činností, ktorú zariadenia pre seniorov a domovy sociálnych služieb poskytujú je sociálna rehabilitácia.

Sociálna rehabilitácia

Sociálna rehabilitácia, ako ju definuje zákon 448/2008 Z.z. O sociálnych službách je odborná činnosť na podporu samostatnosti, nezávislosti, sebestačnosti, rozvojom a nácvikom zručností, alebo aktivizovaním schopností a posilňovaním návykov pri sebaobslužbe a pri základných sociálnych aktivitách. Brichtová, Repková (2009) uvádza, že cieľom sociálnej rehabilitácie je viesť človeka k vyššej miere nezávislosti, samostatnosti a rozvíjať jeho schopnosti a zručnosti, posilňovať jeho správne návyky. Z uvedeného teda vyplýva, že sociálna rehabilitácia nie je určená iba pre ľudí so zdravotným postihnutím, ako býva často chápaná, ale je určená pre všetky cieľové skupiny, ktoré sú predmetom záujmu zákona o sociálnych službách, čiže aj seniorom.

V nadväznosti na uvedené sociálna rehabilitácia napomáha seniorom pri uspokojovaní ich potrieb. V zariadeniach pre seniorov a domovoch sociálnych služieb môžeme hovoriť o komplexnej rehabilitácii, môže mať liečebný, sociálny, výchovný alebo pracovný charakter. Môže prebiehať formou vhodných terapií, ktoré seniorovi pomôžu aktívne využívať voľný čas, pri ktorých nadobudne pocit potrebnosti spolupatričnosti, pomôžu mu zlepšiť kvalitu života. Walsh (2005) zo svojich skúseností s prácou so seniormi uvádza, že je vhodné a veľmi efektívne pri starostlivosti o seniorov zaradiť i rôzne skupinové hry a činnosti, ktoré napomáhajú k uspokojovaniu ich potrieb. Napr. poznávacie skupiny, hry so slovami, spomienky, výtvarné práce, literárne stretnutia, stimulačné hry, relaxačné stretnutia a iné. V práci prezentujeme niekoľko terapií vhodných pre seniorov žijúcich v zariadeniach pre seniorov a domovoch sociálnych služieb, ktoré výrazným spôsobom pomáhajú v uspokojovaní ich potrieb.

Reminiscenčná terapia

Spomínanie a spomienky sú neodmysliteľnou súčasťou života. Na sklonku života aktívne skutky ubúdajú a do popredia sa dostávajú spomienky. Spomínaním odkrývame svoju minulosť, udalosti, ktoré nás poznačili. Pri spomínaní v skupine nachádzame väzbu medzi svojimi životnými skúsenosťami a skúsenosťami druhých ľudí a to sa dá využiť. Zvyčajne sa používa v práci so seniormi, u ktorých sa objavila porucha pamäte. V posledných desiatich rokoch sa reminiscenčná terapia zameraná na seniorov značne rozvinula. Osobitný význam si získala najmä v rezidenčných zariadeniach a v zariadeniach dennej starostlivosti. *Reminiscenčná terapia je formou verbálnej terapie, v priebehu ktorej sa seniori delia o spomienky so skupinou svojich rovesníkov a s opatrovateľmi. Využitím jednoduchých podnetov sa tak dosahujú výsledky zadosťučinenia a obohatenia.* (Hrozenská et al., 2008, s. 116). Reminiscenčné aktivity môžu prebiehať formou skupinových stretnutí, ale taktiež pri každodennom individuálnom kontakte pracovníkov s klientom. Spúšťačom spomienok môžu byť rôzne predmety napr. (fotografie, predmety na pamiatku, starý nábytok, noviny), predmety každodenného použitia (korenie, jedlo, oblečenie), dobové činnosti (tanec), ale taktiež významné slová, témy, s ktorými môže začať každé osobné, alebo skupinové stretnutie. Klient si môže sám, alebo s pomocou pracovníka vytvárať svoju knihu života, kam ukladá dôležité veci pre jeho život. Reminiscencia výrazne podporuje komunikáciu a aktivitu osôb s demenciou (Kalvach, Švestková, In: Kalvach et al., 2004). Matoušek et al. (2003) reminiscenciu popisuje ako metódu práce so seniormi, pri ktorej sa vyvolávajú spomienky na udalosti, ktoré majú pre daného človeka hodnotu.

Uprednostňujú sa spomienky pozitívne, emotívne podfarbené i napriek tomu, že sa neviažu s príjemnými udalosťami. Reminiscencia zlepšuje informovanosť personálu o klientoch, skvalitňuje vzťahy pracovníkov a klientov, umožňuje klientom v rezidencionálnom prostredí nadväzovať nové priateľstvá, senior máva záľubu v roli rozprávača a rozprávaním dáva svojmu životnému príbehu zmysel a posúva ho ďalším ľuďom. Podľa Hrozenkej et al. (2008) reminiscencia vytvára skupiny spomienok, ktoré podporujú znovunastolenie miesta a sociálnej roly seniora vo vnútri skupiny. Spoločne prežívané spomienky obnovujú pocit prináležitosti a spojitosti voči iným, čo pomáha jedincovi začleniť sa do svojho sociálneho prostredia. Zistenie skutočnosti, že aj druhí prechádzali počas svojho života podobnými situáciami dáva seniorovi pocit spolupatričnosti. Janečková (In: Matoušek et. al. 2005, s.188) uvádza, že zisteniami bolo preukázané, že práca so spomienkami má pozitívny vplyv na psychický, funkčný a zdravotný stav seniorov, napr: zamestnávajú svoje myslenie a pamäť, uspokojujú potrebu odovzdať svoje skúsenosti mladšej generácii a tým mať podiel na pokračovaní života, spomínanie podporuje vnímanie jedinca – spomienky sú spojené s príjemnými pocitmi, prinášajú prežitie situácií tak, ako sa udiali kedysi dávno, spomínanie poskytuje dôležitý zdroj informácii pre personál - posilňuje vzťah medzi pracovníkom a klientom tým, že sa z objektu starostlivosti stáva subjekt, skutočný človek s vlastnou históriou so zvládnutými, ale i nezvládnutými životnými úlohami, s významnými rolami, ktoré vykonával, so vzťahmi, ktoré prežíval, stáva sa osobnosťou, ktorá si zaslúži úctu, záujem, súcit a lásku. Reminiscenčná terapia má za cieľ zlepšiť, prípadne udržať súčasný stav seniora tak, aby sa cítil spokojný, aby bola zachovaná jeho ľudská dôstojnosť a hodnota. Podporuje imaginárne procesy, vnímanie seba samého, ale i vnímanie okolia. Poskytuje priestor pre dialóg s druhými ľuďmi. Reminiscenčná terapia je o komunikácii a preto by sa vedúci skupiny mal vyjadrovať čo najzrozumiteľnejšie, používať jednoduché slová a vety. Taktiež by mal pozorne sledovať, či účastníci sedenia hovorenému rozumejú a zvoliť takých spôsobov vyjadrovania, ktorý im vyhovuje. Nesmierne dôležitá je schopnosť aktívneho počúvania, prejavenie záujmu o to, čo sa hovorí. Seniorov je potrebné orientovať na podstatu reminiscencie, čiže nachádzanie podobností a súvislostí so spomienkami ostatných v skupine. Reminiscenčná terapia môže prebiehať individuálnou, alebo skupinovou formou. Z mnohých štúdií sa zistilo, že personál, ktorí pozná životné príbehy ľudí o ktorých sa stará, zaobchádza s nimi s oveľa väčším rešpektom a citlivosťou, svoju prácu vníma ako zmysluplnejšiu a prospešnejšiu. Prostredníctvom tejto terapie sa skvalitňujú vzájomné vzťahy nielen medzi pracovníkmi a klientmi, ale

i medzi klientmi navzájom. Často vznikajú i nové priateľstvá, čo je veľké pozitívum najmä v rezidenčných zariadeniach, kde je väčší počet klientov. (Hrozenská et al., 2008).

Ergoterapia

Ergoterapia je charakterizovaná ako, terapeutický postup, ktorého cieľom je dosiahnutie maximálnej miery sebestačnosti a nezávislosti klienta v domácom, alebo sociálnom prostredí (Koudelková, Kolář In: Kalvach et, al., 2004, s. 413). V geriatrickej je jadrom ergoterapie úsilie o zachovanie, obnovu, alebo zlepšenie sebestačnosti, prípadne zlepšenie kvality a dôstojnosti života seniora s ťažkým zdravotným postihnutím s využitím i komplikovaných kompenzačných pomôcok, alebo s pomocou druhej osoby. Ergoterapia sa orientuje na zachovanie, obnovu a posilnenie funkčného potenciálu telesnej zdatnosti klientov v súvislosti s aktivitami denného života, ako bazálnymi tak i inštrumentálnymi. K hlavným aktivitám ergoterapie zaraďujeme: hodnotenie funkčnej zdatnosti v rozsahu aktivít každodenného života bazálnych (ADL) a inštrumentálnych (IADL), i výkonových testov, využíva sa tiež pozorovanie klienta pri plnení praktických úloh, komplexná práca s klientmi trpiacimi syndrómom demencie, mimoriadne rozsiahla a závažná oblasť činnosti, ktorá sa dostáva do popredia ergoterapie v inštitucionálnej starostlivosti a komunitných centrách, prevádzanie aktivít zameraných na pohybovú koordináciu a jemnú motoriku, zaškolenie seniorov vo využívaní nových technológií, alebo netradičných techník a postupov vrátane práce s počítačom, vrátane pomoci s nadväzovaním kontaktov v medzinárodnej počítačovej sieti, pomoc pri štruktúrovaní času v komunitných centrách a v zariadeniach s dôrazom na zmysluplnosť a osobnostné zameranie, pohybové aktivity – tanec, hry, joga, ďalšie aktivity k posilneniu sebahodnotenia, k spríjemneniu času, odvedenia pozornosti od životnej situácie - arteterapia, muzikoterapia, tanečná a pohybová terapia, petterapia (využitie zvierat), ergoterapia v úzkom zmysle slova - výroba rôznych predmetov, doporučuje sa maľba, skladačky napr. „puzzle“ (zachované a vystavené ako obraz posilňujú vedomie užitočnosti :“ na tom som sa podieľal“), obľúbené sú tkáčske stav, šitie, vhodné sú záhradnícke práce, ktoré sa môžu vykonávať po sediačky (je možné sledovať zasadenú rastlinu,) Kalvach, Švestková (In: Kalvach et. al., 2004), (Feszterová, M., Kašiarová, S. , 2008).

Canisterapia

Ďalšou vhodnou terapiou, ktorú je možné využiť pri práci so seniormi je canisterapia. Canisterapia je jeden druh zooterapie, čiže liečby ktorá využíva kontakt človeka so zvieratom, ako formu terapeutického pôsobenia na človeka.

U nás tento druh terapie zatiaľ nemá dlhú tradíciu, avšak má všetky predpoklady k tomu, aby sa stal všeobecne uznávanou a využívanou plnohodnotnou formou terapie najmä v práci so seniori. Zvieratá sú živé bytosti, o ktoré sa človek má možnosť starať. Človeka milujú a rešpektujú i napriek tomu, že zostarne. V zariadeniach sociálnych služieb chýbajú podnety a možnosti darovať a prijímať nežnosť, ale telesný kontakt so zvieratom umožňuje prežívať hlboko ľudskú potrebu prítulnosti. Jedinec, ktorý sa hanbí za svoju starobu, za svoj zovňajšok pri kontakte so zvieratom si tieto pocity neuvedomuje, miznú a platia tu len vnútorné hodnoty. Rôzne zahraničné štúdie ukázali, že zvieratá v zariadeniach pre seniorov dokonca predchádzajú tak často sa objavujúcemu syndrómu vyhorenia. Pes zastáva úlohu spoločníka i dôvernika. Pre osamelých seniorov je fyziologickým, sociologickým a spoločenským prínosom, ktorý nemožno nahradiť tradičnou terapiou. Jeho spoločnosť seniorovi ponúka citové puto a lásku a v mnohých prípadoch aj zmysel života. Na základe poznatkov o pozitívnom vplyve zvierat na vidiecke obyvateľstvo starajúce sa o domáce zvieratá, najmä na ich zdravotný stav, psychológovia zaviedli do režimu dňa cieľavedomý a pravidelný kontakt so živými zvieratami, ako súčasť komplexnej liečby chorôb v starobe nielen na gerontopsychiatrické oddelenia, ale aj do zariadení pre seniorov. (Hrozenková et. al, 2008). Canisterapia je založená na žiadúcej pozitívnej interakcii medzi psom a seniorom, ktorá môže uspokojovať niektoré jeho potreby a tým výrazne zlepšiť kvalitu života seniora. Efekty canisterapie: kontakt so psom umožňuje lepšie pochopiť pocity iných – pes je spoločník, ktorý komunikuje bezprostredne a jednoznačne, jeho komunikácia je jasná a zrozumiteľná, posilňuje empatiu, pes rozvíja u človeka sociálne zručnosti – motivuje ku komunikácii, rozvíja pamäť, predstavivosť, posilňuje pozornosť a zlepšuje náladu – pôsobí ako stimulátor mentálnych funkcií človeka, pes uspokojuje potrebu fyzického kontaktu človeka, zvieratá vo všeobecnosti pôsobia na zdravie človeka v oblasti spracovávania stresových situácií, umožňujú zmierniť odpoveď na stres a odreagovať sa, pes posilňuje sebavedomie človeka a racionalizuje využívanie voľného času, uľahčuje sociálnu integráciu človeka a zabraňuje jeho sociálnej izolácii (Marcinková, Hrozenková, Vaňo, 2005). Zariadenia sociálnych služieb, ktoré poskytujú starostlivosť o seniorov málokedy umožňujú svojim klientom zúčastňovať sa na chode zariadenia, či už pomocou pri upratovaní, príprave stravy a pod. U mnohých seniorov dochádza k úplnému obratu, povinnosti ubudli a pribudlo príliš mnoho voľna. Ak zariadenia dokážu poskytnúť svojim klientom množstvo rozličných aktivít a pružne reagovať na ich požiadavky, tak si zasluhujú veľké uznanie, avšak prevažná časť zariadení sociálnych služieb

pracujúcich so seniormi sú veľkokapacitné inštitúcie, ktoré aj z objektívnych príčin nemôžu kvalitne uspokojovať potreby všetkých obyvateľov. A tu sa utvára priestor pre spojenie starostlivosti o zvieru a pocitu potrebnosti, zmyslu života, citu lásky bez ohľadu na mobilitu, či priestorové možnosti zariadenia (Hrozenská et al., 2008).

Výchovná rehabilitácia

Edukáciu ako potrebu radíme medzi vyššie potreby. Vyššie potreby, ako je potreba ocenenia a uznania, sebarealizácie, poznania a porozumenia, sebaaktualizácie, úcty, prichádzajú do úvahy až keď sú naplnené základné potreby. Práve do týchto potrieb edukácia jednoznačne patrí a ich uspokojovanie dáva životu človeka špecifický duchovný ľudský rozmer. Vnímanie edukácie seniorov ako hodnoty, jej vysoké alebo nízke začlenenie či nezačlenenie v hodnotovom rebríčku človeka a spoločnosti vplýva na vytváranie podmienok uspokojovania edukačných potrieb seniorov. Hierarchizácia hodnôt každého seniora je úzko spätá s jeho celoživotnou výchovou (Čornaničová, 2007). Prioritou zariadení pre seniorov by nemalo byť iba poskytovanie materiálno-ekonomických, sociálno-právnych a zdravotníckych služieb, ale aj rôzne kultúrno-osvetové, spoločenské a edukačné aktivity, ktoré by vhodne naplňali život seniorov a umožňovali im tak znovu sa začleniť do kultúrno-spoločenského života a prežívať aktívnu jeseň svojho života. Zámerné výchovné pôsobenie na osobnosť seniorov v zariadeniach pre seniorov by im malo uľahčiť prežívanie súčasných, ale i predpokladaných kolíznych životných situácií, pričom by mali byť rešpektované ich individuálne, vekové, psychologické a sociologické osobitosti edukačného procesu (Határ, 2005). Edukačné programy ako uvádza Čornaničová (2007) sú zamerané na podporu záujmovej sféry, emotívneho prežívania, sociálnych kontaktov, taktiež i na optimálne zachovanie dôstojnej ľudskej existencie seniora. Autorka zastáva názor, že je nesmierne dôležité zapájať seniorov žijúcich v inštitucionálnych zariadeniach do aktivizačného voľnočasového edukačného programu v danom zariadení, ktorého úlohou je udržiavať, ale aj rehabilitovať sebarealizačné možnosti seniora čo najdlhšie. Vyzdvihuje potrebu uvedomenia si skutočnosti, že zariadenia pre seniorov ako aj domovy sociálnych služieb sú v systéme našej sociálnej starostlivosti zariadeniami pre občanov, ktorí dosiahli vek rozhodujúci na priznanie starobného dôchodku a ktorí pre trvalé zmeny zdravotného stavu potrebujú komplexnú starostlivosť. Komplexné edukačno-aktivizačné a edukačno-rehabilitačné programy vychádzajú z aktivizujúcej funkcie starostlivosti aj o nesebestačných seniorov a z celostného chápania osobnosti každého jedinca. Širokospektrálne rehabilitačno-edukačné programy

pre seniorov sú prispôsobené špeciálnym potrebám seniorov, u ktorých sa často kumulujú viaceré ochorenia. Janečková, Kalvach (In: Kalvach, Zadák, Jirák et al., 2004) uvádzajú, že prostredie, ktoré pomáha podporovať aktivitu seniora má byť čo najprirodzenejšie, má vyvolávať príjemné spomienky a prirodzeným spôsobom vzbudzovať potrebu aktivity, ktorá mu je milá, ktorá podporuje spokojnosť so sebou samým, je spojená s ocenením druhými, vyvoláva pocity spolupatričnosti a súdržnosti voči širšiemu spoločenstvu. Týmto naplňuje seniora pocitom zmysluplnej existencie a sebaúcty. Rôzne druhy aktivít a činností pre seniorov môžeme rozdeliť podľa okruhov saturovaných potrieb: činnosti k zabezpečeniu základných biologických potrieb – jedlo, hygiena, pohyb (tanec, turistika, vychádzky), intímne vzťahy (sexualita), zmyslová stimulácia, činnosti podporujúce istotu, bezpečie, autonómiu, orientáciu, kontinuitu – budovanie domova, vymedzenie svojho priestoru, orientáciu v realite u dementných, knihy života, reminiscencia, duchovný život, činnosti sociálneho charakteru - budovanie vzťahov, posilňovanie sociálnej siete, začleňovanie do spoločenstva ľudí, participácia, sociálny status, užitočnosť pre druhých, milovať a byť milovaný- čas strávený rozhovormi s priateľmi, s vnúčatami, spolupráca a účasť na rôznych akciách a v sociálnych skupinách, komunikácia, činnosti podporujúce identitu, dôstojnosť a osobný rozvoj – štúdium, vzdelávanie, učenie sa novým činnostiam – mať úlohu, rolu „prácu“ zodpovednosť za splnené úlohy, prežívať úspechy, vidieť výsledok, mať kontrolu nad vlastným životom udržiavať a chápať jeho kontinuitu, vyrovnávať sa s osamelosťou, podľahnúť zúfalstvu, zachovávať dôstojnosť ľudskej bytosti i v ťažkej chorobe, činnosti sebarealizačné - tvorba, umenie, zmysel života, vyrovnanie sa s vlastným životom, jeho pozitívne bilancovanie Janečková, Kalvach, Holmerová (In: Kalvach, Zadák, Jirák et al., 2004).

Záver

Záverom je možné konštatovať, že pri poskytovaní služieb seniorom žijúcim v inštitucionálnych zariadeniach sa pamätá i na individuálne ľudské potreby, ktoré je možné uspokojovať nielen na úrovni základných biologických potrieb, ale taktiež na úrovni vyšších potrieb. Každý má možnosť podľa svojich schopností a záujmov využívať inštitúciami ponúkané rôzne druhy aktivít a činností. Je nesmierne dôležité, aby k týmto aktivitám boli motivovaní a personálom, v ktorom majú nezastupiteľné úlohy aj sestry, podporovaní i seniori s nízkou mierou sebestačnosti, aby aj uvedení klienti vyjadrovali spokojnosť s uspokojovaním svojich potrieb.

Príspevok je súčasťou výstupov projektu UGA VIII/10/2009 Použitie nových trendov ošetrovateľstva v komunitnej starostlivosti.

Literatura

- [1] BRICHTOVÁ, L. - REPKOVÁ, K. 2009 Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty, vyd. Bratislava : EPOS, 2009, 463 s., ISBN 978-80-8057-797-1.
- [2] ČORNANIČOVÁ, R. 2007. Edukácia seniorov. 2. doplnené vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2007, 156 s. ISBN 978-80-223-2287-4
- [3] Feszterová, M., Kašiarová, S. 2008. Influence of climate conditions and air contaminations on village inhabitants health, 2008. In: Chemické listy : 4 th Meeting on chemistry and life. Vol. 102, supp. (2008), p. 300-302. ISSN 1803-2389
- [4] HATÁR, C. 2005. Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike. 1. Vydanie. Nitra: Pedagogická fakulta UKF v Nitre, 2005, 104 s. ISBN 80-8050-821-6
- [5] HROZENSKÁ, M. a kolektív. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko - praktické východiská. Martin: Osveta, 2008, 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3
- [6] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P., a kolektív. 2004. Geriatrie a gerontologie. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- [7] MARCINKOVÁ, D. - HROZENSKÁ, M. - VAŇO, I. 2005. Vybrané kapitoly z gerontológie. Nitra: UKF, 2005. 124 s. ISBN 80-8050-878-X.
- [8] MATOUŠEK, O. et al. 2003. Základy sociální práce. 1. vydanie. Praha: Portál, s.r.o., 2003, 309 s. ISBN 80-7178-473-7
- [9] MATOUŠEK, O., et al. Sociální práce v praxi, Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vydanie. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN-80-7367-002X
- [10] POLEDNÍKOVÁ, L. a kolektív. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2006, 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

- [11] VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. Problematické situace v péči o seniory. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- [12] WALSH, D. 2005 Skupinové hry a činnosti pro seniory, Praha: Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178970-4
- [13] Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálních službách

Kontaktní údaje

PhDr. Miroslava Líšková, PhD.
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta sociálních vied a zdravotníctva
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
e-mail: mliskova@ukf.sk

Transplantácie a informovaný súhlas – Slovenská realita

Vladimir Littva, Majid Belmiloud, Imrich András

Abstrakt

Darovanie orgánov na transplantáciu sa stáva v dnešnej dobe jedným z najdôležitejších faktorov, ktoré ovplyvňujú nielen rozvoj, ale aj stabilitu transplantológie. Príspevok je zameraný na etické a právne aspekty pri transplantácii ľudských orgánov z hľadiska informovaného súhlasu a jeho chápania v súčasnej Slovenskej spoločnosti. Podľa vykonaného prieskumu 52 % respondentov nepozná zákon, ktorý upravuje darovanie a transplantácie orgánov v SR a 74 % respondentov nevedelo o možnosti, že každý občan môže za svojho života vyjadriť písomný nesúhlas s odberom svojich orgánov po smrti.

Kľúčové slová

Transplantácie, informovaný súhlas, predpokladaný súhlas, darovanie orgánov, darca

Úvod

Darovanie orgánu, alebo transplantátu je prejavom hlbokého sociálneho cítenia a spolupatričnosti. Nielen podľa komunitariánskeho prístupu k etike, ale všeobecne. Rozhodnutie pomôcť je prejavom ochoty podeliť sa s tým, čo je najcennejšie - časťou svojho vlastného tela. Samotným darovaním ako keby darca chcel prehlásiť ochotu zdieľať spoločný život nielen v cítení, ale aj existencii spolu s príjemcom. Nič na tom nezmení ani fakt, že sa vo väčšine prípadov darca a príjemca nepoznajú. [1]

Veľa sa diskutuje o tom, čo je, alebo čo by mohlo byť hlavným dôvodom rozhodnutia stať sa darcom orgánov, buniek a tkanív.

Jedným z možných náhľadov na tento problém je percepčia darovania z hľadiska dobrovoľnosti rozhodnutia z čirej lásky k blížnemu – altruizmus. V súčasnej dobe je tento prístup k darovaniu najbežnejší a najpriateľnejší. Čo je však jeho základom? Aká je pohnútkou pre samotné rozhodnutie? Môže to byť:

- Náboženský aspekt prežívania.

Veľa ľudí zvlášť v krajinách zo silným náboženským zázemím pozerá na potrebu deliť sa ako na nábožensky podmienenú a podporenú dosiahnutím odmeny v rámci dosiahnutia spásy. Vnímanie získania tejto odmeny je upriamené tak na prítomnosť, život v spoločenstve veriacich, ako aj do budúcnosti, na získanie večného blaha. Takýto prístup podporuje predovšetkým komunitarianistické chápanie etiky spojenej s personalizmom.

- Spoločenské vnímanie potreby.

Spoločnosť prebrala zodpovednosť – presnejšie časť zodpovednosti na poskytnutie určitej starostlivosti o zdravie a hmotné dobro pre jej jedincov. Ak sa spoločnosť chápe ako garant dobra je len prirodzené, že sa hlási o práva získania moci a zdrojov pre takéto dobro. V našom prípade sa spoločnosť hlási o možnosť ovplyvnenia slobodného rozhodnutia človeka pre darcovstvo. Najschodnejšou cestou je edukácia a informovanie. Tieto dve možnosti totiž nekolidujú s užívaním slobody jednotlivca. Vytvárajú predpoklad pre správne rozhodnutie. Ak by sa úloha spoločnosti chápala absolutisticky a premietlo by sa to do získania moci a zdrojov – tak by si spoločnosť nárokovala na rozhodovanie v mene darcov. V čiastočnej forme i keď nepriamo je to v štátoch, kde existuje prezumpcia informovaného súhlasu s odberom u kadaverózných darcov. V takýchto krajinách sa telo človeka po smrti považuje za majetok spoločnosti – štátu, a tento môže o ňom slobodne rozhodovať.

- Individuálne vnútorné prežívanie potreby darovania.

Život človeka je naplnený nielen strohými racionálnymi rozhodnutiami, ale aj bohatým citovým prežívaním. Citové prežívanie neraz ovplyvňuje naše rozhodovanie v situáciách, kde sa nevieme celkom rozhodnúť na základe intelektuálneho poznania. V takom prípade citové prežívanie podporí určité rozumové stanovisko tým, že mu prisúdi väčšiu dôležitosť. O potrebe darovania orgánov má vedomosť väčšina potencionálnych darcov. Racionálne prehodnocuje skutočnosť nedostatku vhodných orgánov a možnosti stať sa darcom. A práve v takejto chvíli, keď rozumové argumenty na oboch stranách: za i proti sú vyvážené môže nájsť citové pôsobenie svoje miesto. Pocit užitočnosti, pocit šťastia z delenia sa, pocit blaha z príklonu k dobru a pocit zadosťučinenia za uskutočnenie dobrého skutku zohrávajú dôležitú úlohu pri rozhodovaní každého jednotlivca.

- Etablované vzťahy s možnými príjemcami.

Niektorí etici popierajú úplnú slobodu rozhodovania sa v prípade ak je tam účasť blízkej osoby. Hovorí, že vzájomné vzťahy nás oberajú o slobodu.

V skutočnosti sloboda rozhodovania pramení vo vnútri človeka a nie mimo neho. Ani blízke vzťahy nás neoberajú o slobodu pokiaľ rozhodujeme racionálne.[2]

Právo a etika informovaného súhlasu na Slovensku

Na Slovensku je legislatíva ohľadom informovaného súhlasu zahrnutá v zákone 576 z roku 2004 O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.[3] Informovaný súhlas vychádza z princípu autonómie podľa ktorého človek ako rozumný a zároveň slobodný tvor má právo rozhodovania o sebe.[4] Toto základné právo sa má prejavovať a uplatniť hlavne v rozhodnutiach, ktoré ovplyvnia jeho budúcnosť, či z existenčného, alebo kvalitatívneho pohľadu. Munson charakterizuje autonómiu ako iniciovanie akcie cez slobodný výber.[5] Poučenie má za úlohu poskytnúť dostatok informácií na vykonanie rozhodnutia. Subjektom poučenia je v prvom rade samotný pacient. Právo na slobodné sebaurčenie sa realizuje predovšetkým samostatným rozhodnutím človeka (v našom prípade darcu alebo príjemcu). Informovaný súhlas zohľadňuje v sebe nasledujúce skutočnosti:

- Preferencie pacienta – Je potrebné vedieť čo pacien chce a nechce vedieť na vykonanie svojho rozhodnutia. Chce vedieť úplnú pravdu? Chce vedieť všetky dôsledky? Chce vedieť podrobnosti postupu pri liečení? A podobne.
- Profesionálny postoj a prístup – tento je zabezpečovaný dodržiavaním určitých zaužívaných štandardov na pracovisku.
- Pravidlo opatrnosti – Informujúci sa pýta sám seba čo pacient potrebuje vedieť, aby mohol vykonať správne rozhodnutie.
- Potrebnosť podstatných subjektívnych informácií – Čo môže lekár okrem toho považovať za dôležité I keď nie podľa zákona potrebné pri informovaní pacienta. [6]

V prípadoch ak pacient (darca alebo príjemca) nespĺňa podmienky byť subjektom poučenia a prejavíť súhlas/nesúhlas podľa zákona existujú náhradný zástupcovia, ktorí musia rozhodnutie spraviť v mene pacienta.

Povinnosť poskytnúť informácie sa týka aj kvalitatívnych vlastností informácie. Kvalita informácie má vzťah k reštriktívnosti voči autonómii pacienta.[7] V medicíne sme si zvykli používať množstvo cudzích slov, názvov a odborných

vyjadrení. Pacient však nemusí byť lekárom. Napriek tomu má právo byť informovaný a rozhodnúť sa. V praxi to znamená vyhnúť sa terminológii, ktorá bežnému človekovi nevyhovuje. Z hľadiska etiky je otázne nakoľko sa to dá. Vieme, že moderná terminológia bola zavedená na základe dodržania čo najväčšej presnosti a výstižnosti informácie. Do zrozumiteľnosti je zahrnutá aj komunikácia, čo je viac ako len podávanie faktu. Vyžaduje si to väčšiu námahu od podávateľa informácie ale zároveň aj interaktivitu – odpoveď zo strany pacienta.[8] Dokonca aj význam jednotlivých vyjadrení môžu znamenať v chápaní lekára iné ako v chápaní pacienta. John. M. Freeman a Kevin McDonnell v knihe Tough Decisions – Cases in Medical Ethics pojednávajú o tomto probléme. Rozdielnosť chápania vyjadrení, ktoré sú jasné a presné z hľadiska lekárskej, alebo zdravotnej terminológie.[9] Napríklad ak lekár povie pacientovi vetu: Po zákroku máte 30 % pravdepodobnosť vrátiť sa do bežného života. Čo to znamená? Je 30% v tomto konkrétnom prípade veľa, málo alebo postačujúco? Čo znamená bežný život v chápaní lekára a čo v chápaní pacienta? Úplné vyzdravenie? Prežívanie s občasnými ťažkosťami? Každodenné trápenie? A podobne. Nikto nedokáže podať informáciu presne tak, aby sa zabezpečilo jej 100% chápanie. Zdravotnícky personál sa len snaží o podanie čo najzrozumiteľnejšej informácie pre pacienta.

Zákon hovorí, že informácia musí byť podaná bez nátlaku. Toto vyjadrenie zahŕňa v sebe tak slobodu ako právo na informáciu ako aj slobodu v ponímaní mať na výber. Ak lekár alebo iný zdravotnícky personál zalmčí dôležité fakty v prezentovaní informácie pre pacienta – oberá ho o možnosť kvalitatívne vyspelej voľby. Zasahuje do jeho slobodného rozhodovania. Potlačenie slobody môže nastať nedoručením informácie, selektívnym vyakcentovaním tej časti informácie, ktorá môže ovplyvniť rozhodnutie, nedopriatím výberu – zamlčaním iných možností a nedopriatím dostatočného času na rozmyslenie.

V štvrtej časti zákona, sa druhá hlava od § 35 po § 39 vrátane zaoberá odberom, uchovávaním a prenosom orgánov, tkanív a buniek. § 35 hovorí o všeobecných podmienkach. Odoberanie, uchovávanie a prenos orgánov, tkanív a buniek na účely transplantácie a vedeckovýskumné ciele môžu vykonávať len poskytovatelia na základe povolenia podľa osobitného predpisu. Na Slovensku Ministerstvo zdravotníctva vydáva doklad o akreditácii pracoviska. V súčasnej dobe na Slovensku fungujú štyri špecializované transplantačné centrá (ďalej len TC). Ich úlohou je rozvoj a výskum v rámci transplantaológie ako aj personálne a technické zabezpečenie výkonov transplantácií na území Slovenskej republiky.

- Najstarším je Národné transplantačné centrum v Bratislave, ktoré vzniklo v roku 1972.
- V roku 1990 bolo etablované TC vo fakultnej nemocnici v Košiciach.
- V roku 1991 sa otvorilo TC v Roosweltavej nemocnici v Banskej Bystrici.
- V roku 2003 vo Fakultnej nemocnici v Martine.

Na Slovensku sa je možné podrobiť transplantácii obličiek, kostnej drene, srdca, pankreasu a pečene. Vzhľadom na náročnosť ale aj spoluprácu transplantácie pľúc a multiorgánové transplantácie zahrňujúce pľúca sa pre obyvateľov Slovenska vykonávajú v Univerzitnej nemocnici vo Viedni. Od roku 1998 sa pracuje na rozšírení transplantačného programu Slovenskej republiky aj o transplantáciu pľúc. Do úvahy prichádza etablovanie ďalšieho transplantačného centra špecializovaného na transplantáciu pľúc vo Vyšných Hágoch v Národnom ústave tuberkulózy, respiračných chorôb a pľúcnej chirurgie.

Poskytovateľ ústavnej starostlivosti je povinný oznamovať údaje o potenciálnych darcoch do registra darcov, ktorý vedie ministerstvo zdravotníctva od roku 1995. Národný transplantačný register. Predmetom zberu dát v registri sú epidemiologické a klinické údaje o pacientoch po orgánových transplantáciách, pacientoch – čakateľoch na transplantácie a údaje o potenciálnych darcoch orgánov a tkanív v SR. Register vedie databázu osôb odmietajúcich darovanie orgánov, tkanív a buniek po smrti. Národný transplantačný register bol založený spolu so Slovenským centrom orgánových transplantácií: www.ncot.sk. Správu registra zabezpečuje Slovenská zdravotnícka univerzita. Národný transplantačný register je súčasťou informačnej siete pre program transplantácie orgánov, koordinovanej na regionálnej, národnej a medzinárodnej úrovni.

§ 36 sa venuje odoberaním orgánov, tkanív a buniek z tiel živých darcov. Odobrať orgány, tkanivá a bunky z tela živého darcu na účely ich prenosu do tela inej osoby možno len vtedy, ak sa predpokladá, že odber vážne neohrozí zdravotný stav darcu, Z hľadiska etiky sa tu uplatňuje princíp nonmaleficiencie v čo najväčšom merítku. Pri možnom ohrození zdravia darcu je tento odmietnutý. Predpokladá sa priamy liečebný prospech pre príjemcu - to je súčasť odôvodnenia zákroku – odberu. Prospech pre príjemcu musí prevažovať nad ujmom darcu. Vzhľadom na skutočnosť, že sa zmení zdravotný stav darcu, benefit musí byť väčší ako predpokladaná strata – zníženie kvality života darcu. Nie je možnosť získať vhodný orgán, tkanivo alebo bunky od mŕtveho darcu -

táto podmienka má z etického hľadiska uprednostniť menšie zlo. Darcom podľa odseku 1 nesmie byť osoba, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody. Z etického hľadiska sa chce týmto spôsobom predísť podozreniam, že darca bol zneužitý, alebo prinútený štátnymi orgánmi. § 37 reguluje odoberanie orgánov, tkanív a buniek z tel mŕtvych darcov. Mŕtvym darcom môže byť len osoba, u ktorej bola podľa tohto zákona určená smrť. V skutočnosti sa jedná o konštatovanie smrti. Odobrať orgány, tkanivá alebo bunky z tel mŕtvych darcov možno iba vtedy, ak osoba počas svojho života neurobila písomné vyhlásenie, že s týmto zásahom do svojej telesnej integrity nesúhlasí. Za osobu nespôsobilú dať informovaný súhlas môže takéto písomné vyhlásenie urobiť počas jej života zákonný zástupca. Vyhlásenie podľa odseku 2 s osvedčeným podpisom podľa osobitného predpisu sa zasiela do registra osôb, ktoré vyjadrili počas svojho života nesúhlas s odobratím orgánov, tkanív a buniek po smrti, ktorý vedie ministerstvo zdravotníctva.

Nesúhlas podľa odseku možno kedykoľvek odvolať. Informovaný súhlas je právnym aktom v medziach zákona. Nie je nezvratným a podlieha zmenám postojov. Z toho dôvodu ak pacien v dodatočnom čase uzná za vhodné zmeniť svoj postoj k liečbe, má sa postupovať podľa posledne vyjadreného súhlasu, alebo nesúhlasu.

Prieskum a jeho interpretovanie

Vzhľadom na predpoklad, že súčasná Slovenská spoločnosť nemá dostatočné informácie ohľadom predpokladaného informovaného súhlasu sme uskutočnili dotazníkový prieskum vo viacerých Slovenských lokalitách (Ružomberok, Liptovský Mikuláš, Poprad, Spišská Nová Ves, Kežmarok, Košice, Prešov, Brezno, Banská Bystrica) o vedomostiach verejnosti. Respondenti boli vybraní náhodne. Úlohou bolo zistiť:

1. úroveň informovanosti respondentov o zákone, ktorý upravuje darovanie orgánov v SR
2. úroveň informovanosti respondentov o právnych aspektoch odberu orgánov po smrti,
3. zistiť úroveň informovanosti respondentov o možnosti vyjadriť písomný nesúhlas s odberom orgánov po smrti,
4. zistiť postoje laickej verejnosti k súhlasu transplantácií orgánu v prípade ich potreby.

Prieskumnú vzorku tvoril súbor 280 respondentov vo veku od 18 do 65 rokov. Rozdelenie vzorky podľa pohlavia je v tabuľke č. 1.

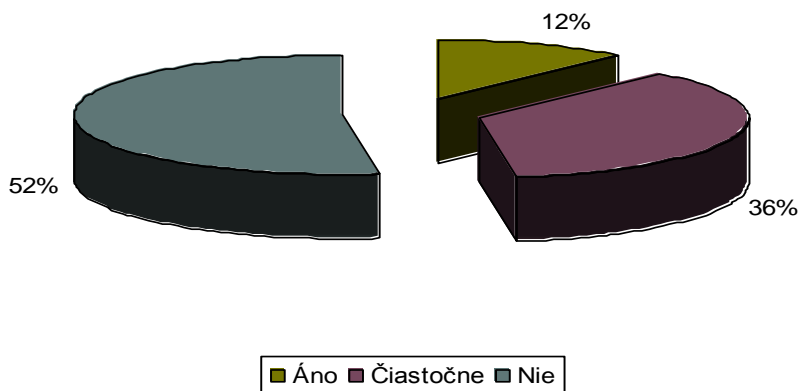
Tabuľka 1 Respondenti podľa pohlavia

	n	%
Žena	182	65,00
Muž	98	35,00
Spolu	280	100

Na otázku, či respondent pozná zákon, ktorý upravuje darovanie a transplantovanie orgánov v Slovenskej republike odpovedalo 52 % že zákon nepozná, 36 % čiastočne a len 12 % respondentov odpovedalo, že tento zákon pozná. Výsledky sú zobrazené v tabuľke č. 2 a grafe č. 1. Z uvedených odpovedí vyplýva predpoklad, že tí, ktorí nepoznajú zákon, nemajú ani dostatočné informácie ohľadom informovaného súhlasu. Nezistovali sme hĺbku znalosti zákona, ale jednoducho len informáciu, či vedia o tomto zákone.

Tabuľka 2 Vedomosti respondentov ohľadom zákona, ktorý upravuje darovanie a transplantácie orgánov v SR

	n	%
Áno	33	12
Čiastočne	101	36
Nie	146	52
Spolu	280	100

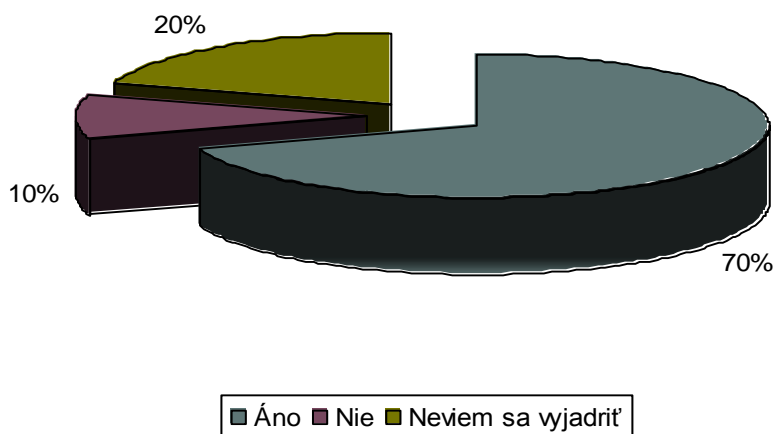


Graf 1 Vedomosti respondentov ohľadom zákona, ktorý upravuje darovanie a transplantácie orgánov v SR

Ohľadom úroveň informovanosti o právnych aspektoch odberu orgánov po smrti a súhlase príbuzných si 70 % respondentov myslí, že je potrebný súhlas príbuzných s odberom po smrti darcu. Nevedelo sa vyjadriť 20 % respondentov a 10 % respondentov uviedlo, že súhlas príbuzných nie je potrebný.

Tabuľka 3 Vedomosti respondentov ohľadom súhlasu príbuzných s odberom po smrti darcu

	n	%
Áno	196	70
Nie	28	10
Neviem sa vyjadriť	56	20
Spolu	280	100

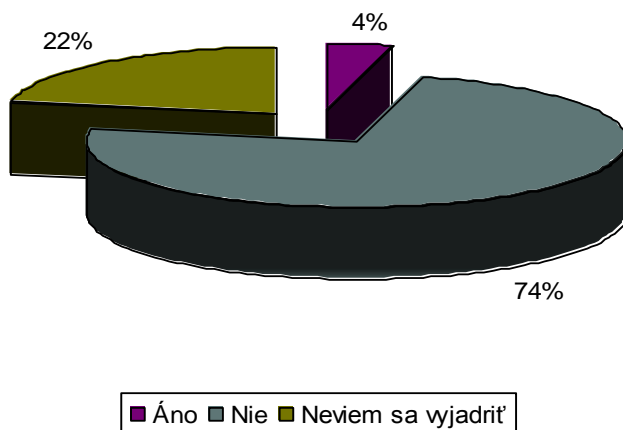


Graf 2 Vedomosti respondentov ohľadom súhlasu príbuzných s odberom po smrti darcu

Na Slovensku je stále podľa práva platný predpokladaný súhlas s odberom orgánov na transplantáciu pokiaľ je nie mŕtvy zaregistrovaný v registri nedarcov. Napriek tomu až 74 % respondentov nevedelo o možnosti vyjadriť písomný nesúhlas s odberom svojich orgánov po smrti, 22 % respondentov sa k tomuto problému nevedelo vyjadriť a len 4 % respondentov vedelo o registri nedarcov. To znamená, že na Slovensku je vysoké percento darcov vzhľadom na platnú legislatívu.

Tabuľka 4 Poznanie možnosti vyjadriť písomný nesúhlas s odberom svojich orgánov po smrti

	n	%
Áno	11	4
Nie	207	74
Neviem sa vyjadriť	62	22
Spolu	280	100

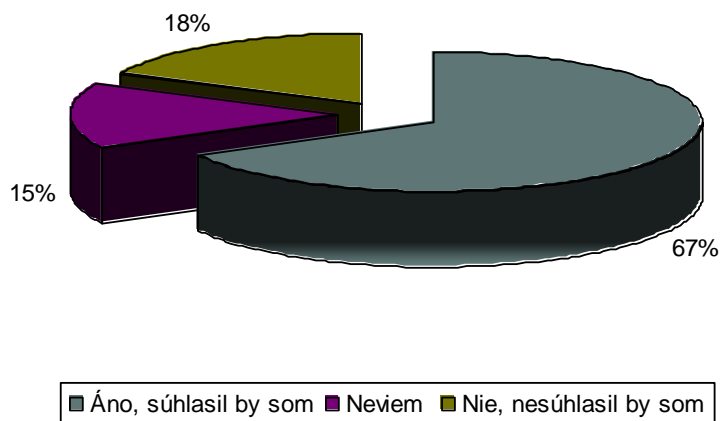


Graf 3 Vedomosti respondentov ohľadom možnosti vyjadriť písomný nesúhlas s odberom svojich orgánov po smrti

Z výsledkov analýzy vyplynulo, že napriek neznalosti ohľadom právnych predpisov vzťahujúcich sa k informovanému súhlasu pri transplantáciách väčšina respondentov by s odberom orgánov súhlasila. Až 67 % respondentov by súhlasilo s darovaním orgánov po smrti, 15 % respondentov sa nevedelo rozhodnúť a 18 % by nesúhlasilo s darovaním orgánov. Svoje záporné rozhodnutie však nevedeli odôvodniť.

Tabuľka 5 Vyjadrenie ochoty darovať po smrti niektorý svoj orgán

	n	%
Áno, súhlasil by som	188	67
Neviem	42	15
Nie, nesúhlasil by som	50	18
Spolu	280	100



Graf 4 Vyjadrenie ochoty darovať po smrti niektorý svoj orgán

Z výsledkov prieskumu a ich analýzy vyplýva potreba zvyšovania informovanosti laickej verejnosti v tejto oblasti. Ako sme sa mali možnosť presvedčiť, informovanosť verejnosti o právnom systéme v SR týkajúca sa odberov a transplantácií je nedostatočná a v médiách sa tejto téme venuje pomerne málo pozornosti. Napriek tomu môžeme skonštatovať, že aj keď právna norma povoľuje odobratie orgánov od mŕtveho darcu aj bez alebo proti súhlasu príbuzných, vo väčšine prípadov sa rešpektuje názor a stanovisko príbuzných.

Záver

Podobne ako ktorákoľvek iná veda aj transplantológia sa stretáva vo svojom vývoji s dilemami a hľadaním hraníc konania po stránke etickej a morálnej. Žiaden zásah, ktorý ovplyvňuje život tak v globále ako aj život jednotlivca, nie je eticky a morálne indiferentný. Každý takýto zásah musí mať správne a dostatočné odôvodnenie. Transplantácie predstavujú pre mnohých pacientov

jedinú šancu na prežitie, alebo na zlepšenie kvality zdravia. V súčasnosti je transplantácia považovaná za životaschopnú a realizovateľnú cestu k zlepšeniu zdravia človeka. UNOS v roku 1995 spracovalo štúdiu úspešnosti transplantácií podľa ktorej 84,8 % príjemcov obličiek, 82,7 % príjemcov pankreasu, 71,8 % príjemcov pečene, 71,7 % prijímateľov srdca a 48,8 % príjemcov pľúc prežilo po transplantácii viac ako 4 roky. **[10]**

V súčasnej dobe 14 Európskych štátov používa predpokladaný súhlas v aplikácii na darovanie orgánov. **[11]** To znamená, že obyvatelia týchto štátov sú potencionálnymi darcami až do chvíle kým sa nerozhodnú slobodne prejavíť svoj nesúhlas zapísaním san a listinu nedarcov.

Európska komisia prijala 30. mája 2007 vyhlásenie upozorňujúce na najdôležitejšie výzvy plynúce pre zákonodarstvo ohľadom darovania orgánov a transplantácií. **[12]** Toto vyhlásenie sa zameriava na kvalitu a bezpečnosť práce s ľudskými orgánmi, zväčšovanie dostupnosti orgánov ako aj zvýšenie efektivity a dostupnosti transplantácií v členských štátoch EU.

Vyhlásenie hovorí o dvoch použiteľných mechanizmoch :

- Akčný plán na zlepšenie spolupráce medzi členskými štátmi EU. Tento plán bude založený na identifikácia a rozvoji spoločných cieľov na základe použitia kvantitatívnych a kvalitatívnych ukazovateľov z pravidelnej štatistiky.

Analýza transplantačných údajov v krajinách EU potvrdila veľké rozdiely medzi jednotlivými krajinami v pomere medzi darovaním od mŕtveho darcu a živého darcu podobne ako v transplantačných aktivitách. Je nutné zabezpečiť výmenu informácií ako aj zabezpečiť porovnateľnú dostupnosť transplantácií. Preto je potrebné identifikovať najpriateľnejší model a aplikovať ho v jednotlivých krajinách s prihliadnutím na kultúrnu a organizačnú diverziu.

- Legislatívne zázemie EU na dosiahnutie kvality a bezpečnosti darovania orgánov a vykonávania transplantácií. Legislatíva vychádza z článku 152 Zmluvy Európskej Komisie a je zameraná na vytváranie čo najprimeranejšieho a flexibilného Európskeho legislatívneho rámca.

Slovensko ako člen EU aproximovalo svoje zdravotnícke právo k právu ostatných členov EU.

Literatúra

- [1] Koch, T.: Scarce Goods – Justice, Fairness, and Organ Transplantation, Praeger Publishers, Westport, 2002, s 77.
- [2] Finn, R.: Organ Transplants – Making the Most of Your Gift of Life, O'Reilly & Associates, Sebastopol, 2000
- [3] Zákon 576/2004 Zz. O zdravotnej starostlivosti, [online], [cit. 2011.03.10.], Dostupné na internete: <<http://www.zdravie.sk/sz/content/464-20817/zakon-5762004-zz-o-zdravotnej-starostlivosti-sluzbach-suvisiacich-s-poskytovanim.html>>
- [4] Garret, T, Baillie, H., Garret, R.: Health Care Ethics – Principles and Problems, Prentice Hall Inc., New Jersey, 2001, s.29.
- [5] Munson, R.: Intervention and Reflection Basic Issues in Medical Ethics, Wadsworth Publishing Company, Belmont, 2000, s. 41.
- [6] Garret, T, Baillie, H., Garret, R.: Health Care Ethics – Principles and Problems, Prentice Hall Inc., New Jersey, 2001, s. 35.
- [7] Munson, R.: Intervention and Reflection Basic Issues in Medical Ethics, Wadsworth Publishing Company, Belmont, 2000, s. 41.
- [8] Garret, T, Baillie, H., Garret, R.: Health Care Ethics – Principles and Problems, Prentice Hall Inc., 2001, New Jersey, s. 37.
- [9] Freeman, J., McDonnell, K.: Tough Decisions – Cases in Medical Ethics, Oxford University Press, Oxford, 2001, s. 33 – 42.
- [10] Finn, R.: Organ Transplants – Making the Most of Your Gift of Life, O'Reilly & Associates, Sebastopol, 2000, s. 3.
- [11] Pence, G.: Classic Cases in Medical Ethic, McGraw-Hill, 2000, Boston, s. 323.
- [12] Dostupné na internete: [online], [cit. 2011.03.10.], <http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/documents/organs_com_en.pdf>

Transplantations and Informed Consent – Slovak Reality

Abstract

Nowadays organ donation became one of the most important factors, which can influence progress in organ transplantations but also its stability. Our contribution is focused on ethical and legal aspects of transplantations, from the point of informed consent, as it is understood in Slovak society. According to survey carried out 52 % of all respondents doesn't know the law concerning to informed consent and 74 % of respondents doesn't know about the possibility to express disagreement with taking of organs after death.

Key words

Transplantation, informed consent, presumptive consent, organ donation, donor.

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD. MPH., FZ KU Ružomberok
e-mail: littva@ku.sk

Ing. Majid Belmiloud, PhD. PF KU Ružomberok
e-mail: majidex@yahoo.com

Bc. Imrich András
e-mail: imrich.andrasi@ku.sk

Emocionálna inteligencia v pomáhajúcich profesiách

Monika Mačkinová

Abstrakt

Emocionálna inteligencia tvorí nepostrádateľnú súčasť pozitívneho pôsobenia pre pracovníkov pracujúcich v pomáhajúcich profesiách. Zahŕňa také kvality ako je chápanie vlastných citov, schopnosť vcítiť sa do iných ľudí a riadiť city tak, aby sa zlepšila kvalita života.

Kľúčové slová

Emocionalita, inteligencia.

Úvod

Výraz inteligencia sa stalo všeobecným pojmom na vyjadrenie vedomosti, schopnosti, správania, vôle a iných pozitívnych vlastností človeka. Ak hovoríme o niekom, že je inteligentný je dôležité, aby sme špecifikovali oblasť v ktorej sa týka (logickej, matematickej, jazykovej, muzikálnej, priestorovej a pod. inteligencii). V posledných rokoch sa osobitne zdôrazňuje význam emocionálnej inteligencie, ktorá predstavuje pre človeka schopnosti ako je pochopenie a poznanie seba, sebaovládanie, vytrvalosť, ovládanie vlastných emócií, empatia, ktoré vedú k spokojnosti človeka.

Na rozdiel od inteligenčného kvocientu, ktorý od určitého veku postupne klesá, sa emočná inteligencia rozvíja počas celého života a životnými skúsenosťami sa zvyšuje. Na rozdiel od iných typoch inteligencie, ktoré sú podmienené vrodenými dispozíciami, emočnú inteligenciu sa možno učiť ba naučiť neustálym tréňovaním, čo predstavuje jej cielené používanie v každodennom styku s ľuďmi.

Hnev, strach, smútok sú negatívnymi emóciami, ktoré, ak niekedy neprejavené, akoby držané vo vnútri človeka môžu mať deštruktívne účinky a negatívne ovplyvňovať duševné zdravie /emocionalitu/ človeka.

Emocionálnu inteligenciu je možno naučiť, rozvíjať a následne aplikovať v každodennom styku s ľuďmi ako nástroj komplexnej harmonizácie človeka.

Märtinová D. a Boecková, K. /2/ do emocionälnej inteligencie zahŕňajú také kvality, ako je chápanie vlastných citov, schopnosť vcítiť sa do iných ľudí a riadiť city tak, aby sa zlepšila kvalita života.“

Ak človek žije život tak, že jeho vonkajšie postoje a činy korešpondujú s jeho vnútorným presvedčením, vzniká pocit integrity, ktorý je základnou podmienkou na prežitie plnohodnotného života.

Žiť život v súlade so sebou samým, znamená nájsť prirodzený rytmus v každodennom živote, citlivo vnímať dianie okolo a prejavovať záujem nielen o seba, ale aj o iných.

V realite nášho osobného života a každodenných povinností nie raz plných stresov a nespracovaných zážitkov, často vzniká akési uviaznutie v sieti problémov a človek sa stáva presýtený a otrávený akoby „mentálnym balastom“ (1).

Kvalita rodinných vzťahov sa značne narušila, emocionälna a výchovná funkcia rodiny bola oslabená a znižuje sa stabilita rodiny ako primárnej sociälnej skupiny (2).

Takýto stav oberá človeka o vzácny čas a viaže našu energiu. Mentálne sa zbaviť balastu znamená dať tomu, čo je vzácne primerané miesto v živote a určiť si priority a hodnoty. Človek často žije svoj život pasívne ako obeť vonkajších okolností a nemá odvahu, vôľu alebo i silu postaviť sa a zobrať svoj život do vlastných rúk.

Životný štýl ovplyvňuje zdravie, prostredie s prepojením na činnosť človeka, genetické faktory ale aj zdravotná a sociälna starostlivosť (3).

„Častým dôvodom psychickej disharmónie je to, že nedokážeme akceptovať prítomnosť, trpíme pre niečo, čo nemôžeme zmeniť.“ (7)

Tu by malo platiť, že minulosť je len snom a budúcnosť akousi predstavou. Avšak dobre prežitý dnešok, mení minulosť na krásny sen a budúcnosť na predstavu plnú nádeje.

Mentálne zbavovanie sa starého, ťaživého je akýsi magický proces, v ktorom si kladieme otázku, čo a kto ma blokuje, vďaka čomu a komu rastiem. Pociť strachu, pociť viny nás oklieštuje natoľko, že nám bráni byť v zhode so svojim ja, a preto sa stávame našim správaním sa pre naše okolie nečitateľnými, divnými. Jednoducho okolie nám nerozumie. Neplačeme, keď máme chuť plakať, nekričime, keď máme chuť kričať a takto na seba nabaľujeme rôzne fasády, pod ktorými sa skrýva niekto iný.

Negatívne situácie, emócie, ktoré vedú k mentálnemu balastu človeka:

- Sťažovanie si, ponosovanie a státie na mieste robí človeka nešťastným. Večné ponosovanie sa je neriešenie problému a navyše je nákazlivé. Je výhoda mať priateľov, kolegov, ktorí nás neťahajú nadol. (Iste všetci poznáme situácie, kedy nám pri tom, ktorom človeku bolo fajn, cítili sme vo vnútri akúsi úľavu na duši, radosť a posunutie sa – áno, mám na mysli tých, s ktorými stretnutie nie je prázdne, ale aktívne, ozajstné.)
- Prežitá zážitky, silné emócie z minulosti nemôžeme jednoducho zmazať. Stávajú sa súčasťou nás, nášho formovania a bytia. Svoj vlastný postoj, a tým aj uhol pohľadu, ovplyvnenie svojej emocionality môžeme však zmeniť vždy. Pre trochu uznania, rešpektovania a lásky človek urobí takmer všetko. Ale pozor, často sa za tým skrýva len sugestívne využitie situácie, ktorej dôsledkom býva sklamanie, smútok, nenaplnené očakávania, čo negatívne ovplyvňuje emocionalitu človeka a vyvoláva rôzne frustrácie.
- Človek v nadhľade – zrejúca osobnosť si svoju emocionalitu ustojí, dotkne sa svojich pocitov, filtruje mentálny balast, akceptuje a rieši ho.
- Vzťahy ovplyvňujú kvalitu a zmysel života, preto je dôležité si občas robiť „inventúru vo vzťahoch“, len tie vzťahy, v ktorých človek rovnako dáva, rovnako dostáva, sú kvalitné, partnerské. Sú situácie, ktoré vyžadujú zrieknutie sa niektorých vzťahov. Každé zrieknutie je rozlúčka a každá rozlúčka, či už dobrovoľná, alebo nedobrovoľná, je viac či menej bolestivý proces.

Potom treba súhlasiť s Rogersom, K. (6) že nedokážeme sa zmeniť, nedokážeme postupovať vpred, pokiaľ neprijmeme samých seba takých, akí sme.

V súčasnosti sa oveľa väčší dôraz kladie na emocionalitu jedinca, dokonca emocionalita je často motívom pri voľbe profesie, ... Preto stojí za zamyslenie sa zaoberať sa tým, čo posilňuje emocionalitu človeka, hľadať spôsoby a mechanizmy, ako svoj život presmerovať.

Všetko, čo si človek vo svojej fantázii vymyslí, mozog spracuje na obrazy. Každý z nás sa môže rozhodnúť, či ich chce mať, alebo nie, či svoje „emočno“ zaťažuje mentálnym balastom a bude tak zaťažený negatívnou energiou.

Málo ľudí, i keď i takí existujú, má rado konflikty a pretože sú súčasťou nášho života a nemôžeme sa im vždy vyhnúť, potrebujeme sa ich naučiť zvládať

a emočná inteligencia nás pomáha nie len konflikty zvládať ale im aj predchádzať. To všetko potom vytvára naše stereotyp regulované našou racionalitou a emotivitou. Preto treba súhlasiť s Haringom, V. (4) že ľudský mozog je ako roztavený vosk, do ktorého sa vtlačajú akoby pečatným prsteňom naše zážitky. Pre pomáhajúce profesie je emočná inteligencia základnou a nenahraditeľnou výbavou pre ich pozitívne profesionálne pôsobenie.

V pôrodnej asistencii prostredníctvom emocionálneho pôsobenia dokážeme na ženu pozitívne motivovať k dosiahnutiu požadovaných cieľov zameraných na ochranu reprodukčného zdravia (6).

Schéma 1 Kompetencie súvisiace s emočnou inteligenciou:

<p>Uvedomovanie si samého seba: emocionálne uvedomovanie si samého seba presne sebahodnotenie sebadôvera</p>	<p>Sociálne uvedomovanie: empatia organizačné uvedomovanie služby</p>
<p>Riadenie seba samého: sebakontrola transparentnosť prispôsobivosť iniciatíva optimizmus</p>	<p>Riadenie vzťahov: inšpirovanie vplyv rozvoj druhých katalyzátor zmeny riadenie konfliktov spolupráca a tímové dosahovanie cieľov</p>

Neschopnosť vnímať city druhého človeka je závažným deficitom emocionálnej inteligencie a tragickým zlyhaním ľudskosti, takémuto stavu hovoríme ja emočná hluchota.

Znakmi nezrelej emocionálnej inteligencie sú:

- *egocentrizmus, t. j. zameranosť na seba, nevšímavosť voči druhým*
- *nekontrolované emócie - neprimeraná reakcia na kritiku, výbušnosť, rýchle zmeny nálady*
- *pôžitok- povrchné, impulzívne správanie, nedočkavosť, vypočítavosť*

- *závislosť - vlastná nerozhodnosť, ľahká ovplyvniteľnosť, vyhýbanie sa zodpovednosti*

Záver

Zdravotnícky pracovník pracujúci na všetkých úrovniach potrebuje popri všetkých profesionálnych vedomostiach, zručnostiach a etickej výbave, obohacovať sa novými formami motivácie pre svoju náročnú prácu. A v tomto zmysle môže emocionálna inteligencia plniť funkciu jeho celoživotnej formácie.

Literatúra

- [1] POHLEOVÁ, R. 2005. *A dosť!:* Ikar, a. s. Bratislava, 2005, str. 11. ISBN 80-551-1057-3
- [2] PADYŠÁKOVÁ, H. 2008. *Výchova k rodičovstvu.* Bratislava : SZU, 2008. 108 s. ISBN 978-80-89352-22-7.
- [3] MUSILOVÁ, E. 2009. Životný štýl adolescentov, *Ošetrovateľský obzor*, Ročník VI, 2/2009, ISSN 1336-5606, s.42-44
- [4] HARING, V.1988. In Zborník: *Nové trendy vo výuke psychológie. Prijímanie samého seba.* 1998.
- [5] MARTINOVÁ, D. – BOECKOVÁ, K. 1998. Emocionálna inteligencia. *Slovenský spisovateľ:* 1998, str. 10. ISBN 80-220-0842-7
- [6] REPKOVÁ, A. 2006. *Gynekologické ošetrovateľstvo.* Martin : Osveta, 2006. 138 s. ISBN 80- 8063-236-7.
- [7] ROGERS, C. R.1999. *O slobodnej moci.* 1. vyd. Modra: Persona, 1999, str. 26. ISBN 80-967980-1-4
- [8] TEPPERWEIN, K.2004. *Šanca na nový začiatok.* Ikar, a. s. Bratislava, 2004, str. 35. ISBN 80-551-0809-9

Kontaktné údaje

PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

e-mail: monika.mackinova@szu.sk

Rodina ako činiteľ redukcie stresu pri ošetrovaní chirurgického pacienta

Mariana Magerčiaková

Abstrakt

Chirurgický pacient je vystavený mnohým stresogénnym faktorom, ktoré ho môžu v rozličnej miere negatívne ovplyvňovať. Jedným zo spôsobov redukcie stresu u chirurgického pacienta je kontakt s jeho podpornými osobami. Sestry ako zdravotnícki pracovníci, ktorí sú v bezprostrednom kontakte s pacientom najčastejšie, majú aj najväčšie možnosti kontaktu s rodinou pacienta, čo môžu efektívne využívať pri redukcii stresu u chirurgického pacienta. Príspevok prináša náčrt možností sestier vo vzťahu k rodine ošetrovaného chirurgického pacienta s cieľom redukovať negatívne účinky stresu. Tieto možnosti vychádzajú z realizovaného výskumu, ktorého čiastkové výsledky sú tiež súčasťou príspevku.

Kľúčové slová

Stres. Chirurgický pacient. Rodina. Sestra.

Úvod

Stres je definovaný ako nešpecifická reakcia organizmu na určitý podnet (Palát, 2004). S týmto termínom sa stretávame denne v bežnom živote a jeho aktuálnosť sa zvyrazňuje pri narušení zdravia človeka. V prípade chirurgického ochorenia alebo úrazu je človek vystavený mnohým stresogénnym faktorom, ktoré ho môžu v rozličnej miere negatívne ovplyvňovať. Jedným zo spôsobov redukcie stresu u chirurgického pacienta je jeho kontakt s podpornými osobami. Práve rodinní príslušníci sú tí, na ktorých sa pacient obracia najčastejšie so svojimi problémami, vyhľadáva kontakt s nimi, radí sa o mnohých otázkach týkajúcich sa jeho aktuálnej situácie (napr. informovaný súhlas s diagnostickými a terapeutickými postupmi). Sestry ako zdravotnícki pracovníci, ktorí sú v bezprostrednom kontakte s pacientom najčastejšie, majú aj najväčšie možnosti kontaktu s rodinou pacienta. Túto skutočnosť môžu efektívne využívať pri uspokojovaní psychických a sociálnych potrieb pacienta, edukačnej činnosti, získavaní podporných osôb pacienta pre participáciu na starostlivosti

o pacienta- príbuzného po ukončení hospitalizácie alebo pri ambulantnej liečbe a podobne.

Rodina je zvyčajne pre chirurgického pacienta veľkou oporou pri zvládaní choroby a s ňou súvisiacej hospitalizácie. Choroba a zvlášť hospitalizácia s ňou spojená je pre väčšinu chorých náročnou životnou situáciou a môže byť sprevádzaná intenzívnymi negatívnymi zážitkami, spojenými s emóciami, ktoré sú pre organizmus nepriaznivé (Jandová, 2003). „*Akékoľvek ochorenie pôsobí na psychiku človeka nepriaznivo. Choroba mení zvyčajný spôsob života, na kratšiu či dlhšiu dobu obmedzuje človeka v jeho bežných návykoch, znižuje výkon v povolání alebo ho priamo znemožňuje, často narúša alebo mení medziľudské vzťahy. Choroba vyžaduje určitú mieru adaptácie na novú situáciu, vyrovnávanie sa s nepriaznivými, často bolestivými prejavmi, kladie zvýšené nároky na jednotlivca v náhle zmenených podmienkach*“ (Čechová a kol., 2001, s. 67).

Materiál a metodika

Jedným z cieľov širšie koncipovaného výskumu bolo overiť vplyv kontaktu chirurgického pacienta s rodinnými príslušníkmi na redukciiu prežívaného stresu.

Hypotéza 1: Predpokladáme, že chirurgickí pacienti, ktorí sú v kontakte s rodinnými príslušníkmi, uvádzajú žiadnu alebo miernu intenzitu stresu než pacienti, ktorí uprednostňujú iné spôsoby zmiernenia stresu.

Na získanie relevantných údajov bola použitá metóda empirického výskumu- neštandardizovaný dotazník.

Výskumný súbor pacientov tvorilo 448 pacientov s chirurgickým ochorením alebo po úraze hospitalizovaných na chirurgickom klinickom pracovisku (vo 8 ústavných zdravotníckych zariadeniach SR), u ktorých bol realizovaný operačný výkon. Výber respondentov bol zámerný. Zaraďujúce kritériá boli absolvovaný operačný výkon v rámci súčasnej hospitalizácie, pooperačné obdobie, spolupracujúci pacient (bez kognitívnej poruchy), vek od 18 rokov neobmedzene. Vyradujúce kritériá platné pre výskumný súbor pacientov boli naopak hospitalizácia bez operačnej terapie, vek do 18 rokov, nespolupráca pacienta alebo neschopnosť vyplniť dotazník. Respondenti- pacienti boli vo veku od 18 do 86 rokov, priemerný vek respondentov bol 50 rokov. Vo výskumnom súbore pacientov bolo 254 žien a 194 mužov. Z celkového počtu respondentov bolo 271 hospitalizovaných z dôvodu plánovaného operačného

výkonu, naopak 142 respondentov podstúpilo náhlu operáciu a 35 bolo chirurgicky liečených pre úraz.

Výsledky a diskusia

Položka dotazníka: **Prežívali ste alebo prežívate stres v súvislosti s nedávno absolvovaným operačným výkonom, resp. bol operačný výkon pre Vás psychickou záťažou?**

Tabuľka 1 Prežívanie stresu v súvislosti s operačným výkonom

Možnosti odpovede	%
Áno, rovnako pred operáciou aj po operácii	33,9
Áno, viac pred operáciou ako po operácii	42,2
Áno, viac po operácii ako pred operáciou	6,3
Nie	12,3
Neviem posúdiť	5,4
Spolu	100,0

42,2% respondentov potvrdzuje, že prežívali stres viac pred operačným výkonom než po ňom, 33,9% respondentov prežívalo stres rovnako pred aj po operačnom výkone, 6,3% respondentov viac po operácii ako pred ňou. Iba 12,3% respondentov neprežívalo stres v súvislosti s operačným výkonom a 5,4% respondentov nevie tento fakt posúdiť.

Položka dotazníka: **Myslíte si, že každý operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú, ale aj duševnú záťaž?**

Tabuľka 2 Operačný výkon ako zdroj fyzickej a psychickej záťaže

Možnosti odpovede	%
Áno	86,8
Nie	5,4
Neviem posúdiť	7,8
Spolu	100,0

86,8% pacientov zastáva názor, že každý operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú, ale aj duševnú záťaž, túto skutočnosť nevie posúdiť 7,8% pacientov a iba 5,4% pacientov si myslí, že operačný výkon nie je psychickej a fyzickej záťažou pre človeka.

Položka dotazníka: **Pokúste sa označiť intenzitu stresu, ktorý ste prežívali alebo prežívate.**

Tabuľka 3 Intenzita prežívaného stresu

Možnosti odpovede	%
Žiadny	6,5
Mierny	29,9
Stredný	41,5
Silný	19,9
Neznesiteľný	2,2
Spolu	100,0

Na otázku týkajúcu sa intenzity prežívaného stresu v súvislosti s operačným výkonom najviac- 41,5% pacientov uvádza, že prežívali stres strednej intenzity,

29,9% pacientov prežívalo stres miernej intenzity, 19,9% pacientov prežívalo silný stres a 2,2% respondentov dokonca neznesiteľný stres. Iba 6,5% pacientov stres pred alebo po operačnom výkone neprežívalo.

Položka dotazníka: **Čo by ste robili alebo robíte pre zmiernenie stresu?**

Tabuľka 4 Spôsoby zmiernovania stresu

Spôsob zmiernovania stresu	%
Vyhľadávam informácie od iných pacientov	19,4
Modlím sa	32,1
Komunikujem s rodinnými príslušníkmi	32,4
Snažím sa nemyslieť na to, čo mi spôsobuje psychickú záťaž	33,7
Snažím sa získať informácie od zdravotníckych pracovníkov	50,4

Pre zmiernenie stresu sa pacienti najčastejšie snažia získať informácie od zdravotníckych pracovníkov (50,4%), 33,7% pacientov sa snaží nemyslieť na to, čo im spôsobuje psychickú záťaž, 32,4% pacientov pre zmiernenie stresu komunikuje s rodinnými príslušníkmi, modlitbou si zmierňuje stres 32,1% pacientov a 19,4% pacientov vyhľadáva informácie od iných pacientov.

Položka dotazníka: **K zmierneniu Vášho stresu pred a po operácii predovšetkým prispelo:**

Tabuľka 5 Faktory redukcie stresu

Zmierňujúci faktor	%
Informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov	39,3
Kontakt s rodinou alebo blízkymi	41,3
Komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi	50,9

Podľa odpovedí pacientov prispela k zmierneniu ich stresu pred a po operačnom výkone predovšetkým komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), ale aj kontakt s rodinou a blízkymi (41,3%) a informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%).

Položka dotazníka: Na čo sa predovšetkým zameriavali/zameriavajú sestry v starostlivosti o duševnú stránku pacienta?

Tabuľka 6 Zameranie činnosti sestier v psychickej predoperačnej príprave pacienta

Možnosti odpovede	%
Dostatočná informovanosť o operačnom výkone	18,3
Starostlivosť o spánok	20,1
Starostlivosť o pokojné prostredie	26,6
Zabezpečenie psychickej pohody rozhovorom	29,9
Umožnenie kontaktu s príbuznými	31,0
Dostatočná informovanosť o pooperačnom režime	37,1
Dostatočná informovanosť o predoperačnej príprave	44,9

Najčastejšie je príprava pacienta na operačný výkon po psychickej stránke zameraná na dostatočnú informovanosť o predoperačnej príprave (44,9%) a pooperačnom režime (37,1%). Na ďalších miestach pacienti uviedli umožnenie kontaktu s príbuznými (31%), zabezpečenie psychickej pohody rozhovorom (29,9%), starostlivosť o pokojné prostredie (26,6%), starostlivosť o spánok (20,1%) a dostatočnú informovanosť o operačnom výkone (18,3%).

Položka dotazníka: **Čo by ste navrhovali pre zlepšenie duševnej prípravy pacienta na operáciu?**

Tabuľka 7 Návrhy pacientov na zlepšenie psychickej predoperačnej prípravy

Možnosti odpovede	%
Umožniť v čo najväčšej miere prítomnosť blízkych pri pacientovi	9,4
Umožniť kontakt s blízkymi	12,1
Zvýšiť informovanosť pacientov zo strany zdravotnej sestry	20,1
Zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta	23,2
Zlepšiť celkovú komunikáciu zdravotníkov s pacientom	35,0
Zvýšiť informovanosť pacientov zo strany lekára	57,1

Pacienti pre zlepšenie psychickej predoperačnej prípravy navrhujú zvýšenie informovanosti pacientov zo strany lekára (57,1%), zlepšenie celkovej komunikácie zdravotníckych pracovníkov s pacientom (35%), zabezpečiť vhodnejšie prostredie pre pacienta (23,2%), zvýšiť informovanosť pacienta zo strany sestry (20,1%), umožniť kontakt s rodinnými príslušníkmi (12,1%) alebo v čo najväčšej miere umožniť ich prítomnosť pri pacientovi (9,4%).

Verifikácia hypotézy

H1: Predpokladáme, že chirurgickí pacienti, ktorí sú v kontakte s rodinnými príslušníkmi, uvádzajú žiadnu alebo miernu intenzitu stresu než pacienti, ktorí uprednostňujú iné spôsoby zmiernovania stresu.

86,8% pacientov uviedlo, že operačný výkon predstavuje pre človeka telesnú aj duševnú záťaž. Ako najčastejšie intervencie pre zmiernenie stresu chirurgickí pacienti uviedli to, že sa snažia získať informácie od zdravotníckych pracovníkov (50,4%), snažia sa nemyslieť na to, čo im spôsobuje psychickú záťaž (33,7%) alebo komunikujú s rodinnými príslušníkmi (32,4%). K zmierneniu stresu u pacientov pred operačným výkonom a po ňom prispela komunikácia so

zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), kontakt s rodinou alebo blízkymi (41,3%) a/alebo informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%). **Hypotéza č. 5 sa potvrdila**, nakoľko rozdiel priemerov pri zisťovaní vzťahu medzi intenzitou stresu u chirurgického pacienta a jeho kontaktom s rodinnými príslušníkmi, je štatisticky významný ($F=5,68$ $P=0,018$).

Tabuľka 8 Vzťah kontaktu pacienta s rodinnými príslušníkmi a intenzity stresu

Kontakt s rodinou alebo blízkymi	\bar{x}	n	sd
Nie	2,73	263	0,924
Áno	2,94	185	0,857
Spolu	2,81	448	0,902

$F=5,68$ $P=0,018$ rozdiel priemerov je štatisticky významný

Diskusia

Stres je súčasťou nášho každodenného života. Problematike stresu sú venované práce mnohých autorov, ktorí upozorňujú na jeho negatívne (distres) alebo pozitívne (eustres) účinky na ľudský organizmus. *„Dlhotrvajúci alebo opakujúci sa duševný stres môže viesť k zhoršeniu obranyschopnosti organizmu, dochádza k častejším somatickým ochoreniam“* (Rozsypalová a kol., 2003, s. 49).

Stres nie je len sprievodný fenomén človeka v bežnom živote, ale zvláštnu pozornosť si zasluhuje po vzniku ochorenia alebo úrazu. *„Každé ochorenie vyvoláva u pacienta určitú psychickú odozvu, subjektívne prežívanie a hodnotenie choroby a jej následkov. Individuálna reakcia chorého na chorobné príznaky, jeho postoj k chorobe a zdraviu, ako aj všetky ostatné psychologické faktory môžu ovplyvniť liečbu, priebeh choroby i výsledný stav, preto sa musia pri starostlivosti o pacienta zohľadniť“* (Tesařová in Kolektív autorov, 2003, s. 100). *„Chorý prežíva pocit neistoty a ohrozenia života. Trpí nielen fyzickými bolesťami, ale aj úzkosťou z predpokladaného ohrozenia svojej prítomnej aj budúcej existencie“* (Kapr, Müller, 1986, s. 53).

Medzi ochorenia sprevádzané stresom patria aj chirurgické ochorenia alebo úrazy s indikáciou operačnej terapie. Nielen samotný operačný výkon

sprevádzaný operačnou traumou má vplyv na pooperačný stav pacienta, ale aj jeho psychické prežívanie. *„Dysbalancia imunitnej odpovede po chirurgickom výkone má komplexnú etiológiu. Jedným z opomínaných, ale dôležitých faktorov, ktorý určuje jej priebeh, je psychoemotívny stres. Z doterajších výsledkov vyplýva, že psychoemotívny stres sa uplatňuje podobnými neurohumorálnymi a imunitnými mechanizmami ako vlastná operačná trauma a vedie k útlmu bunkovej imunity“* (Maruna a kol., 2002, s. 359). Mastiliaková (1999, s. 10) uvádza, že *„stres/ distres zvyšuje náchylnosť osôb ku chorobám a každý chorý človek prežíva tak somatickú, ako aj psychickú nerovnováhu. Somatická nerovnováha vytvára psychickú nerovnováhu a psychická nerovnováha vytvára nerovnováhu somatickú“*.

Počas hospitalizácie chirurgického pacienta vystupujú do popredia možnosti a spôsoby redukcie stresu, nakoľko *„hospitalizácia (umiestnenie a liečenie pacienta v nemocnici) je zvyčajne pre pacientov zážitkom pomerne nového druhu. Mnohé sa mení- nielen v pacientovi (v jeho tele), ale aj v jeho psychike, prípadne aj v jeho duchovnom živote“* (Křivohlavý, 2002, s. 50). Chirurgickí pacienti sa vyjadrovali k zmiernovaniu stresu z ich pohľadu. Viac než polovica pacientov (50,4%) sa pre zmiernenie stresu snaží získať informácie od zdravotníckych pracovníkov, 33,7% pacientov sa snaží nemyslieť na to, čo im spôsobuje psychickú záťaž, 32,4% pacientov pre zmiernenie stresu komunikuje s rodinnými príslušníkmi, 32,1% pacientov si zmierňuje stres modlitbou a 19,4% pacientov vyhľadáva informácie od iných pacientov. Pacienti tiež potvrdili, že k zmierneniu ich stresu pred a po operačnom výkone prispela komunikácia so zdravotníckymi pracovníkmi (50,9%), kontakt s rodinou alebo blízkymi (41,3%) a informovanosť zo strany zdravotníckych pracovníkov (39,3%). Uvedené výsledky dokazujú, že pacienti pre zmiernenie stresu, resp. pri jeho zvládaní preferujú emocionálnu a sociálnu oporu (zo strany zdravotníckych pracovníkov aj podporných osôb), ktorá sa *„vymedzuje ako súbor medziľudských vzťahov, ktoré individuú zabezpečujú pozitívny citový zväzok, praktickú pomoc, ale aj informácie umožňujúce hodnotenie stresora“* (Bratská, 2001, s. 143).

Záver a návrhy pre prax

Podpora kontaktu (osobného aj telefonického) a spolupráca s rodinou chirurgického pacienta je súčasťou uspokojovania psychických a sociálnych potrieb. Sociálne potreby sa s psychickými potrebami prekrývajú a do tejto skupiny potrieb sa zaraďuje nutnosť komunikácie a pozitívneho kontaktu vedúceho k prežívaniu ľudskej blízkosti a vzájomnosti. *„Spoločenská izolácia*

patrí k jednej z najkrajnejších stresových situácií, ktorým môže byť ľudská bytosť vystavená“ (Joshi, 2007, s. 79). Pacient sa nesmie dostať do izolácie vo vzťahu k domovu a priateľom. Naopak, nežiadúce sú konflikty medzi spolupacientmi, ako aj medzi pacientmi a personálom (Vymětal, 2003). „Pri vyrovnávaní sa so stresom je dôležitá podpora blízkych ľudí- členov rodiny, priateľov. Je dobré, ak človek nájde niekoho, komu sa môže bez obáv zveriť so svojimi starosťami a ťažkosťami. Často prispieje k uľahčeniu situácie už len to, že ho niekto blízky pozorne vypočuje“ (Rozsypalová a kol., 2003, s. 50).

Akékoľvek závažnejšie ochorenie nie je len záležitosťou jednotlivca, ale ovplyvní život celej rodiny. Je to záťaž, ktorá mení situáciu a mnohé aspekty, od ktorých závisí ďalší rozvoj **vzťahov v rodine**. Pod vplyvom zmien spôsobených ochorením sa nemení iba postavenie chorého, ale aj obsah rolí ostatných členov rodiny a ich celkový životný štýl, niekedy aj ich hodnoty a normy (Vágnerová, 2004).

Závažné ochorenie blízkeho človeka znamená ohrozenie určitej hodnoty, ktorú predstavuje vzťah k tomuto jednotlivcovi. Vyrovnanie sa s takýmto stresom vyžaduje čas a prebieha v podobných fázach ako reakcia na samotné ochorenie. Základný problém, ktorým je ochorenie, stimuluje úsilie na jeho zvládnutie. Banálne nepríjemnosti strácajú za týchto okolností svoj význam. Takáto záťaž je vždy testom súdržnosti- buď sa posilní, alebo vedie k jej rozpadu. Starostlivosť o chorého je aktivovaná emocionálne aj rozumovo, citovým vzťahom aj vedomím povinnosti (Vágnerová, 2004).

Na základe Charty práv pacienta v Slovenskej republike má pacient právo „*využívať podporu svojej rodiny a priateľov počas poskytovania zdravotnej starostlivosti pri dodržiavaní podmienok ustanovených zdravotníckym zariadením*“ (Nemčeková a kol., 2004, s. 210). V súlade s rešpektovaním tohto práva sestra pomáha pacientovi prispôbiť sa zmenenému postaveniu (napr. z nezávislého zdravého človeka sa stáva závislá osoba) aj prostredníctvom spolupráce s jeho podpornými osobami. To znamená, že sestra by mala podporovať počas choroby nielen pacienta, ale aj **jeho rodinu, resp. podporné osoby**, a to jasným prejavom starostlivosti a porozumenia, čím môže pacientovi pomôcť redukovať stres. Pociť, že sa o neho aj niekto iný stará, znamená výraznú podporu v stresovej situácii. Členom rodiny trvá niekedy dlhší čas, kým začnú rozprávať o svojich obavách a úzkostiach; darí sa to zvyčajne až vtedy, keď sa cítia bezpečnejší a sú menej stresovaní (Kozierová a kol., 1995).

Zo strany príbuzných smerom k pacientovi môžeme sledovať **niekoľko rovín:**

- záujem o chorobu a ciele vedúce k uzdraveniu,
- množstvo informácií, ktoré získali o ochorení a možnostiach liečby,
- postavenie chorého v systéme ošetrovateľskej starostlivosti a v realizácii ošetrovateľského procesu,
- schopnosť komunikácie rodinných príslušníkov a personálu (Zacharová a kol., 2007).

Optimálne fungujúca „rodina je pre chorého človeka jedinou sociálnou skupinou, ktorá mu umožňuje dostupnú a zvládnuteľnú sociálnu interakciu, môže mu poskytnúť potrebné emočné zázemie a podporu. Nakoniec býva jediným prostredím, v ktorom chorému zostávajú individuálne špecifické roly a kde nie je anonymizovaný“ (Vágnerová, 2004). Rodina má významné miesto v redukcii stresu u pacienta, nakoľko vo väčšine prípadov je hlavným záujmom jej členov prispieť k uzdraveniu chorého príbuzného človeka.

Spolupráca sestry s podpornými osobami pacienta s ohľadom na redukciiu jeho stresu zahŕňa:

- *získanie*, resp. doplnenie *informácií od príbuzných*, ktoré umožnia zlepšiť ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta a ktoré nebolo možné získať rozhovorom, pozorovaním alebo z dokumentácie pri posudzovaní pacienta (napr. stravovacie návyky, záujmy a podobne),
- poskytnutie *informácií o návštevných hodinách* lôžkového oddelenia, prípadne umožnenie návštev príbuzných pacienta aj mimo stanovených návštevných hodín (po dohode s ošetroujúcim lekárom pacienta),
- informovanie *o osobitných prevádzkových pravidlách zariadenia* (napr. zákaz návštev počas umiestnenia pacienta na jednotke intenzívnej starostlivosti),
- poskytnutie telefónneho čísla na lôžkové oddelenie za účelom informovania sa príbuzných o zdravotnom stave pacienta alebo telefonického rozhovoru s pacientom (s ohľadom na jeho zdravotný stav),
- *zapojenie* podporných osôb *do edukačného procesu*,

- sprostredkovanie *rozhovoru* príbuzných s *ošetrojúcim lekárom* pacienta (napr. informovanie o zdravotnom stave pacienta, plánovanom operačnom výkone a podobne),
- *zapojenie* podporných osôb *do starostlivosti o pacienta* (napr. v prípade plánovania prepustenia pacienta pri nepriaznivom zdravotnom stave, pri imobilite, pri poruche sebestačnosti a podobne).

Medzi podporné osoby pacienta patria okrem príbuzných aj *priatelja* alebo *známi* pacienta, ktorí môžu prispieť k jeho psychickej podpore v tom zmysle, že ho navštevujú v nemocnici, ochotne ponúkajú pomoc po prepustení z nemocnice a podobne. Môže ísť o blízkych priateľov, členov rôznych záujmových združení či organizácií (napr. Kluby dôchodcov, Slovenský Červený kríž, atď.) alebo členov klubov a svojpomocných skupín.

Úlohy sestry v súvislosti s návštevami pacienta:

- zistenie aktuálneho záujmu pacienta o návštevu,
- sledovanie, či pacient niektoré osoby uprednostňuje,
- príprava prostredia pre návštevu aj z hľadiska počtu osôb,
- príprava dostupných informačných materiálov o možnostiach dlhodobého ubytovania (Krišková a kol., 2001).

V chirurgickej praxi sa môžeme stretnúť aj so situáciou, v ktorej ide o **odovzdávanie zlých správ** pacientovi, a to pred radikálnymi, najmä mutilujúcimi operáciami (napr. amputácia končatiny, vytvorenie stómie a podobne). Oznámenie závažnej, resp. zlej správy pacientovi nie je jedinou situáciou, kedy je nutné komunikovať aj s jeho rodinou. Pre zdravotníckych pracovníkov platia určité **zásady komunikácie s rodinou pacienta:**

- ubezpečiť príbuzných, že je o pacienta dobre postarané s využitím všetkých dostupných liečebných metód,
- poskytovať vhodnou formou správne informácie z diagnostickej a terapeutickje oblasti,
- informovať príbuzných, ako môžu pri liečbe a ošetrovaní spolupracovať,
- vhodnou komunikáciou získať dostatok anamnestických údajov, ktoré môžu byť prospešné v rámci liečebného procesu (Zacharová a kol., 2007).

Literatúra:

- [1] BRATSKÁ, M.: *Zisky a straty v záťažových situáciách alebo príprava na život*. 1. vyd. Bratislava: Práca, 2001, 325 s. ISBN 80-7094-292-4
- [2] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M.: *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 173 s. ISBN 80-7013-342-2
- [3] JANDOVÁ, M.: Stres u hospitalizovaného pacienta. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*, I, 2003, č. 3, s. VII- VIII. ISSN 1336-183002-04
- [4] JOSHI, V.: *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
- [5] KAPR, J., MÜLLER, Č.: *Kniha o nemoci*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986, 133 s.
- [6] KOLEKTÍV AUTOROV: *VADEMECUM MEDICI*. 6. vyd. Martin: Osveta, 2003, 2252 s. ISBN 80-8063-115-8
- [7] KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- [8] KRIŠKOVÁ, A. a kol.: *Ošetrovateľské techniky*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001, 804 s. ISBN 80-8063-087-9
- [9] KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- [10] MARUNA, P., GÜRLICH, R., SEKOT, M., SALAJ, P.: Vliv psychoemotivního stresu na pooperační průběh I. Psychologické základy. In: *Praktický lékař*, 82, 2002, č. 6, s. 359- 361. ISSN 1803-6597
- [11] MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- [12] NEMČEKOVÁ, M. a kol.: *Práva pacientov- medicínske, ošetrovateľské a filozoficko- etické súvislosti*. Martin: Osveta, 2004, 214 s. ISBN 80-8063-162-X
- [13] PALÁT, M.: Stres- sprievodný fenomén súčasného človeka. In: *Revue medicíny v praxi*, II, 2004, č. 2, s. 5- 6. ISSN 1336-202X
- [14] ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A.: *Psychologie a pedagogika I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 186 s. ISBN 80-7333-014-8

- [15] VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- [16] VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X
- [17] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

Kontaktné údaje

PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.
Katolícka univerzita
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: magerciakova@ku.sk

Sexuálna spokojnosť v kontexte sexuálneho zdravia¹

Dagmar Marková

Abstrakt

V príspevku je analyzovaná sexuálna spokojnosť ako druhoplánový aspekt sexuálneho zdravia a je prezentovaný úzky výsek z výsledkov výskumu, ktoré poukazujú na súvislosti medzi očakávaniami od sexuality, sexuálnou spokojnosťou a konštruovaním sexuálnych biografii. Následne sú načrtnuté skrátene odporúčania pre komplexný prístup k sexuálnemu zdraviu v pomáhajúcich profesiách.

Kľúčové slová

Sexuálne zdravie, sexuálna spokojnosť, pomáhajúce profesie, významy sexuality, sexuálne biografie, ľudské sexuality.

Úvod

Sexuálna spokojnosť ako jeden z aspektov sexuálneho zdravia je čoraz viac tematizovanou oblasťou. Avšak od objavenia farmakologických možností intervencie v oblasti ľudskej sexuality dominuje v sexuálnom výskume biomedicínsky model sexuality a výskum sa koncentruje na vývin chemických a technických pomocných prostriedkov a prípravkov, ktoré sľubujú zabezpečiť sexuálne fungovanie až do vysokého veku² (Schönbucher, 2007). Touto rastúcou medikamentalizáciou sexuality je výskum sexuálneho prežívania a vplyvu psychosociálnych faktorov na sexuálne zdravie a prežívanie značne posúvaný do úzadia.

¹ Príspevok vznikol vďaka podpore grantu VEGA č. 2/0179/09: *Dynamika sociálnych a morálnych noriem: Sociálno-psychologický výskum minoritných, marginalizovaných a znevýhodnených skupín vo vzťahu k majorite.*

²Hrozenková (In. Marková 2010) v tejto súvislosti konštatuje: Starnutie a sexualita akoby nešli dokopy, v súčasnosti je často prítomné negatívne spájanie starnutia a aktívnej sexuality. Ďalej dodáva, že lekári odporúčajú, že ak človek rýchlo chodí 10 minút a potom vyjde dve podlažia po schodoch, bez toho, aby sa zadýchal, potom môže obnoviť normálnu sexuálnu aktivitu.

Ukazuje sa, že sexuálna spokojnosť je dôležitým aspektom, ktorý ovplyvňuje formy sexuálneho správania. Uvedomenie si subjektívnych sexuálnych potrieb a túžob a snaha dosiahnuť sexuálnu spokojnosť sú dôležitým motivačným činiteľom sexuálneho správania. Toto zdôrazňujú aj Flowers et al. (In: Supeková, Bianchi, 2000), podľa ktorých sa predpokladá, že túžba po uspokojení, po pocite spokojnosti súvisí s rozhodovaním v sexuálnej interakcii. Konkrétne formy sexuálneho správania môžu byť ovplyvnené aj subjektívnym pociťovaním sexuálnej spokojnosti, resp. nespokojnosti. V tejto túžbe po spokojnosti sa uplatňuje veľmi konkrétna podoba toho, čo subjekt očakáva od zážitku či stavu sexuálnej spokojnosti. Predstava o sexuálnej spokojnosti (vytvorená na základe subjektívneho spracovania sexuálnych posolstiev z kultúry, sociálneho prostredia, výchovných vplyvov a i.) je teda kľúčom k subjektívnemu vyhodnoteniu aktuálneho sexuálneho správania.

Odlíšne definície pojmu sexuálna spokojnosť môžu poukazovať na odlíšne spôsoby nazerania na túto oblasť. Ako uvádza Queenová a Schimel (1997) našu definíciu určitého pojmu filtruje spôsob, ako vidíme svet a na strane druhej spôsob, ako vidíme svet, filtruje a posilňuje.

Napríklad ak je sex vnímaný len ako prostriedok na rozmnožovanie (napr. zo silne katolíckej perspektívy), môže byť z tohto pohľadu veľmi zavrhnutiahodné akékoľvek potešenie, rozkoš zo sexuálneho zážitku. Alebo sex praktizovaný v dlhoročnom vzťahu môže byť chápaný ako povinnosť. V oboch prípadoch sa môže začať vykonávať skôr pod tlakom, ako z túžby.

Sexuálna spokojnosť ako druhoplánový aspekt sexuálneho zdravia

Vo vzťahu k sexuálnemu zdraviu sú rozlišované tzv. prvoplánové s druhoplánové aspekty sexuálneho zdravia (Lukšík et al, 2003, Bianchi, 2001). Prvoplánové sexuálne zdravie sa týka najmä medicínskych a právnych aspektov, druhoplánované sexuálne zdravie tvoria osob(nost)né, sociálne a kultúrne dimenzie sexuality.

Prvoplánové aspekty sexuálneho zdravia sú:

- reprodukcia,
- infekcia HIV,
- pohlavne prenosné choroby,
- neželané tehotenstvo,
- „sexuologické“ aspekty,
- sexuálne násilie a i.

Medzi druhoplánované aspekty sexuálneho zdravia patria:

- sexuálna spokojnosť,
- citová bilancia,
- well-being,
- rozvoj osobnosti,
- sexuálna identita,
- rodové stereotypy,
- problematika sexuálnych menšín,
- heterosexizmus a homofóbia,
- problematika sexuálneho obťažovania,
- partnerská realizácia,
- sociálna realizácia a i.

Sexuálna spokojnosť je druhoplánovým aspektom sexuálneho zdravia a je definovaná napr. podľa Lukšika et al. (1999) ako viac či menej vnútorná psychická (a uvedomovaná) a menej či viac vonkajškom predpísaná kategória hodnotenia sexuality. Na rozdiel od sexuálnej príjemnosti, slasti, ktoré sú záležitosťou aktuálneho emocionálneho prežívania, je sexuálna spokojnosť kategóriou racionálnejšieho hodnotenia, ktorá má dlhšiu časovú stabilitu. Na rozdiel od sexuálneho uspokojenia, ktoré sa zakladá na hodnotení biologických pocitov a existuje v individuálnom, alebo nanajvýš v partnerskom rámci, je sexuálna spokojnosť psychická záležitosť závislá od sociálnych očakávaní, noriem správania a podobne.

Supeková a Bianchi (2000) vymedzujú nasledovné aspekty sexuálnej spokojnosti:

- spokojnosť s vlastnou sexualitou, ktorá sa nemusí viazať na partnera/ku,
- spokojnosť s partnerom/kou, s jeho/jej sexuálnou aktivitou a s jeho/jej sexuálnym uspokojením,
- spokojnosť so vzťahom,
- spokojnosť z dávania – kladné emócie a náklonnosť partnerovi/ke, aktivita v sexuálnej interakcii,
- spokojnosť z prijímania – prijímanie emócií od partnera/ky, pasivita v sexuálnej interakcii.

V súvislosti so sexuálnym zdravím, resp. rizikovosťou sexuálneho správania je potrebné zohľadňovať, že snaha dosiahnuť sexuálne uspokojenie je u mnohých mužov a žien dôležitejšia ako potreba vlastnej ochrany pred rizikom HIV. Čím je osoba menej sexuálne spokojná, s tým vyššou pravdepodobnosťou je otvorená rôznym rizikovým sexuálnym správaniam sa, napr. náhodnému styku (Supeková et al., 1999).

Cieľ výskumu a metódy

Vzhľadom k uvedenému sme sa v realizovanom výskume rozhodli zamerať aj na zmapovanie sexuálnych očakávaní, ktoré muži a ženy spájajú so sexualitou a na zisťovanie súvislostí konštruovania sexuálnych biografíí vzhľadom k týmto významom a hodnoteniu sexuálnej spokojnosti.

Naša výskumná štúdia bola zameraná na sexuálne a vzťahové skúsenosti mužov a žien mladšieho dospelého veku (n=324), ktoré sme sa snažili na základe ich výpovedí o sexuálnom živote konštruovať do typov sexuálnych biografíí (viac v Marková, 2007). V príspevku uvádzame výsledky, ktoré sa týkajú sexuálnych očakávaní mužov a žien vo vzťahu ku konštruovaniu sexuálnych biografíí a následne uvádzame výsledky týkajúce sa sexuálnej spokojnosti.

Ako metódy sme použili nami konštruovaný dotazník „Sexuálny životopis“, „Postoje k sexualite“ a metodiku sémantického diferenciatu.

Výsledky boli podrobené kvalitatívnej a štatistickej analýze. Matematicko-štatistické spracovanie získaných údajov sme realizovali pomocou štatistického softwaru Statistica.

Uplatnili sme: diskurzívnu zdrojovú analýzu, frekvenčnú analýzu, Kruskalov-Wallisov test, poradovú koreláciu, diskriminačnú analýzu, faktorovú analýzu, pričom v príspevku uvádzame len čiastkové výsledky

Výsledky

Typológia sexuálnych biografíí

Nami vytvorená typológia sexuálnych biografíí zohľadňuje predovšetkým: skúsenosť s pohlavným stykom, trvanie sexuálnych vzťahov a „singel“ periód (t.j. obdobie bez trvalého vzťahu), typy sexuálnych vzťahov a ich počet.

Na základe subjektívnych výpovedí mužov a žien mladšieho dospelého veku sme vytvorili nasledovné typy sexuálnych biografíí (bližšie v Marková, 2007):

1. NESEXUÁLNE - bez pohlavného styku, prevládajú krátkodobé vzťahy - dĺžka žiadneho vzťahu neprekročila jeden rok.
2. VZŤAHOVO VZDIALENÉ - dva krátkodobé sexuálne vzťahy alebo menej, pričom celkové trvanie sexuálnych vzťahov je jeden rok a menej.
3. MONOGAMNÉ - prevláda jeden sexuálny monogamný, resp. dlhodobý vzťah, ktorý trvá viac ako jeden rok.
4. SERIÁLNE – DLHÉ - prevládajú sexuálne dlhodobé vzťahy - minimálne dva sexuálne dlhodobé vzťahy, celkové trvanie sexuálnych dlhodobých, resp. krátkodobých vzťahov, presahuje celkové trvanie singel periód.
5. SERIÁLNE – KRÁTKE - prevládajú sexuálne krátkodobé, resp. dlhodobé vzťahy - minimálne dva sexuálne krátkodobé, resp. dlhodobé vzťahy, celkové trvanie sexuálnych dlhodobých, resp. krátkodobých vzťahov, nepresahuje celkové trvanie singel periód.
6. PROMISKUITNÉ - prevládajú sexuálne náhodné vzťahy alebo kontakty nad krátkodobými, resp. dlhodobými sexuálnymi vzťahmi – minimálne tri náhodné sexuálne vzťahy alebo kontakty.
7. NEZARADENÉ³ SEXUÁLNE BIOGRAFIE – tie, ktoré sú individuálne a nedajú sa zaradiť do hore uvedených typov sexuálnych biografii.

Výsledky výskumu uvedené v tabuľke č.1 naznačujú, že pre opýtaných/é mužov a ženy je najtypickejšia seriálna biografia. Ukazuje sa, že nesexuálna biografia je na ústupe - pri výskume bol počet respondentov/iek v tomto type biografii najnižší⁴.

Tab.1: Počet mužov a žien v jednotlivých typoch sexuálnych biografii

	Nesexuálna	Vzťahovo vzdialená	Monogamná	Seriálna dlhá	Seriálna krátka	Promiskuitná
Muži	7	18	6	36	25	40
Ženy	26	25	42	44	33	22

³ Nezaradené sexuálne biografie boli z ďalších analýz vyradené.

⁴ Z dôvodu používania matematicko-štatistických postupov sme boli nútení „doplniť“ potrebný počet respondentov/iek v tejto biografii, takže údaj o počte respondentov/iek v tejto biografii je skreslený.

Očakávania od sexuality

Vo vzťahu k očakávaniam od sexuality (v tabuľke č. 2) zatriedené podľa poradia na základe množstva frekvencií), sme voľné odpovede opýtaných mužov a žien mladšieho dospelého veku na otázku očakávaní od sexuality kategorizovali do nasledovných skupín:

1- uspokojenie, spokojnosť,

„Očakávam uspokojenie jednej aj druhej osoby.“

„...zážitky plné orgazmov.“

„Pocit uspokojenia – spoločne prežitého vyvrcholenia.“

„...dáva uspokojenie oboch partnerov – aj v intimité ich vzťahu.“

„Pocit slasti.“

„Očakávam od neho vnútorné uspokojenie, rozkoš – nie obrovský orgazmus.“

2- uvoľnenie,

„...pocit uvoľnenosti – dokážem sa odreagovať od všetkého.“

„Dáva mi pocit ozajstného uvoľnenia.“

„Pomáha mi uvoľniť sa a zlepšuje mi náladu...“

„Sexuálny život mi poskytuje uvoľnenie, pomáha mi myslieť len na príjemné veci...“

„Uvoľnenie, odreagovanie sa.“

3- radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie,

„Sexuálny život mi dáva pocit radosti. Keď sa milujem s mojím partnerom, som veľmi šťastná. Je to úžasný pocit...“

„...potešenie pri partnerskom vzťahu.“

„Zlepšuje náladu, cítim sa po ňom viac šťastná...“

„Radosť, že prežívame s partnerom niečo spolu – je to jedna z najkrajších vecí v živote...“

„...dáva mi radosť – prijímať aj dávať...“

4- zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á,

„...pocit, že som milovaná.“

„Pocit byť milovaný a milovať.“

„Dáva mi pocit ozajstného odovzdávania svojich pocitov a lásky, ktorú pociťujem...“

„...ešte viac ma zblízuje s partnerom...“

„...pocit blízkosti s druhou osobou.“

„Lásku, aby som bola bližšie k partnerovi.“

„Pocit, že sme si s partnerom naozaj blízky...“

„...byť milovaný dušou aj telom...“

5- upevnenie vzťahu,

„Očakávam upevnenie vzťahu, aby to nebolo len okúzliť, dosiahnuť svoje a odhodiť.“

„Upevnenie vzťahu.“

6- rodina, plodenie detí,

„Očakávam rodinu...“

„...plodenie detí.“

7- vzrušenie, riziko,

„...vzrušujúce zážitky, vzrušenie“

„Veľké vzrušenie.“

„Niečo nové, vzrušujúce, trochu riskantné a šteklivé...“

8- iné.

Rozdiely vo frekvenciách odpovedí na otázku „Čo vám dáva sexuálny život, čo od neho očakávate?“ z hľadiska konštruovaných typov sexuálnych biografíí sú uvedené v tabuľke č. 2. Ako z nej možno vidieť, odpovede „zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á“ sú zastúpené vo všetkých typoch sexuálnych biografíí, čo môže zdôrazňovať spájanie sexuality s láskou a intimitou. Aj odpovede „uspokojenie, resp. spokojnosť“ a „uvoľnenie“, patrili medzi najčastejšie uvádzané, avšak s výnimkou sexuálnych biografíí č. 1, kde sú len okrajové. „Radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie“ boli respondentmi/kami sexuálnych biografíí č. 1 a č. 2 uvádzané najmenej, čo môže okrem iného súvisieť s ich relatívnou sexuálnou neskúsenosťou. V spojitosti so sexuálnym zdravím je potrebné zdôrazniť odpovede „vzrušenie, riziko“, uvedené respondentmi/kami sexuálnych biografíí č. 4 a č. 6, ktoré vo význame očakávaní od sexuality môžu (okrem iných faktorov) vysvetľovať motiváciu rizikových sexuálnych skúseností.

Celkovo možno očakávania od sexuality u respondentov/iek, zaradených do sexuálnych biografíí č. 1, charakterizovať spojením sexuality s láskou, intimitou, s upevnením vzťahu a s rozmnožovaním. Respondenti/ky sexuálnych biografíí č. 2 očakávajú od sexuality okrem lásky a intimity aj spokojnosť a uvoľnenie. U mužov a žien sexuálnych biografíí č. 3 prevládajú ako očakávania od sexuality spokojnosť, príjemné pocity, radosť a potešenie, ako aj láska a intimita. Respondenti/ky sexuálnych biografíí č. 4, č. 5 ako aj č. 6 spájajú očakávania od sexuality s uvoľnením, spokojnosťou, láskou, intimitou a príjemnými pocitmi, radosťou a potešením.

Tab. 2 Očakávania od sexuality podľa typov sexuálnych biografii

Sexuálne biografie⁵	Odpovede zoradené podľa poradia	Početnosť
1	1. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	21
	2. rodina, plodenie detí	12
	3. upevnenie vzťahu	6
	4. uspokojenie, spokojnosť	4
	5. uvoľnenie	3
2	1. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	25
	2. uspokojenie, spokojnosť	15
	3. uvoľnenie	14
	4. radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie	6
	5. upevnenie vzťahu	4
3	1. uspokojenie, spokojnosť	32
	2. radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie	17
	3. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	13
	4. uvoľnenie	8
	5. upevnenie vzťahu	5
	6. rodina, plodenie detí	2
	7. iné: „...mužnosť, dospievanie...“	2
4	1. uvoľnenie	39
	2. uspokojenie, spokojnosť	33
	3. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	25
	4. radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie	16
	5. rodina, plodenie detí	6
	6. vzrušenie, riziko	6

⁵ 1= nesexuálne biografie, 2= vzťahovo vzdialené sexuálne biografie, 3= monogamné sexuálne biografie, 4= seriálne – dlhé sexuálne biografie, 5= seriálne – krátke sexuálne biografie, 6= promiskuitné sexuálne biografie.

5	1. uspokojenie, spokojnosť	25
	2. uvoľnenie	18
	3. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	16
	4. radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie	14
	5. upevnenie vzťahu	8
6	1. uspokojenie, spokojnosť	44
	2. uvoľnenie	19
	3. zblíženie, blízkosť, láska, cítiť sa milovaný/á	15
	4. radosť, príjemné pocity, potešenie, šťastie	13
	5. vzrušenie, riziko	8
	6. upevnenie vzťahu	5
	7. iné: „Komplikácie, stratu sebaúcty, problémy, výčitky...“	4

Sexuálna spokojnosť

Prostredníctvom tabuľky č. 3 pomocou štatistických popisných charakteristík: modus, priemer a smerodajná odchýlka popisujeme „spokojnosť s doterajším sexuálnym životom“ z hľadiska jednotlivých typov sexuálnych biografíí. Účastníkov a účastníčky výskumu sme požiadali, aby ohodnotili mieru svojej sexuálnej spokojnosti na škále od 1=úplne spokojný/á po 5=úplne nespokojný/á so svojim doterajším sexuálnym životom.

Na základe odpovedí opýtaných mužov a žien na otázky týkajúce sa sexuálnej spokojnosti usudzujeme, že k svojmu doterajšiemu sexuálnemu životu pristupujú kriticky. Z uvedených priemerov ich odpovedí vyplýva, že najspokojnejší/ie sú respondenti/ky sexuálnych biografíí č. 3. Najnižšiu mieru sexuálnej spokojnosti sme zaznamenali u mužov a žien biografíí č. 1. Najčastejšou odpoveďou u biografíí č. 4, č. 5 a č. 6 bola odpoveď „spokojný/á“. U mužov a žien biografíí č. 2 sa k tejto odpovedi pridala ešte stredná odpoveď „niečo medzi“. Dominujúcou odpoveďou mužov a žien sexuálnych biografíí č. 3 je „úplne spokojný/á“ a biografíí č. 1 „nespokojný/á“.

Tab. 3 Štatistické ukazovatele - spokojnosť s doterajším sexuálnym životom podľa typov sexuálnych biografíí

Biografie ⁶	Priemer	Modus	Početnosť modusu	Smerodajná odchýlka
1	3,12	4	11	1,24
2	2,40	viacnás.	20	0,62
3	1,90	1	22	1,22
4	2,23	2	34	1,07
5	2,32	2	30	0,74
6	2,00	2	32	0,70

Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu v tabuľke č. 4 dokladajú na 5% hladine významnosti štatisticky významné rozdiely medzi typmi sexuálnych biografíí v otázke hodnotenia sexuálneho života z hľadiska spokojnosti.

Tab. 4 Výsledky Kruskalovho-Wallisovho testu – spokojnosť s doterajším sexuálnym životom podľa typov sexuálnych biografíí

Kruskal-Wallisov test: $H(5) = 37,70160$ $p = ,0000$						
	1	2	3	4	5	6
	R:226,23	R:185,57	R:116,19	R:155,99	R:174,16	R:143,52
1		0,89910	0,00000	0,00416	0,16204	0,00059
2	0,89910		0,00604	1,00000	1,00000	0,34892
3	0,00000	0,00604		0,29368	0,02296	1,00000
4	0,00416	1,00000	0,29368		1,00000	1,00000
5	0,16204	1,00000	0,02296	1,00000		1,00000
6	0,00059	0,34892	1,00000	1,00000	1,00000	

Z analýzy odpovedí na otvorenú otázku „S čím ste v doterajšom sexuálnom živote spokojný/á?“ vyplynula nasledovná kategorizácia odpovedí participantov a participantiek výskumu:

⁶ 1= nesexuálne biografie, 2= vzťahovo vzdialené sexuálne biografie, 3= monogamné sexuálne biografie, 4= seriálne – dlhé sexuálne biografie, 5= seriálne – krátke sexuálne biografie, 6= promiskuitné sexuálne biografie.

- 1- so vzájomným porozumením a zladením sa,**
*„Jednoducho si navzájom vyhovujeme a rozumieme...“
 „...a sme na seba zladení.“*
- 2- s terajším/šou partnerom/kou,**
*„S terajším partnerom. Konečne som našla partnera pre život.“
 „Našla som toho pravého...“*
- 3- so všetkým,**
- 4- s experimentovaním, sexuálnymi praktikami,**
*„S predohrou, praktikami, rozmanitosťou.“
 „Rôzne polohy, pomôcky, experimenty.“
 „...vyskúšal som určité praktiky, ktoré sú pre mňa vzrušujúce.“
 „Páči sa mi experimentovať.“*
- 5- s uvoľnením, spontánnosťou,**
„...pri sexe sa viem veľmi dobre uvoľniť...“
- 6- s ohľaduplnosťou, citlivosťou partnera,**
- 7- s dosahovaním orgazmu, uspokojením,**
„...že ma partner dokáže uspokojiť...“
- 8- s počtom partnerov/iek,**
„Mal som dosť partneriek, som skúsený...“
- 9- iné.**

Tabuľka č. 5 ilustruje rozdiely v odpovediach respondentov/iek podľa jednotlivých typov sexuálnych biografíí. Najčastejšími u participantov/iek biografíí č. 1 boli okrem odpovedí kategórie „iné“ aj odpovede „so všetkým“. Ako však porovnáme ich odpovede na škálovanú otázku (tu neuvedené), môžeme vidieť, že len štyria/štyri títo/tieto respondenti/ky uviedli odpoveď „úplne spokojný/á“ s doterajším sexuálnym životom. S experimentovaním a sexuálnymi praktikami sú najspokojnejší/ie muži a ženy biografíí č. 2 a č. 6. Vzájomné porozumenie a zladenie sa najčastejšie vyzdvihujú respondenti/ky, zatriedení/é do typov sexuálnych biografíí č. 3, č. 4 a č. 5.

Tab. 5 Analýza odpovedí na otvorené otázky - spokojnosť s doterajším sexuálnym životom podľa typov sexuálnych biografíí

Sexuálne biografie ⁷	Odpovede zoradené podľa poradia	Početnosť
1	1. So všetkým	11
	2. iné: „...s erotickými snami...“, „ Občas sú fajn sny...“, „...že som sa vykašlal na masturbáciu a teraz som omnoho spokojnejší...“	11
	3. s terajším/ou partnerom/kou	9
	4. so vzájomným porozumením a zladením sa	8
2	1. s experimentovaním, sexuálnymi praktikami	19
	2. so vzájomným porozumením a zladením sa	13
	3. s ohľadupnosťou, citlivosťou partnera	7
	4. s počtom partnerov/iek	4
	5. s terajším/ou partnerom/kou	3
	6. so všetkým	3
3	1. so vzájomným porozumením a zladením sa	15
	2. s terajším/ou partnerom/kou	10
	3. so všetkým	10
	4. s experimentovaním, sexuálnymi praktikami	9
	5. s uvoľnením, spontánnosťou	3
	6. s ohľadupnosťou, citlivosťou partnera	3
	7. s dosahovaním orgazmu, uspokojením	3
	8. Iné: „...že sexualita bola naša súkromná vec, nevešali sme to nikomu na nos.“	1

⁷ 1= nesexuálne biografie, 2= vzťahovo vzdialené sexuálne biografie, 3= monogamné sexuálne biografie, 4= seriálne – dlhé sexuálne biografie, 5= seriálne – krátke sexuálne biografie, 6= promiskuitné sexuálne biografie.

4	1. so vzájomným porozumením a zladením sa	26
	2. s terajším/ou partnerom/kou	23
	3. s ohľaduplnosťou, citlivosťou partnera	21
	4. s experimentovaním, sexuálnymi praktikami	17
	5. so všetkým	4
	6. Iné: „S tým, že som vôbec mal nejaký sexuálny život...“	4
5	1. so vzájomným porozumením a zladením sa	18
	2. s terajším/ou partnerom/kou	15
	3. s experimentovaním, sexuálnymi praktikami	13
	4. s ohľaduplnosťou, citlivosťou partnera	8
	5. s dosahovaním orgazmu, uspokojením	7
	6. so všetkým	6
	7. s uvoľnením, spontánnosťou	3
6	1. s experimentovaním, sexuálnymi praktikami	28
	2. so vzájomným porozumením a zladením sa	22
	3. s počtom partnerov/iek	12
	4. s ohľaduplnosťou, citlivosťou partnera	9
	5. s terajším/ou partnerom/kou	6
	6. s uvoľnením, spontánnosťou	3

Záver

Ako naznačujú naše výskumné zistenia, sexuálne biografie mužov a žien mladšieho dospelého veku sú konštruované rôznorodo a prežívanie sexuálnej spokojnosti, ako aj očakávania od sexuality sú vzhľadom na jednotlivé typy sexuálnych biografíí diferencované.

Na strane druhej, sexuálna spokojnosť, uspokojenie a pôžitok sú očakávané od mužov a žien pri všetkých typoch sexuálnych biografíí, čo poukazuje na ich dôležitosť v rámci konštruovania sexuálnych biografíí. Sexuálna spokojnosť je podľa mnohých výskumov významným indikátorom pre vysokú kvalitu partnerských vzťahov a podľa zistení sexuálna spokojnosť výrazne ovplyvňuje prežívanie celkovej subjektívnej pohody.

Preto je potrebné hlbšie preskúmať faktory, ktoré sexuálnu spokojnosť ovplyvňujú, vrátane kontextov, v ktorých je sociálne utváraná. Je potrebné

vychádzať z komplexného prístupu k sexuálnemu zdraviu, ktorý by zahrňoval len biologický, medicínsky, ale aj psychologický a sociálny význam ľudských sexualít.

V kontexte starostlivosti o sexuálne zdravie aj v pomáhajúcich profesiách je preto podstatné neorientovať sa len na prvoplánové aspekty sexuálneho zdravia, ale zohľadňovať v prístupoch v pomáhajúcich profesiách ako aj vo vzdelávaní kontexty, v akých sú konštrukcie sexuálneho zdravia vytvárané a zameriavať sa aj na aspekty, ktoré sú tematizované doposiaľ len okrajovo. K takýmto aspektom patrí aj otázka sexuálnej spokojnosti, ktorá je kľúčovým faktorom k porozumeniu motivácie sexuálneho správania aj z hľadiska jeho rizikovosti a tým významná z hľadiska komplexného prístupu k sexuálnemu zdraviu.

Literatúra

- [1] BIANCHI, G. 2001. Sexuálne zdravie ako kultúrny, sociálny a politický jav. In: BIANCHI, G. Identita, zdravie a nová paradigma. Human Communication Studies, vol. 7. Bratislava: VEDA, KVS BK SAV, 2001.
- [2] HROZENSKÁ, M. 2010. Postmoderné životné štýly starších ľudí (s akcentom na intimitu a sexualitu týchto osôb) In: Marková, D. 2010. *Sexuálne životné štýly v ich sociálnych súvislostiach*. - Nitra : UKF, 2010. ISBN 978-80-8094-842-9, S. 241-269.
- [3] LUKŠÍK, I. – SUPEKOVÁ, M. 2003. Sexualita a rodovosť v sociálnych a výchovných súvislostiach. Bratislava: Humanitas, 2003.
- [4] LUKŠÍK, I. – SUPEKOVÁ, M. – BIANCHI, G. – POPPER, M. 1999. Sexuálna spokojnosť žien. In: *Česká a Slovenská psychiatrie*. 1999, roč. 95, č.1, január, p. 31-40.
- [5] MARKOVÁ, D. 2007. *Predmanželská sexualita v kontextoch sexuálnej diverzity a variability*. Bratislava: Regent, 2007, p. 246.
- [6] QUEEEN, C. – SCHIMEL, L. (ED.). 1997. *Pomosexuals: Challenging Assumptions About Gender and Sexuality*. San Francisco: Cleis Press, 1997.
- [7] SCHÖNBUCHER, V. 2007. Sexuelle Zufriedenheit von Frauen: Psychosoziale Faktoren. In: *Zeitschrift für Sexualforschung*, Vol. 20, 2007, p. 21- 41.

- [8] SUPEKOVÁ, M. – BIANCHI, G. 2000. Sexuálna výchova a spokojnosť sexuálne aktívnejších mladých ľudí (kvalitatívny prístup). In: *Československá psychologie*, 2000, roč. XLIV, č.1, p. 56-76.
- [9] SUPEKOVÁ, M. - POPPER, M. - BIANCHI, G. - LUKŠÍK, I. 1999. Spôsoby predchádzania riziku HIV v sexuálnych interakciách u mládeže na Slovensku. Bratislava: Mladý človek a infekcia HIV (Zborník príspevkov zo VI. celoštátnej viacrezortnej vedeckej a odbornej konferencie „AIDS ‘99“), p. 75-79.

Kontaktné údaje

PhDr. Dagmar Marková, PhD.
Katedra všeobecnej a aplikovanej etiky
Filozofická fakulta
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Hodžova 1
94974 Nitra
e-mail: dmarkova@ukf.sk

Úloha sprevádzajúcej osoby pri pôrode

Eva Moraučíková, Soňa Hlinková

Abstrakt

The thesis aim was to define the extent into which obstetrical practice of the presence of accompanying person during labour is being used. In the practical part research in form of non-standardized questionnaire was carried out in private obstetric outpatient clinics in the area of Ružomberok. This way it was possible to find out whether and how the obstetrical practice, recommended by WHO – the presence of accompanying person is being implemented in practice. Some results were further analysed from different points of view. Research results brought some interesting discoveries that helped us to elaborate practical suggestions focused on usage of the obstetrical practice (the presence of accompanying person during labour), which contributed a great deal to humanisation of the labour.

Klíčová slova

Pôrod, matka, dieťa, sprevádzajúca osoba, humanizácia.

Úvod

Presunom pôrodov do nemocníc sa na určité obdobie rituál prítomnosti sprevádzajúcich osôb pri pôrode z praxe vytratil. V minulosti boli okrem pôrodných báb (lekárov) prítomní pri pôrode príbuzní (známi) rodičky nakoľko sa rodilo doma (Doležalová, Königsmarková, 2006). Niekedy sa môže stať, hlavne ak je pri pôrode otec dieťaťa alebo matka rodičky, že sú do procesu pôrodu príliš emocionálne zainteresovaní a prestávajú byť pre rodičku prínosom. Na druhej strane je potrebné rešpektovať želanie rodičky a jej pocity, keď zatúži byť počas pôrodu osamote a v pokoji, je nevyhnutné aby to sprevádzajúca osoba pochopila a rodičke dopriala súkromie (Štomerová, 2005). Nevhodnými osobami na sprevádzanie pri pôrode sú ľudia labilnejší, ktorí neznesú pohľad na krv, rušiaci rodičku a neumožňujúci rodičke poddať sa pôrodnému mechanizmu.

V Charte práv pacientov SR, ktorá bola vypracovaná v zmysle dokumentov OSN, WHO (1999) ako jednu z praktík počas normálneho pôrodu sa odporúča zaradiť: „rešpektovanie ženinho výberu spoločnosti pri pôrode a po narodení

dieťaťa.“ Rada Európy a Európskej únie, sa v článku 7 bod 5 uvádza: „*ženy majú právo, aby s nimi pri pôrode bola dospelá osoba, ktorú si vyberú.*“

Otec pri pôrode

V minulosti otec dieťaťa bol prítomný pri pôrode aspoň ako nepriami účastník, bol vo vedľajšej miestnosti a pomáhal pri niektorých činnostiach okolo pôrodu (staral sa o deti, varil vodu...). Prítomnosť muža pri pôrode nebola totiž bežnou záležitosťou. Dlhú dobu pretrvával názor, že jeho prítomnosť pri pôrode je neetická, zahanbujúca a nedôstojná. Pri pôrode ženám pomáhali pôrodné babice a muž-lekár sa ku pôrodu dostal len v prípade komplikácií, keď bolo potrebné vykonať niektorú z pôrodných operácií (Lajtman, 2004). Obdobie bezprostredne pred pôrodom, v priebehu pôrodu a počas šestonedelia je charakterizované závislosťou tehotnej a šestonedielky od blízkych osôb, a to najviac od otca dieťaťa (Roztočil et al, 2008). Možnosť partnera pri pôrode prispieva k humanizácii pôrodnictva a k upevneniu partnerského vzťahu. Málo si uvedomujeme, že úloha a podpora otca by nemala byť len pri pôrode samotnom. Dôležité je, aby otec dieťaťa bol zapojený do celého deja už omnoho skôr (návšteva poradne, ultrazvukového vyšetrenia spolu s partnerkou, spoločné vyberanie pôrodnice, spoločné návštevy psychofyzickej prípravy na pôrod) (Pařízek, 2006). Rodička potrebuje partnera ku pôrodu, aby jej bol oporou, a aby sa na „cudzom území“ (nemocničné prostredie) cítila pod jeho ochrannou. Partner často pomáha len tým, že je nablízku, v myšlienkach so svojou ženou. Priamo pri pôrode nemusí byť. Častokrát stačí ak je zavolaný až po pôrode dieťaťa (Doležalová, 2004).

Dieťa (súrodenec) pri pôrode

Nemocničné prostredie nie je stavané na to, aby pri pôrode mohla byť celá rodina (Štromerová, 2005). V zahraničí, kde je možné porodiť doma, môžu byť pri pôrode prítomné aj deti. Každá rodina si musí zvážiť a rozhodnúť sa na základe individuálneho posúdenia mentálnej zrelosti dieťaťa. Za ideálnych podmienok môže byť pôrod pre dieťa a rodinu prínosom a rodinný rituál ich bude sprevádzať ďalším životom. Ak sa rodina rozhodne, že pri pôrode dieťa bude, malo by mať k dispozícii niekoho, kto sa mu bude venovať, kto mu bude nablízku a postará sa o jeho pocity a potreby (Doležalová, Königsmarková, 2006). Deti môžu rodičku príjemne rozptyľovať a tým odvedú pozornosť od jej bolesti a pôrod sa do určitej miery skrúti. Naopak, deti môže rodička vnímať ako silne rušivý faktor a pôrod nebude postupovať (Štromerová, 2005). Prítomnosť dieťaťa pri pôrode treba dopredu dobre zvážiť a premyslieť. Niektorí psychológovia pred týmto variantom varujú (Aperio et al, 2006). Ak dieťa pri

pôrode bolo, najdôležitejšie je obdobie bezprostredne po pôrode, ktoré má prežiť spolu s rodičmi a novým súrodencom, aby si overilo skutočnosť, že nestratilo svoje miesto v rodine a súrodenec nie je votrelec s ktorým mu berie rodičovskú lásku. Deti musia mať pocit celistvosti rodinného kruhu, ktorý sa rozrástol o jedného člena rodiny. Tento rodinný rituál si deti ponosia so sebou do ďalšieho života a skúsenosť ktorú prežili je pre nich hodnotnejšia ako cesta autom spolu s otcom po mamu a súrodenca do pôrodnice (Doležalová, Konigsmarková, 2006).

Priateľka pri pôrode

Ak si žena vyberie za sprevádzajúcu osobu svoju priateľku, je vhodné, keby ona sama bola matkou. Otec dieťaťa sa môže v takom prípade na chvíľu vzdialiť a načerpať novú energiu, uvoľniť sa (Stadelmann, 2004). Ide o pomerne vhodnú alternatívu sprevádzajúcej osoby. Priateľka, ktorú si žena zvolí za sprevádzajúcu osobu by mala byť skutočne dobrá a blízka kamarátka ktorej rodička dôveruje.

Dula pri pôrode

Dula (z gréckeho slova opatrovatel'ka) je špeciálne vyškolená žena, ktorá poskytuje psychickú (emocionálnu), ale aj fyzickú pomoc rodičke, jej partnerovi a rodinným príslušníkom. Dula sa už počas tehotenstva zoznami s rodičkou, s jej prianím a predstavami o pôrode. Poskytne jej dostatok informácií o priebehu tehotenstva, o životospráve, o pôrode, porozpráva sa s budúcimi rodičmi o prípadných obavách a môže v spolupráci so ženou pripraviť pôrodný plán, ktorý si starostlivo prejdú spolu s partnerom. Stará sa o ženu po celú dobu pôrodu a určitý čas aj po narodení dieťaťa. Komunikuje s personálom pôrodnice, oboznami ich so želaniami rodičky a s jej pocitmi. Žene trpezlivo vysvetľuje nevyhnutnosť niektorých lekárskeho zásahov ([Kto je dula?](#), 2008). Je užitočné ak sa rodička (rodičovský pár) s dulou stretnú dva či trikrát ešte pred pôrodom. Pri neformálnych rozhovoroch v príjemnom prostredí sa začne budovať vzťah dôvery. Neskôr sa dula stáva tichou a kľudnou osobou, ktorá rodičku (rodičovský pár) povzbudzuje a stará sa o ňu tak, že sa prispôbi jej potrebám a priebehu pôrodu. Výsledkom býva vytvorenie blízkeho puta a spoločnej spomienky na najsilnejší okamžik života. Dula uznáva pôrod ako jeden z kľúčových momentov v živote ženy, chápe fyziológiu pôrodu a emocionálne potreby rodičky. Poskytuje všestrannú podporu, ktorá je dôležitá pre správne rozhodnutie sa rodiacej ženy (Marek, 2002). Pôrod robí ženu mimoriadne vnímavou, otvorenou a zraniteľnou. Všetko čo počas pôrodu zažíva v nej zanecháva hlboký odtlačok. Ak z tejto skúsenosti žena vychádza

s pocitom sebadôvery, s vedomím, že je stredom záujmu a starostlivosti, tak je schopná lepšie sa starať o dieťa a ľahšie sa vyrovná s tlakom, ktorý prichádza v prvých dňoch po pôrode. Aby počas tohto náročného obdobia nebola sama potrebuje okrem svojich blízkych niekoho na koho sa môže spoľahnúť, kto je schopný byť jej nápomocný a to bezprostredne po pôrode alebo dlhodobo. Takouto osobou je dula (Goer, 2002).

Úloha sprevádzajúcej osoby pri pôrode

Každá sprevádzajúca osoba pri pôrode, popisovaná v príspevku, môže plniť isté úlohy. Dula dokáže plniť úloh viac, partner pristupuje k plneniu úloh empatickejšie. Každá z týchto osôb prinesie do plnenia úloh niečo iné, svojské. Nasledujúce úlohy, ktoré sú v tejto časti príspevku spomínané, môžeme zaradiť medzi najčastejšie úlohy, ktoré sprevádzajúca osoba pri pôrode môže plniť:

- pomoc pri pohybe (na WC, do sprchy, po pôrodnej sále, pri vstávaní zo stoličky, z pôrodnej postele/pôrodného kresla...),
- zaujatie správnej polohy (na partoballe, pri vyšetrení, počas II. doby pôrodnej, pri tlačení- podopieranie nôh, hlavy...),
- studené alebo teplé obklady (na tvár, pery, čelo, ovlažovanie pier, vyplachovanie dutiny ústnej, pomoc pri príjme tekutín...),
- pomoc pri dýchaní (využitie rôznych dýchacích techník v I. a II. dobe pôrodnej, povzbudenie ku správne dýchaniu...),
- poskytnutie masáže (rôzne masážne techniky),
- psychická podpora (povzbudenie pri tlačení, odpútanie od bolesti, aplikácia relaxačných techník, po pôrode dieťaťa vyjadrenie uznania matke ...),
- emocionálna podpora (haptické prejavy - pohladenie, objatie, držanie za ruku, prejav svojej lásky a úcty...),
- intenzívny kontakt s dieťaťom od prvej chvíle (Repková, Padyšáková, 2007),
- obsluha rádia/CD prehrávača (púšťanie obľúbenej hudby, zosilňovanie intenzity zvuku počas a po kontrakcii...),
- komunikačná spojka medzi zdravotníckym personálom a rodičkou (tlmočí želanie rodičky, odovzdáva pokyny od zdravotníckych pracovníkov...),
- komunikačná spojka medzi pôrodnou sálou a okolitým svetom (príbuzní, známi, spolupracovníci...),
- realizácia fotodokumentácie, videozáznamu (DVD záznamu) pôrodu, novorodenca,

- najdôležitejšia úloha spočíva v samotnej prítomnosti sprevádzajúcej osoby, v klude a trpezlivosti.

Pôrod môže byť náročný, stresujúci a namáhavý nie len pre samotnú rodičku ale aj pre sprevádzajúcu osobu. Pri pôrode v noci prichádza únava z nedostatku spánku. Vynechanie pravidelného jedla a neustála snaha o optimistickú náladu s cieľom povzbudiť rodičku, je veľmi náročná najmä vtedy ak má sprevádzajúca osoba obavy a cíti sa preťažená. Aby sprevádzajúca osoba bola naozaj oporou nesmie zabúdať na uspokojovanie svojich základných potrieb.

Rady pre sprevádzajúcu osobu, ktoré šetria telesnú a psychickú energiu:

- všetky veci, ktoré sú pri pôrode potrebné je dobré aby sprevádzajúca osoba mala pri sebe (nemusi zbytočne odbiehať a opúšťať rodičku),
- počas pôrodu je potrebné v pravidelných intervaloch jesť vyváženú stravu a prijímať dostatočné množstvo tekutín,
- pokiaľ je možné si sadnúť, nie je potrebné aby sprevádzajúca osoba stála, hlavu je možné oprieť si o posteľ vedľa rodičky. V niektorých pôrodniciach sú k dispozícii široké pôrodné posteľe, kde si sprevádzajúca osoba môže spolu s rodičkou nachvíľu odpočinúť,
- pri akýchkoľvek pochybnostiach je potrebné zdravotníckych pracovníkov sa veľa pýtať (napr. či pôrod netrvá dlho, či bolesti, ktoré prežíva rodička nie sú priveľké, či je všetko v poriadku, nebáť sa prejaviť svoje obavy, tak aby to rodička nepočula),
- vždy treba požiadať o pomoc, ak si sprevádzajúca osoba nevie so vzniknutou situáciou rady (pomoc pri ukážke úľavovej polohy, spôsobe dýchania, uistení sa či činnosti, ktoré sprevádzajúca osoba robí, robí správne...),
- pokiaľ je pri pôrode sprevádzajúcich osôb viac, odporúča sa pri rodičke striedať. Niekedy tieto osoby môžu naopak s rodičkou pracovať spoločne. Vhodnou sprevádzajúcou osobou ku pôrodu spolu s partnerom je napríklad dula, ktorej úlohou je pomoc pri pôrode a má určité skúsenosti a prehľad (Simkinová, 2003).

Sprevádzajúca osoba pri pôrode vo väčšine prípadov musí splniť určité požiadavky, aby mohla s rodičkou počas pôrodu zotrvať. Je dôležité aby pracovníci zdravotníckeho zariadenia o týchto požiadavkách sprevádzajúcej osoby ale i samotnú rodičku informovali.

Podmienky pre účasť sprevádzajúcej osoby pri pôrode:

- priniesť potvrdenie o absolvovaní psychofyzickej prípravy na pôrod (ak si to zdravotnícke zariadenie vyžaduje, niektoré pracoviská od tejto požiadavky odstúpili),
- prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode v priestoroch pôrodnej sály je povolená až po začatí pravidelnej pôrodnej činnosti v prvej dobe pôrodnej,
- dodržiavať pokyny zdravotníckych pracovníkov,
- zdržiavať sa spolu s rodičkou počas prvej doby pôrodnej len na vyhradených miestach pôrodnej sály,
- nerušiť ostatné rodičky,
- akceptovať neumožnenie prítomnosti pri pôrode (napr. na pôrodnom sále je viac rodičiek a mohlo by dôjsť k porušeniu ich súkromia),
- opustiť pôrodnú sálu na vyzvanie personálu (napr. vznik akútnej situácie na pôrodnom sále) (Repková, Padyšáková, 2007).

Základným predpokladom pre úspešné vedenie pôrodu je akceptácia prítomnosti sprevádzajúcej osoby pri pôrode na pôrodnom sále. Tento prvok humanizácie pôrodnictva zvyšuje komfort rodičky a nepriamo zlepšuje aj perinatologické výsledky. Rodička a sprevádzajúca osoba musia mať od prvej chvíle kontaktu so zdravotníckymi pracovníkmi pocit dôvery a profesionality. Zdravotnícky pracovníci nemajú byť preťažení, nervózni a netrpezliví.

Úloha zdravotníckych pracovníkov pri prítomnosti sprevádzajúcej osoby na pôrodnom sále:

- venovať pozornosť nie len rodičke ale aj sprevádzajúcej osobe,
- reagovať na vegetatívne zmeny (bledosť, ospalosť) sprevádzajúcej osoby,
- naviazať slovný kontakt na ľubovoľnú tému, pričom treba brať ohľad na prebiehajúci pôrod,
- sledovať slovné vyjadrovanie sprevádzajúcej osoby, ktoré môže odhaliť psychický alebo fyzický dyskomfort,
- nevykazovať sprevádzajúcu osobu z pôrodnej sály v prípade hroziacich komplikácií, sprevádzajúca osoba väčšinou ocení zvýšenú starostlivosť a tímovú kooperáciu (rozhodnutie treba zväžiť na základe konkrétnych okolností, závažnosti situácie, osobnosti sprevádzajúcej osoby, obsadenia pôrodného sálu...),

- prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrodníckej operácii, kedy je rodička v celkovej anestézii a zaintubovaná nie je namieste (Prítomnosť otce u porodu, 2008).

Materiál a metódy

Predmet prieskumu: Do akej miery sa využíva pôrodnická praktika prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode v praxi.

Ciele prieskumu:

- Zistiť, v akej miere sa využíva pôrodnická praktika- výber sprevádzajúcej osoby pri pôrode v praxi.
- Zistiť, analyzovať a vyhodnotiť ako sprevádzajúca osoba vníma svoju prítomnosť pri pôrode.
- Zistiť a analyzovať, aké činnosti sprevádzajúce osoby pri pôrode najčastejšie vykonávajú.

Metodika prieskumu: na získanie relevantných údajov, na dosiahnutie stanovených cieľov sme použili empirickú metódu - dotazník (neštandardizovaný) ktorý obsahoval 16 položiek, z toho 5 položiek bolo kategorizačných.

Realizácia prieskumu: zber empirických údajov bol uskutočnený v období mesiacov január až február 2010 v súkromných gynekologicko- pôrodnických ambulanciách na území mesta Ružomberok. V mesiaci december 2009 bola realizovaná pilotáž na súbore niekoľkých respondentov na overenie zrozumiteľnosti formulovaných položiek v dotazníku. Dotazník bol distribuovaný kombinovaným spôsobom: osobne alebo prostredníctvom kontaktných osôb - pôrodné asistentky pracujúce na ambulanciách. Pri realizácii prieskumu bolo rozdáných 100 dotazníkov, vrátených bolo 88 dotazníkov. Návratnosť bola 88 %. Počet dotazníkov pre štatistické spracovanie predstavoval 88. Zo súboru nebolo potrebné vylúčiť žiadne dotazníky. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou štatistického softwaru IBM SPSS Statistica 18.

Súbor respondentov: sledovaný súbor respondentov bol tvorený súborom žien po pôrode. Súbor žien tvorilo 88 žien. Výber respondentov bol skupinový.

Tabuľka 1 **Prehľad respondentov - žien podľa veku**

	N	%
20 – 29	34	39,8
30 – 39	50	57,9
40 a viac	2	2,3
Spolu	88	100

Priemerný vek respondentiek - žien po pôrode bol 31,02. Najmladšia respondentka bola vo veku 20 rokov a najstaršia vo veku 43 rokov, pričom medián bol 31,50. Modus bol 33 rokov, čo uviedlo 10 respondentiek.

Tabuľka 2 **Prehľad respondentov- žien podľa bydliska**

	N	%
Mesto	51	58
Vidiak	36	42
Spolu	88	100

Tabuľka 3 **Prehľad respondentov - žien podľa vzdelania**

	N	%
Základné	2	2,3
Stredoškolské s maturitou	40	45,5
Stredoškolské bez maturity	12	14,6
Vyššie odborné vzdelanie	3	3,4
Vysokoškolské	30	34,2
Spolu	88	100

Tabuľka 4 **Prehľad respondentov - žien podľa rodinného stavu**

	N	%
Vydatá	71	81,7
Slobodná	8	9,2
Rozvedená	7	8,0
Vdova	1	1,1
Spolu	88	100

Tabuľka 5 **Prehľad respondentov - žien podľa parity**

	N	%
Prvorodička	33	37,5
Druhorodička	32	36,4
Viacrodička	23	25
Spolu	88	100

Výsledky a diskuse

Jednotlivé výsledky uvádzame v tabuľkách v absolútnych číslach a percentách. Uvádzame len najpodstatnejšie otázky, ktoré sa týkajú cieľov prieskumu.

Tabuľka 6 **Prehľad sprevádzajúcich osôb pri pôrode**

	Áno		Nie		Spolu	
	N	%	N	%	N	%
Otec dieťaťa	33	37,5	55	62,5	88	100
Kamarátka	1	1,1	87	98,9	88	100
Mama	2	2,3	86	97,7	88	100
Dula	12	13,7	76	86,4	88	100
Na pôrodnom sále ma nikto nesprevádzal	37	42,1	51	57,9	88	100
Iné	3	3,4	85	96,6	88	100

Tabuľka 7 **Prehľad činností, s ktorými sprevádzajúca osoba pomáhala pri pôrode**

	Áno		Nie		Spolu	
	N	%	N	%	N	%
Pomoc pri pohybe	19	37,3	32	62,7	51	100
Masáž	13	25,5	38	74,5	51	100
Spoločné dýchanie	12	23,5	39	76,5	51	100

Obsluha rádia (CD prehrávač)	2	3,9	49	96,1	51	100
Studené/teplé obklady	8	15,7	43	84,3	51	100
Pomoc pri tlačení (držanie hlavy, nôh...)	19	37,3	32	62,7	51	100
Slovné povzbudenie	31	60,8	20	39,2	51	100
Nepomáhala mi s ničím	1	2	50	98	51	100
Iné						

Tabuľka 8 **Prehľad činností, ktoré ovplyvňuje prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode**

	Áno		Nie		Spolu	
	N	%	N	%	N	%
Pôsobí rušivo na personál	10	11,4	78	88,6	88	100
Uľahčuje komunikáciu medzi rodičkou a personálom	35	39,8	53	60,2	88	100
Upevňuje sa vzťah sprevádzajúca osoba – matka - dieťa	51	58	37	42	88	100
Pôsobí rušivo na matku	9	10,2	79	89,8	88	100
Zmierňuje stres u rodičky	60	68,2	28	31,8	88	100
Je prínosom, len ak absolvoval prípravu na pôrod	8	9,1	80	90,9	88	100

Tabuľka 9 Vyjadrenie sprevádzajúcej osoby po pôrode

	Áno		Nie		Spolu	
	N	%	N	%	N	%
Som rád/a že som tam bol/a	35	68,6	16	31,4	51	100
Viac k pôrodu nepôjdem	3	5,9	48	94,1	51	100
Bolo mi zle	1	2	50	98	51	100
Bol to nezabudnuteľný zážitok	19	37,3	32	62,7	51	100
Pripadal/a som si ako piate koleso na voze	3	5,9	48	94,1	51	100
Iné	1	2	87	98	51	100

Tabuľka 10 Platba za sprevádzajúcu osobu pri pôrode

	N	%
Platila	26	51
Neplatila	25	49
Spolu	51	100

Otvorená otázka: **Napište ako dlho trval (aspoň približne) Váš pôrod:**

Priemerná doba trvania pôrodu- mean je 8 hodín 12 minút. Najkratší čas trvania pôrodu respondentky uviedli 1 hodina a najdlhší čas trvania pôrodu bola uvedená hodnota 48 hodín. Pričom modus je 1 hodina a medián 5 hodín 50 minút. Trvanie pôrodu v dĺžke 1 hodinu uviedlo 18 respondentiek, čo odráža aj skutočnosť, že 13 respondentiek rodilo cisárskym rezom a v tomto prípade všetky uviedli, že pôrod trval približne 1 hodinu.

Diskusia: úlohou prieskumu bolo zistiť ako sa v praxi využíva pôrodná praktika odporúčaná WHO- prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode. Z nášho prieskumného súboru žien po pôrode 51 (57,9 %) žien uviedlo, že ich

pri pôrode niekto sprevádzal. Najčastejšou sprevádzajúcou osobou bol partner dieťaťa, čo uviedlo 33 žien t.j. 37,5 % z celkového počtu respondentiek. Ak berieme do úvahy len ženy, ktoré niekto pri pôrode sprevádzal tj. 51 žien percentuálne zastúpenie otca dieťaťa pri pôrode je 64,7 %. V Českej republike bol realizovaný dotazníkový výskum v 115 pôrodniciach, z ktorého je patrné, že u polovičky fyziologických pôrodov bol prítomný doprovod a najčastejšou sprevádzajúcou osobou bol otec dieťaťa (96%) (Marek, 2002). Podľa Holomáňa (2006) *„prítomnosť partnera pri pôrode predstavuje pre rodičku oporu v ťažkej situácii.“* Druhou najčastejšou sprevádzajúcou osobou bola dula, čo uviedlo 12 žien tj. 13,7 %. Zastúpenie dúl pri pôrode je pomerne vysoké číslo, nakoľko táto možnosť v pôrodniciach Slovenska nie je častá a na niektorých pracoviskách dula nie je vítaná. Jednoznačne nemôžeme konštatovať, či ženy poznajú pojem dula, nakoľko nebol v dotazníku vysvetlený a mohlo sa stať, že si respondentky dulu zamenili za pôrodnú asistentku?! Výskumné štúdie realizované na 5000 ženách, ktoré mali pri pôrode ženskú pomocnicu- dulu, poukazujú na skrátenie dĺžky pôrodu, nižšiu spotrebu analgetík a 50 % zníženie cisárskych rezov (Goer, 2002). Prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode ovplyvňuje aj mieru využitia analgézie počas pôrodu. Respondentky mali hodnotiť pociťovanie bolesti počas kontrakcií. Aritmetický priemer pociťovania bolesti- mean je 3,6; pričom bola použitá stupnica bolesti od 1 po 5. Výsledok pociťovania bolesti 3,6 sa blíži viac k hodnote 4, ktorá vyjadruje „veľkú bolesť.“ Dick- Read pokladá za príčinu bolesti strach a napätie (Chertok, 1966). Tieto faktory pomáha zmierniť prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode. Z tohto zistenia vyplýva, že prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode zmierňuje pociťovanie bolesti rodičkou. V databáze Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod, u žien, ktoré mali intrapartálne kontinuálnu podporu jednej osoby, pôrod trval kratšie, bola vyššia pravdepodobnosť, že pôrod bude spontánny vaginálnou cestou, menej pravdepodobné bolo využitie intrapartálnej analgézie a u žien bola nižšia nespokojnosť s priebehom pôrodu. Účinok sa zintenzívnil, keď kontinuálnou osobou nebol zdravotník (v štúdiách nebolo vyšpecifikované, kto konkrétne bol pri pôrode- otec, dula, príbuzní...) (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Dowswell, 2007).

Ďalšou úlohou prieskumu bolo zistiť ako sprevádzajúca osoba reagovala na svoju prítomnosť na pôrodnom sále počas pôrodu. Najväčšie zastúpenie mala odpoveď zmierňuje stresu u rodičky, čo uviedlo 60 (68,2%) respondentiek. Podľa Roztočila (2008): *„prítomnosť otca prispieva v stresovej situácii, akou pôrod je, ku zvládaniu strachových, úzkostných a panických reakcií.“* V dotazníkovom výskume realizovanom v Českej republike 57 % rodičiek

očakáva od sprevádzajúcej osoby pocit bezpečia (Marek, 2002). V prípade, že rodička nemá pocit bezpečia situácia, ktorú prežíva môže u nej vyvolať stres a strach.

Svoju účasť pri pôrode sprevádzajúce osoby najčastejšie hodnotili možnosťou „som rád/a, že som tam bol/a“ čo uviedlo 68,6 % respondentiek. Druhý najčastejší spôsob hodnotenia bol: „bol to nezabudnuteľný zážitok“ čo uviedlo 37,3 % respondentiek. *„Vedecké štúdie nemôžu preukázať ľudskú hodnotu okamžiku, kedy dvaja jednotlivci privádzajú na svet spoločné dieťa“* (Valent, 2001). 1 respondentka uviedla, že sprevádzajúca osoba počas pôrodu mala pocit nevoľnosti. Podľa Valenta (2001): *„príčinou nevoľnosti nebýva vždy len pôrod, ale často prehriatie (plášť, rúška, čiapka, ktorú si sprevádzajúca osoba musí obliecť), taktiež hypoglykémia a únava“*

Ďalšou úlohou prieskumu bolo zistiť pri akých činnostiach sprevádzajúca osoba rodičke počas pôrodu pomáha. 31 (60,8 %) rodičiek uviedlo, že sprevádzajúca osoba ju slovne povzbudzovala. Štúdie zamerané na pôsobenie otcov pri pôrode preukázali, že vo väčšine prípadov otcovia pri pôrodne nepôsobia ako „koučovia“ a ich starostlivosť nepôsobí tak blahodárne, ako pomoc poskytovaná doulou (Goer, 2002). Odborná literatúra uvádza, že otec býva prínosom hlavne v prípade, ak absolvoval spolu s matkou predpôrodnú prípravu. V našom prieskume 19 (21,6 %) respondentiek uviedlo, že absolvovalo predpôrodnú prípravu, predpokladáme, že v tom najideálnejšom prípade 19 sprevádzajúcich osôb absolvovalo kurz predpôrodnej prípravy.

Za prítomnosť na pôrodnom sále platilo 26 sprevádzajúcich osôb a priemerný poplatok vyšiel 5,17 Eur. Výber poplatku za prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode závisí od konkrétneho zdravotníckeho zariadenia a pokrýva prevádzkové náklady spojené s pobytom sprevádzajúcej osoby na pôrodnom sále (pranie oblečenia, poskytnutie jednorázových pomôcok- čiapka, ústenka, poskytnutie malého občerstvenia- káva, čaj, minerálka). Poplatky na niektorých gynekologicko- pôrodných pracoviskách: 6,67 nemocnica Handlová (Gynekologicko- pôrodné oddelenie, 2010), ÚVN SNP- FN Ružomberok 3,30 Eur (Kerekešová, 2010), nemocnica Liptovský Mikuláš 20 Eur (Pôrodné oddelenie, 2010).

V našom prieskume bola ukončená tehotnosť cisárskym rezom v 13 prípadoch (14,8 %), pričom odborná literatúra uvádza, že v súčasnej dobe sa tehotnosť končí cisárskym rezom v Spojených štátoch amerických takmer v 25 %, v Českej republike približne 18,86 % (Roztočil et al, 2008). Vo väčšine krajín sa počet cisárskych rezov pohybuje medzi 10 – 20 %, vo vyspelých krajinách je to

percento vyššie ako v krajinách rozvojových a na univerzitných pracoviskách to môže byť až 30 % (Cisársky rez, 2010).

Odporúčania pre prax

Na základe analýzy získaných výsledkov navrhujeme:

- **odporúčame prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode** (najčastejšie otca dieťaťa), ktorá má na rodičku pozitívny vplyv a to hlavne po stránke psychickej a môže rodičke pomôcť s drobnými úkonmi ako sú pomoc pri pohybe, zaujatie polohy...,
- **vhodné je aby pred pôrodom sprevádzajúca osoba absolvovala spolu s rodičkou kurz psychofyzickej prípravy**, nakoľko tam získa potrebné vedomosti a zručnosti, ktoré môže pri pôrode využiť a nebude mať pocit, že je „piate koleso na voze.“ Ak sprevádzajúca osoba nemá dostatok času na absolvovanie kurzu, vhodné by bolo, keby v rámci zdravotníckeho zariadenia na pôrodníckom pracovisku bola realizovaná jedna lekcia správania sa na pôrodnom sále, kde by v zjednodušenej forme dostali sprevádzajúce osoby tie najnutnejšie informácie, aby boli skutočne počas pôrodu prínosom,
- zdravotnícky pracovníci pracujúci na pôrodných sálach aj v dnešnej dobe (po snahe o humanizáciu pôrodníctva) majú na prítomnosť sprevádzajúcej osoby pri pôrode rôzny názor. Je potrebné, aby došlo k **prehodnoteniu ich postoja**, nakoľko výskum zaoberajúci sa touto problematikou poukázal na jednoznačný prospech prítomnosti sprevádzajúcej osoby, ktorú si rodička ku pôrodu vyberie,
- **výber sprevádzajúcej osoby pri pôrode je právo rodičky**, tak ako má právo vybrať si zdravotnícke zariadenie, kde privedie na svet svoje dieťa. Toto právo jej v dnešnej modernej dobe nemá byť zo strany zdravotníckeho zariadenia odmietané a je na zdravotníckych pracovníkoch, hlavne na manažmente pracovísk, ako to bude v praxi realizované, dodržiavané a akceptované,
- **pôrodné sály majú byť boxového typu** (1 rodička = 1 box), aby nevznikal problém, že na vedľajšom pôrodnom kresle rodí iná žena a prítomnosť cudzej sprevádzajúcej osoby by mohla narušiť jej intimitu, čo často vedie v praxi k tomu, že sprevádzajúca osoba musí pôrodnú sálu opustiť,

- **sprevádzajúca osoba (hlavne otec dieťaťa) nesmie byť do prítomnosti pri pôrode nútená**, či už so strany rodičky alebo pracovníkov zdravotníckeho zariadenia, musí to byť slobodné rozhodnutie a odmietnutie nemá byť brané ako zlyhanie, alebo nemá byť neskôr cieľom výčitiek. Rodička má právo prítomnosť sprevádzajúcej osoby odmietnuť,
- zmena v rigidnom postupe nezávisí vo veľa prípadoch od peňazí, ale na **novom spôsobe myslenia a na vládnej komunikácii**. Rodička si pamätá detaily pôrodu a nevymaže sa jej z pamäti okríknutie, nezájem alebo pocit opustenosti, ale naopak zostanú v nej láskyplné slová všetkých, ktorí boli pri pôrode prítomní.

Literatura

- [1] APERIO et al. 2006. *Porodní příběhy*. Praha: Grada, 2006. 262 s. ISBN 80-87049-03-9.
- [2] *Cisársky rez*. 2010. [online]. Dostupné na: <http://primar.sme.sk/c/4116745/cisarsky-rez.html>, [cit. 1.3. 2010].
- [3] DOLEŽALOVÁ, J. 2004. *Porod doma*. Praha: Formát, 2004. 207 s. ISBN 80-86718-46-8.
- [4] DOLEŽALOVÁ, J., KÖNIGSMARKOVÁ, I. 2006, *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo, 2006. 165 s. ISBN 80-7203-792-7.
- [5] GOER, H. 2002. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Havlíčkův Brod: One Woman Press. 2002, 549 s., ISBN 80-86356-13-2.
- [6] *Gynekologicko- pôrodnické oddelenie*. 2010. [online]. Dostupné na: <http://www.nemha.sk/?str=oddelenia&detail=3>), [cit. 1. 3. 2010].
- [7] HODNETT, E. D., DOWN, S., HOFMEYR, G., J., SAKALA, A., C. 2007. Continuous support for women during childbirth. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007, Issue 4. Art. No.: CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub2. [online]. Dostupné na: <http://www2cochrane.org/reviews/en/ab003766.html>, [cit. 1. 6. 2010].
- [8] HOLOMÁŇ, K. 2006. Alternatívne pôrodnictvo, čo je a čo nie je. In *Gynekológia pre prax*. 2006. č.4, s. 231-233, ISSN 1336-3425.

- [9] CHERTOK, L. 1966. *Psychosomatické metody bezbolestného porodu historie, teorie a prax*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966. 85 s.
- [10] KEREKEŠOVÁ, L. 2010. *Poplatky*. Osobná konzultácia.
- [11] *Kto je dula?* 2008. [online]. Dostupné: <http://www.duly.sk/>, [citované 19. 9. 2008].
- [12] LAJTMAN, E. 2004. Vývojové trendy v pôrodníckej starostlivosti. In *Gynekológia pre prax*. Bratislava: Solen, 2004. 38-42 s. ISSN 1336-3425.
- [13] MAREK, V. 2002. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002, s. 260, ISBN 80-7281-090-1.
- [14] PAŘÍZEK, A. 2006. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
- [15] *Pôrodnické oddelenie*. 2010. [online]. Dostupné: <http://www.nsplm.sk/index.php?s=1po>, [citované 1.3.2010].
- [16] *Přítomnost otce u porodu*. 2008. [online]. Dostupné: <http://www.porodnici.cz/pritomnost-otce-u-porodu>, [citované 21.10. 2008].
- [17] REPKOVÁ, A., PADYŠÁKOVÁ, H. 2007. Sprevádzajúce osoby pri pôrode. In *Ošetrovateľský obzor*. 2007, roč.4, čís. 1-2, s. 33-35, ISSN 1336-5606.
- [18] ROZTOČIL, A. et al. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. 2008, 405 s., ISBN 978-80-247-1941-2.
- [19] SIMKINOVÁ, P. 2003. *Partner u porodu*. Praha: Argo. 2003. s. 245, ISBN 80-7203-308-5.
- [20] STADELMANN, I. 2004. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2004, 579 s. ISBN 80-86356-31-0.
- [21] ŠTROMEROVÁ, Z. 2005. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005, 183 s. ISBN 80-7203-653-X.
- [22] VALENT, M. 2001. Manažment fyziologického pôrodu vo svetle súčasných poznatkov. In *Praktická gynekológia*. 2001. vol. 8, čís. 4, s. 162-174, ISSN 1335-4221.
- [23] WHO. 1999. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: WHO. 1999. s. 44.

Kontaktní údaje

PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

RNDr. Soňa Hlinková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: sona.hlinkova@ku.sk

Kvalita života a obezita

Eva Musilová

Abstrakt

Východisko: Kvalita života ľudí, ktorí sú v náročnej životnej situácii je v pozornosti odborníkov. Obezita je náročnou situáciou nielen pre jednotlivcov, ale aj pre spoločnosť. Týmto stavom sa zaoberá aj Svetová zdravotnícka organizácia.

Súbor a metódy: Výberový súbor tvorili obézni jedinci, ktorí sa rozhodli zmeniť svoj stav. Na prieskum sme použili dotazníkovú metódu.

Výsledky: Obezita môže negatívne ovplyvňovať nie len zdravotný stav, ale zahŕňa aj sociálne, psychické aspekty a celkovú kvalitu života obéznych. Zistili sme nevýrazný vplyv na pôsobenie obéznych v spoločnosti a zamestnaní. Čiastočne pociťujú obézni diskrimináciu. Zistili sme značný negatívny vplyv obezity na psychiku a celkovú kvalitu života obéznych.

Záver: Kvalita života je negatívne ovplyvnená obezitou. Spoločnosť sa v súčasnosti intenzívne zameriava na negatívny vplyv obezity na zdravie. Z výsledkov našej prieskumnej sondy vyplýva, že spoločnosť by mala zmeniť súčasnú kultúru konzumu a pasívneho relaxu na kultúru striedmosti a aktívneho relaxu.

Kľúčová slova

Kvalita života, obezita, zdraví, sociálne aktivity.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia definuje kvalitu života ako individuálne vnímanie svojej pozície v živote v kontexte kultúrnych a hodnotových systémov, v ktorých ľudia žijú a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, štandardom a záležitostiam. Je to široký pojem ovplyvnený fyzickým zdravím jednotlivca, jeho psychickým stavom, stupňom nezávislosti sociálnym vzťahom k charakteristickým vlastnostiam jeho prostredia.

Svetová zdravotnícka organizácia sa zamerala na hodnotenie šiestich oblastí kvality života:

- telesnú oblasť
- psychickú oblasť
- úroveň nezávislosti
- sociálne vzťahy
- prostredie, v ktorom jedinec žije
- osobná viera (1).

Odborníci sa vo svojich názoroch približujú k uvedeným hodnotám kvality života. Mühlpachr popisuje kvalitu života ako komplexné meranie fyzickej, psychickej a sociálnej pohody, šťastia, spokojnosti a naplnenia tak, ako je vnímaná každým jednotlivcom či skupinou (2). Lehman definuje kvalitu života ako subjektívny pocit celkovej pohody, ktorý súvisí s funkčným stavom, zdrojmi a možnosťami. Faktory determinujúce kvalitu života sa rozdeľujú na vnútorné a vonkajšie. Vnútorné zahŕňajú úroveň ašpirácie, doterajšie skúsenosti, osobné očakávanie a percepciu súčasných podmienok. Vonkajšie sú načasované sociálnymi činiteľmi (3). Subjektívnu spokojnosť možno pokladať za hlavný komponent kvality života, tzn. že úroveň kvality života hodnotená jednotlivcom závisí od toho, či aktuálne životné podmienky sú v súlade s jeho potrebami, prániam a túžbami.

Kvalita života má dve základné dimenzie:

- subjektívnu osobnú pohodu - psychická osobná pohoda, sebaúcta, sebauplatnenie
- objektívnu osobnú pohodu - funkčnú kapacitu organizmu, zdravotný stav, sociálnoekonomický status

Na kvalitu života má značný vplyv obezita. Svetová zdravotnícka organizácia vyhlásila obezitu za celosvetovú epidémiu. Ďalej uvádza, že na svete žije jedna miliarda ľudí s nadváhou a viac ako tristo miliónov je klinicky obéznych. V európskej populácii má štyristo miliónov dospelých nadváhu a 130 miliónov je obéznych. Predpokladá sa, že do roku 2015 sa tento počet zdvojnásobí (1). Podľa správ Európskeho parlamentu je v Európskej únii viac ako 5 miliónov detí obéznych a ročne pribudne približne 300 tisíc nových prípadov (4).

Z uvedeného vyplýva, že obezita nie je len problémom dospelých, ale stáva sa vážnym ochorením mladých ľudí a detí. Pre zdravý a harmonický vývoj dieťaťa je dôležitých mnoho činiteľov, od genetickej predispozície cez sociálne a ekonomické podmienky až po starostlivosť zo strany rodičov či opatrovateľov (5). Obezita sa čoraz častejšie vyskytuje aj u marginalizovaných skupín, resp. etník a determinuje kvalitu života (Repková, 2008).

Podľa Gavorníka je obezita ochorenie charakteristické nadmerným hromadením tukového tkaniva, k čomu dochádza najčastejšie pri nadmernom prijímaní potravy a nedostatočnej fyzickej aktivite (6). Viacerí autori uvádzajú, že obezita nie je len kozmetický problém a množenie nahromadeného tuku v tele. Obezita je vážne ochorenie spojené s vysokým rizikom vzniku neinfekčných chronických ochorení.

Cieľom prieskumu bolo overiť ako vplýva obezita na kvalitu života jedincov. Z komplexu problémov, ktoré vplývajú na psychickú, telesnú a sociálnu pohodu jedincov sme vybrali časť z nich.

Metódy a súbor

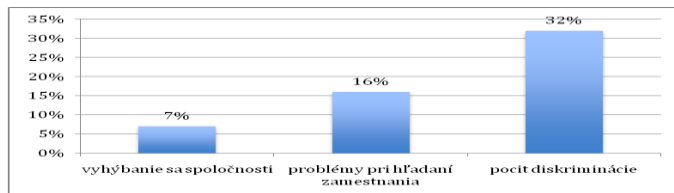
Pre získanie relevantných údajov sme použili metódu dotazníka, ktorý obsahoval 28 položiek zameraných na vybrané informácie o vplyve obezity na kvalitu života. Prieskum bol realizovaný v roku 2010. Výberový súbor tvorilo 125 respondentov, ktorí navštevujú centrá prevencie a liečby obezity v Bratislave. Respondenti boli vyberaní cielene. Zúčastnilo sa ho 65 žien a 60 mužov vo vekovej kategórii od 20 rokov do 60 rokov, z toho 35 % bolo do 30 rokov, 28 % do 40 rokov, 30 % do 50 rokov a 7 % do 60 rokov.

Výsledky

Výberový súbor tvorili obézni respondenti. Nezistovali sme, aké majú stravovacie návyky, akými ochoreniami trpia vzhľadom k obezite a aký je ich životný štýl. Zaujímali nás vplyv obezity na kvalitu života, zvlášť sociálne, psychické a životné aspekty prežívania respondentov.

Predpoklad, že obezita vplýva negatívne na uplatnenie v spoločnosti sa potvrdil čiastočne.

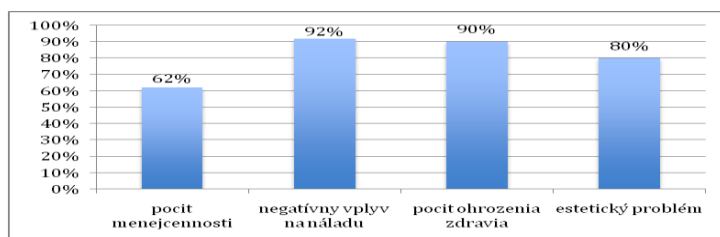
Graf 1 Sociálne aspekty a obezita



Len 7 % respondentov uviedlo, že sa vyhýba kvôli obezite spoločnosti a zvyšok nemá problémy zúčastňovať sa spoločenských aktivít. 16 % respondentov uviedlo, že malo z dôvodu obezity problémy pri ich záujme o zamestnanie a 32% opýtaných má pocit diskriminácie v spoločnosti.

Predpoklad, že obezita vplýva negatívne na psychiku respondentov sa potvrdil.

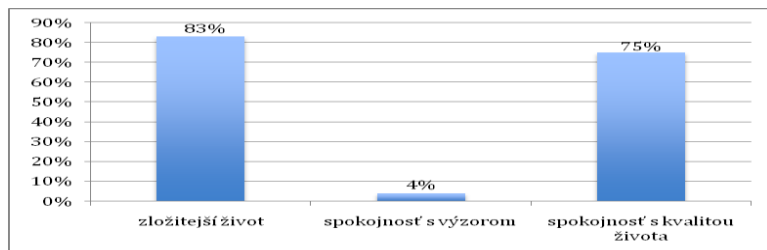
Graf 2 Psychické aspekty a obezita



Až 62 % respondentov uviedlo, že obezita im spôsobuje pocit menejcennosti pri porovnávaní s neobéznymi. U 92% opýtaných má obezita negatívny vplyv na ich náladu, na celkovú psychickú pohodu. 90% respondentov vníma obezitu ako ohrozenie zdravia a 80% respondentov uvádza obezitu ako estetický problém, predovšetkým pri nadväzovaní vzťahov a uplatnení sa v spoločnosti.

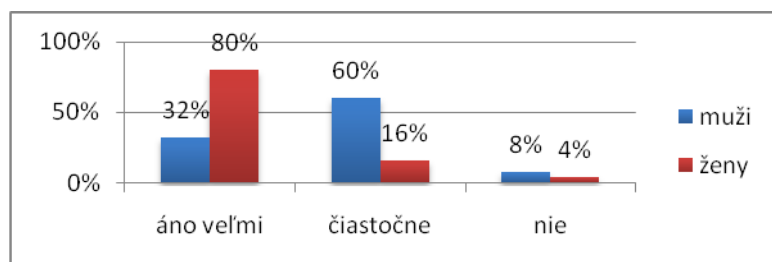
Predpoklad, že obezita negatívne vplýva na kvalitu života sa potvrdil.

Graf 3 Kvalita života a obezita



83 % respondentov uviedlo, že ich život vzhľadom k obezite je zložitejší, 13 % respondentov si na obezitu zvyklo. Spokojnosť so svojim výzorom uviedlo len 4 % respondentov, z toho bolo 0 % žien a 4 % mužov. Stanovisko 75 % respondentov bolo, že obezita celkovo negatívne pôsobí na ich kvalitu života.

Graf 4 Narušuje obezita kvalitu života?



Na otázku, či narušuje obezita kvalitu života sme zistili rozdielne postoje u mužov a u žien. Veľmi narušuje u 80 % žien a 32 % mužov, nenarušuje u 4 % žien a 8 % mužov. Možno konštatovať, že obezita negatívnejšie ovplyvňuje kvalitu života žien, ako mužov.

Diskusia

Kvalita života a obezita je v súčasnosti celospoločenský problém. Problémom sa zaoberá Svetová zdravotnícka organizácia, ale aj vyspelé štáty. Odborníci vo svojich definíciách o kvalite života uvádzajú nielen negatívny vplyv obezity na zdravie, ale aj na psychickú, sociálnu a celkovú kvalitu života. Naše výsledky potvrdzujú opodstatnenosť týchto názorov. Výsledky naznačujú u veľkého počtu obéznych respondentov negatívny vplyv obezity na náladu, vyvoláva pocit menejcennosti, pocit ohrozenia zdravia, vnímajú obezitu ako estetický problém a majú pocit menejcennosti. Nevyhnutné je, cielene sa zamerať na podporu zdravia v oblasti výživy už u detí a na cieľové skupiny, ako uvádzajú Padyšáková a Repková (7). Výsledky prieskumu ďalej naznačujú, že objasnenie vzťahu medzi kvalitou života a obezitou je dôležitým aspektom snahy o rozlúštenie subjektívnej dimenzie tejto situácie a tohto vzťahu. Analyzovaním rôznych prístupov k chápaniu kvality života môžeme vybrať niektoré črty pojmu kvality života v kontexte obéznych, ktoré môžu byť významne:

- subjektívne a individuálne vnímanie obezity jednotlivcom

- rozpor medzi realitou a očakávaním, možnosťami a skutočnosťou vnímanou jednotlivcom, čo možno pozitívne ovplyvniť prevenciou a edukáciou
- význam individuálnych hodnôt a preferencií jednotlivca - presadzovať kultúru striedmosti a aktívneho relaxu

Pri hodnotení kvality života sa kladie dôraz na spokojnosť. Podľa tohto pohľadu kvalitne žije ten, kto je so svojim životom spokojný (8). Keby sme parafrázovali názor Kirchnera na kvalitu života vo vzťahu k obezite mohli by sme konštatovať, že pokiaľ sa človeku darí realizovať vlastné plány, pociťuje spokojnosť. Táto miera spokojnosti má úzky vzťah k osobnému poňatiu kvality života. Ak má obézny človek pocit diskriminácie, menejcennosti, negatívnych nálad, estetického diskonfortu a vníma to ako zložitejší život, má plán tento stav zmeniť. Keď sa mu nedarí plniť predsavzatia vo vzťahu k obezite pociťuje permanentnú nespokojnosť a zníženú kvalitu života. Pokiaľ sa obéznemu darí realizovať plány pociťuje vo vzťahu k obezite spokojnosť. Táto miera spokojnosti má úzky vzťah k osobnému pocitu kvality života (8). Ak človek žije život tak, že jeho vonkajšie postoje a činy korešpondujú s jeho vnútorným presvedčením, vzniká pocit integrity, ktorý je základnou podmienkou na prežitie plnohodnotného života (9).

Záver a odporúčania

Obezita podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je v súčasnosti svetovou epidémiou. Stáva sa vážnou hrozbou budúcnosti. V Európe je viac ako 5 miliónov detí obéznych a každoročne pribúda 300 tisíc nových prípadov. Obézni občania majú zníženú kvalitu života nielen zdravotným rizikom, ale má negatívny vplyv na subjektívne prežívanie spokojnosti, pohody, sebaúcty, sebauplatnenia, ale aj šťastia v živote.

K zastaveniu, alebo aspoň spomaleniu nebezpečného trendu obezity vo vyspelých krajinách je potrebné zmeniť kultúru konzumu a pasívneho relaxu na kultúru striedmosti a aktívneho relaxu. Táto zmena predpokladá intenzívnu prevenciu, edukáciu a vytvorenie novej kultúry vo vyspelých krajinách.

Literatura

- [1] Gavorník, P.1999. Ateroskleróza a iné choroby tepien. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 215 s. ISBN 0-223-1422-6
- [2] Kirchner,J. 2007. Emote pohybové aktivity jako součást kvality života. Ústi nad Labem: KTV PFUJEP v Ústi nad Labem. ISBN 978-80-7044-958-5

- [3] Lehman, A. F. et al. 1982. Chronic mental Patients: The Quality of Life Issue. In American Journal of Psychiatry. vol.139. No.p.1271-1276
- [4] Mačkinová M: Emocionálna inteligencia, Ošetrovateľský obzor, Ročník 5, 3/2008. s. 115. ISSN 1336-5606
- [5] Padyšáková, H., Repková, A. 2007. Podpora zdravia v oblasti výživy detí - cieľové skupiny. *Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien, Nitra, 2006.* - Nitra : UKF, 2007. - ISBN 978-80-8094-185-7. - s. 655.
- [6] Padyšáková, H. 2006. Rizikové sociálne skupiny - ošetrovateľské aspekty. *Ošetrovateľský obzor.* - ISSN 1336-5606. - Roč. 3, č. 2 (2006), s. 52-60.
- [7] Repková, A: 2008. Determinanty kvality života rómskeho etnika. In: *Kvalita života II. / Pyšný, L. a kol.* - Ústí nad Labem : UJEP, 2008. - ISBN 978-80-7414-045-7. s. 98-105.
- [8] Šeráková, H. 2007. Současné názory na obezitu a nadváhu u bežné populace deti a dospelých. Brno: Paido. 813-825 s. ISBN 978-80-7315-138-6
- [9] Vaďurová, H., Mühlpachr, P.: *Kvalita života.* Brno Masarykova univerzita Brno, 2005. 143 s.
- [10] World health organisation - Regional Office for Europe: Tobacco. In: *Country profiles,* <http://www.data.euro.who.int> (2005-11-24)

Kontaktní údaje

MUDr. Eva Musilová, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

e-mail: eva.musilova@szu.sk

Využitie pedagogickej metódy persuázie v podpore zdravia

Eva Musilová, Hana Padyšáková

Abstrakt

Z profesionálneho hľadiska je nielen pre sestry, ale rovnako i pre fyzioterapeutov schopnosť edukovať klientov v otázkach podpory zdravia a presvedčiť ich o zmene správania kľúčová. Efektívne využitie pedagogických metód v každodennej praxi zdravotníkov predpokladá ich poznanie, pochopenie a overovanie v modelových kazuistikách, už počas profesionálnej prípravy.

Kľúčová slova

Podpora zdravia - edukácie - persuázie - fyzioterapie.

Úvod

Edukácia je integrálnou súčasťou roloveho správania zdravotníkov. Ako uvádzajú Nemcová a Hlinková (2010) rolu zdravotníckych pracovníkov je pomáhať jednotlivcom premôcť bariéry, ktoré majú vo vzťahu k aktivitám podpory zdravia. Pedagogické metódy využívajú pri poskytovaní starostlivosti v rámci plánovitého a zámerného pôsobia na ľudí v oblasti primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii chorôb, pri motivovaní a dosahovaní spolupráce.

Profesionálna príprava na edukáciu

Študentov v nelekárskych odboroch, našej vzdelávacej inštitúcie cielene pripravujeme na úlohu edukovať. V každom študijnom programe máme predpísané semináre, kde v jednotlivých modelových kazuistikách využívajú medzipredmetové vzťahy, analyzujú reálne prípadové štúdie, navrhujú edukačné plány. Študenti integrujú vedomosti najmä z profilujúcich klinických disciplín svojho odboru, ďalej z komunikácie, psychológie, sociológie, etiky a rozširujú si vedomostný obzor o základy pedagogiky a špecifiká edukácie v oblasti výchovy k zdraviu a zdravotnej výchovy.

V rámci posudzovania špecifických edukačných potrieb klientov prioritizujeme plánovitý, cyklický postup:

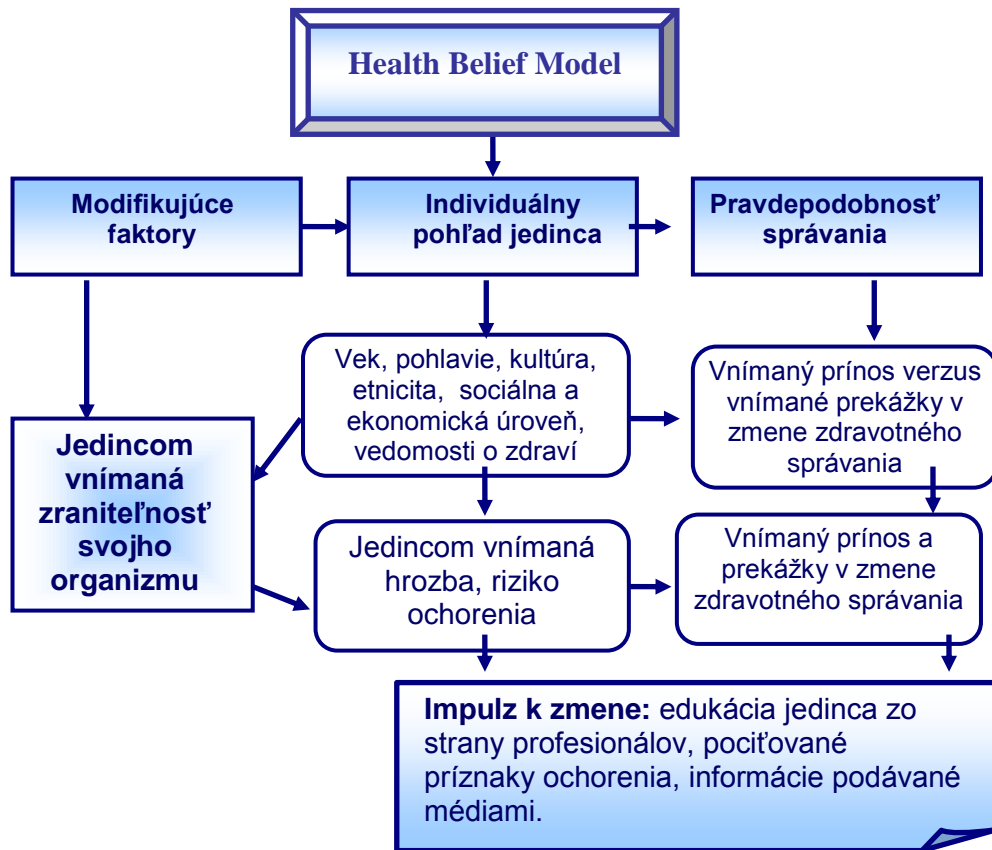
- zmapovať determinanty a špecifické znaky edukácie,
- posúdiť intelektové schopnosti klienta,
- posúdiť faktory pozitívne i negatívne vplývajúce na edukáciu a proces presvedčovania,
- zakomponovať a akceptovať priority klienta, jeho motívy,
- odhadnúť optimálne organizačné podmienky,
- stanoviť pre klienta individuálne dosiahnuteľné (reálne) ciele,
- projektovať proces samotnej edukácie ako procesnej činnosti.

Schopnosť porozumieť správaniu jednotlivca v otázkach zdravia, dokázať odhadnúť správanie pacientov v budúcnosti a pokúsiť sa manipulovať so správaním klientov prosociálnym smerom a podporiť proces upevňovania zdravia je neľahkou edukačnou úlohou zdravotníkov. Ako metodický rámec, uľahčujúci pochopenie a predikciu správania ľudí v zdravotnej oblasti môže poslúžiť názorový model zdravia (Health Belief Model).

V rámci posudzovania edukačných potrieb v oblasti podpory zdravia štruktúra uvedeného modelu (popisovaný aj ako model pacientovho presvedčenia o zdraví), pomáha odhadnúť a pochopiť, ako sa budú klienti v budúcnosti správať v otázkach zdravia (Mareš, Vachková, 2009).

Model je využiteľný na identifikáciu faktorov, ktoré ovplyvňujú komplianciu alebo non-komplianciu (Nemcová, Hlinková, 2010).

Schéma 1 Štruktúra Health Belief Model (Mareš, Vachková, 2009)



Persuázia

Aplikácia pedagogickej metódy persúázie zvyšuje profesionálnu úspešnosť v edukácii, získavaní dôvery, motivovaní a dosahovaní spolupráce klienta.

Termín persúázia v širšom ponímaní zahŕňa presvedčovanie, prehováranie, nahováranie, radenie, odporúčanie, navrhovanie niekomu niečo ako aj presvedčenie. Označuje metódu presvedčovania, ovplyvňovania založenú na verbálnom a neverbálnom pôsobení (Grác, 2001).

Persuázia je ovplyvňovanie, pri ktorom sa edukant dobrovoľne, zainteresovane a zúčastnene uisťuje o odôvodnenosti obsahu edukácie. Môže prebiehať vo viacerých formách:

- monologická / dialogická;
- bezprostredná / sprostredkovaná;
- pravdivá / nepravdivá;
- želaná / neželaná.

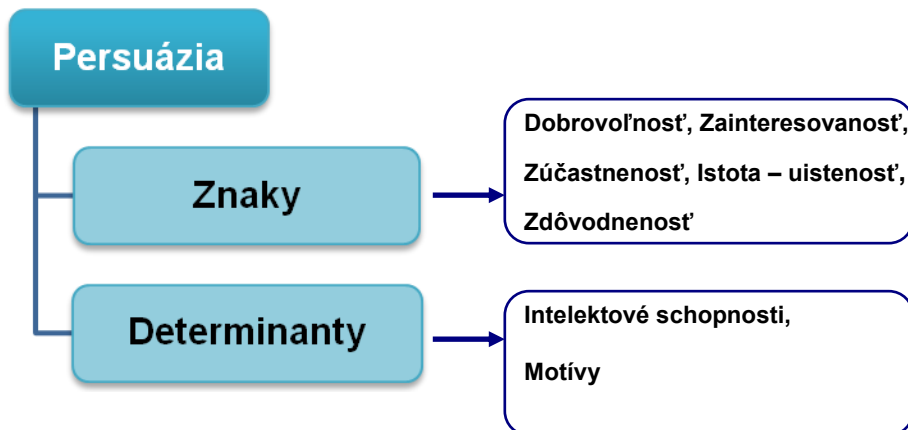
Nevyhnutným predpokladom úspešnej edukácie je rozvíjanie komunikačných zručností a využitie techník preterapie, ktorými pomáhajúci pracovník môže podporiť chorého človeka, aby vyjadril to čo prežíva (Mačkinová, 2009).

Tematické zameranie persuázie v podpora zdravia – presvedčiť:

- Prijat' iný pohľad na stav zdravia, perspektívy, možnosti podpory;
- Akceptovať existujúci stav, naučiť s daným stavom žiť, akceptovať prejavy, prijať zmenu obrazu tela;
- Plánovať budúcnosť s daným stavom zdravia, byť pripravený prijať zmeny;
- Mobilizovať vnútorné sily, udržať komplianciu, predchádzať vzniku komplikácií;
- Posilňovať zachované psychické a fyzické funkcie, úroveň sebestačnosti, kostrový a svalový systém, predchádzať mobilizačnému syndrómu;
- Presvedčovať o správnosti podpory zdravia, povzbudzovať po malých pokrokoch k selfmonitoringu,
- Presvedčovať o potrebe pohybu – udržanie nezávislosti, prevencia komplikácií, vysvetliť ústup bolestí pri pravidelnom cvičení;
- Informovať o predpokladaných (očakávaných) zmenách životného štýlu ako následku liečebného režimu či progresie ochorenia,
- Naučiť pacienta používať kompenzačné pomôcky;
- Aktívna a pasívna prevencia.

Očakávaným výsledkom edukácie s využitím pedagogickej metódy persuázie podľa Gráca (2009) je nadobudnutie presvedčenia, ktoré sa vyznačuje viacerými špecifickými znakmi (schéma 2).

Schéma 2 Znaký a determinanty persuázie



Záver

Využitie pedagogickej metódy persuázie umožňuje dosiahnutie presvedčenia u jednotlivca, rodiny, komunity a tým získanie spolupráce, čo prináša priamy benefit v otázkach podpory a upevňovania zdravia. Edukácia, napriek multidisciplinárnemu zameraniu vzdelávacích programov v rámci profesionálnej prípravy zdravotníckych pracovníkov, si vyžaduje naďalej pozornosť a overovanie pedagogických metód v praxi tak, aby sme disponovali vedomosťami, zručnosťami, ochotou a empatiou naplňovať poslanie pomáhajúcich profesií.

Literatúra

- [1] GRÁC, J. 2009. *Kapitoly edukačnej psychológie: Teória a aplikácie*. Bratislava : VEDA, 2009. 257 s. ISBN 978-80-8082-234-7.
- [2] MAČKINOVÁ, M. 2009. Preterapia. *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. 6, č. 4, s. 138 – 139.
- [3] MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. 2009. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno : MSD, 2009. s. 146. ISBN 978-80-7392-120-0.
- [4] NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.

Kontaktní údaje

MUDr. Eva Musilová, PhD., doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD.
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika
e-mail: eva.musilova@szu.sk

Pharmaceutical clinical trials – knowledge of nurses

**Małgorzata Nagórska, Monika Binkowska-Bury,
Paweł Januszewicz**

Abstract

Pharmaceutical clinical trials are an important process that enables registration and implementation of new products on a pharmaceutical market. It requires well developed science-technology and organizational platform, as well as significant financial expenses. A new pharmaceuticals' implementation process involves numerous people responsible for particular stages of pharmaceutical clinical trials: pharmacists, physicians, nurses, biologists, sociologists, statisticians and others. Each of them has a separate role and tasks to perform, and their work is about to assess safety and efficiency of a new pharmaceuticals. The aim of the study is to examine nurses' level of knowledge about pharmaceutical clinical trials. Cross-sectional design was used. A questionnaire survey was completed by 336 nurses. Findings demonstrate that nurse have too general level of knowledge about pharmaceutical clinical trials. They are interested in increasing the level of knowledge in that field. An education has an essential impact on the level of knowledge about pharmaceutical clinical trials.

Key words

Pharmaceutical clinical trials, nurses' knowledge, education

Abstrakt

Farmaceutické klinické štúdie sú dôležitý proces, ktorý umožňuje registráciu a zavádzanie nových produktov na farmaceutickom trhu. To si vyžaduje dobre vyvinuté vedecko-technologické a organizačné platformy, ako aj značné finančné náklady. Proces implementácie nových liekov zahŕňa množstvo ľudí, zodpovedných za jednotlivé etapy farmaceutických klinických skúšok: lekárnici, lekári, zdravotné sestry, biológovia, sociológovia, štatistíci a ďalší. Každý z nich má v plnení týchto činností samostatnú úlohu. Ich práca zahŕňa posúdenie bezpečnosti a účinnosti nových liekov. Cieľom štúdie je zistiť úroveň znalosti

sestier pri farmaceutických klinických štúdiách. Dotazníkové šetrenia bolo dokončené u 336 sestier. Zistenia ukazujú, že zdravotné sestry majú príliš všeobecnú úroveň vedomostí o farmaceutických klinických štúdiách. Sestry majú záujem na zvyšovanie úrovne vedomostí v tejto oblasti. Vzdelávanie má zásadný vplyv na úroveň vedomostí o farmaceutických klinických štúdiách.

Kľúčové slová

Farmaceutické klinické skúšky, vedomosti sestier, vzdelávanie

Introduction

In Poland, pharmaceutical law is a basic normative act that introduce pharmaceutical clinical trials. It defines pharmaceutical clinical trial as an each trial conducted to allow safety and efficiency, with participation of people in order to find or confirm clinical, pharmacological effects of action, within pharmacological dynamic of one or many examined pharmaceuticals, identify adverse effects, or investigate of absorption, distribution, metabolism, and excretion [4,5].

Pharmaceutical clinical trials are a key element that enables registration and implementation of new products on a pharmaceutical market. It is a long term and complex process that requires well developed science-technology and organizational platform, as well as significant financial expenses [14].

Implementation process of a new pharmaceuticals involves numerous people responsible for particular stages of pharmaceutical clinical trials: pharmacists, physicians, nurses, biologists, sociologists, statisticians and others. Each of them has a separate role and tasks to perform, and their work is about to assess safety and efficiency of a new pharmaceuticals.

A nurse as a member of trial team in the process of clinical trials is usually responsible for giving medications, blood and urine sampling and sending to laborites. Nurse is subordinate to others clinical trials participants. Pharmaceutical clinical trial participants constitute the majority in the clinic process. Confirmation of study participation expresses their voluntary and conscious consent to taka a part in the trial, and it must be sign before any operation related to the trial would be process. A participant must know that the participation in the trial is voluntary and it is possible to sign without justification [3]. The aim of the study is to examine nurses' level of knowledge and attitudes against pharmaceutical clinical trials.

Material and methods

The study was carried out in 2009 among 336 nurses hired in four hospitals of Podkarpacie region (Poland). In statistical analysis χ^2 Pearson test and t-student test were used. The following rules of an error probability were used $p=0.05$, $p=0.02$, $p=0.01$ or $p=0.001$.

The majority of study respondents had a bachelor 31.4%, and 29.8% graduated from a medical. Every fifth nurse (19.4%) had a secondary medical education, but every tenth had a master degree (9.6%). The rest of respondents (9.8%) continue education.

17.8% of nurses represented the shortest work experience, less than 5 years. Every fourth person (25.7%) had from 6 to 10 years of work experience, and every third (33.6%) had from 11 to 20 years work experience. The longest work experience (more than 20 years) had 23% of study population.

The majority of respondents worked on the position of senior charge nurse (42.3%), charge nurse (35%), operating room nurse (15.8%), general duty nurse (3.3%) and departmental nurse (2.7%).

Results and discussion

Last thirty years has brought a dynamic development of pharmaceutical clinical trials in the whole world, and the last years turned out to be decisive. Further development of pharmaceutical clinical trials has and would have a significant meaning as constantly appear diseases that require new pharmaceuticals [1].

Pharmaceutical clinical trials, depending on the stage of trial involve numerous people: pharmacists, physicians, nurses, biologists, sociologists, statisticians and others. Each of them is responsible for particular stages of trial and has a separate role and tasks to perform, and their work is about to assess safety and efficiency of a new pharmaceuticals [11].

Among 366 study nurses 81.4% said that met with pharmaceutical clinical trials issues. Almost every fifth person 18.6% did not have a chance to get to know those kind of trials. Statistical analysis showed that nurses with higher education and longer work experience – more than 10 years, more often met with the pharmaceutical clinical trials issues. Most often nurses described their level of knowledge about pharmaceutical clinical trials as satisfactory (41%) or unsatisfactory (39.9%). Every sixth respondent (16.7%) said that had a good level of knowledge, and 2.5% – very good one. An education in a significant way

influences knowledge self-assessment about pharmaceutical clinical trials. Better educated respondents, better assess their knowledge ($p < 0.05$). 51.6% of respondents said that did not know pharmaceutical law. 36.6% study population assessed the knowledge in that area as satisfactory, and 10.9% as a good one. Three nurses said that know pharmaceutical law very good. Nurses with higher education, higher assessed their level of knowledge about pharmaceutical law ($p < 0.05$).

The above results show that nurses have a general knowledge about pharmaceutical clinical trials. Their sources of knowledge about new pharmaceuticals are varied, but the most often those are medical publications (30.6%), media (30.3%) place of work (29.2%). It is quite alarming fact, that with today's unlimited possibilities assess to different information about pharmaceutical clinical trials, every tenth respondent (9.8%) said that had not yet meet with the pharmaceutical clinical trials issues in any source of information. Zygadlo and Kozaczuk claim that in Poland it involves many efforts, particular organizational, educational and training to increase abilities to search in different source of information, as well as assess their reliability, adequacy, and up-to-date news [15].

In the present nursing develops science-research function, within which a nurse should systematically use professional and science literature, arouse interest to implement innovations to practice, use in practice science findings of researches conducted by others [13].

A development of science-research function in nursing is caused mainly by nursing education system from a secondary to higher. The article of Raj- Jones H. brings up a problem of a nursing specialist. It is an autonomous individual that have many abilities and is actively involved in care of patient. A high level of knowledge from a specific specialty enables to provide care on very high level [10].

An introduction to a nursing specialist to pharmaceutical clinical trials, that would monitor trial's schedule, set up meetings, be responsible for logistics- sending samples, gathering results, ordering materials, would enable physicians to focus on substantive aspects of trial. At present moment such a function of a nurse is an innovation and usually mentioned above tasks involving organizational matters are carried out by others from trial team. A role of a nurse is limited to monitor life, sampling for laboratories analysis, delivering the sampling to the patient and collect results from the laboratory.

It is satisfactory that nurses out of whom only a participated in clinical trials (6.3%) were able to give a correct answer general questions concerning clinical trial definition, control, trial's participants rights protection and distribution of pharmaceuticals. The vast majority of respondents (61.5%) said that pharmaceutical clinical trial is conducted to allow information about reactions among patients with accordance to strict rules. Rarely respondents said that it is only conducted in research laboratories to allow information about its actions (25.7%) or is conducted among patients in the hospital or health care center (5.5%). Only (7.4%) said that did not know what a pharmaceutical clinical trial is. The vast majority of studied nurses (72.7%) said that in Poland there are authorities which control pharmaceutical clinical trials. A contrary opinion had 4.6% of respondents. The majority of study population (55.2%) said that patient's rights taking part in pharmaceutical clinical trials are well protected. Such an opinion was not shared by 7.4%. The rest of study respondents (37.4%) was not able unambiguously said if the rights are protected.

Every fifth respondent (20.5%) said that after pharmaceutical clinical trial pharmaceuticals might be use in treatment of other patients. A different opinion about distribution of new pharmaceuticals had more then twice as many respondents (40.2%). Lack of unambiguous opinion about that had 39.3% of respondents. Nurses better educated and with a longer work experience, more often said that pharmaceuticals used in pharmaceutical clinical trials can not be used in treatment of other patients. The vast majority of nurses (94.3%) did not know a number of registered pharmaceutical clinical trials in Poland in the last year. Only 5.7% said that know that number. 28.1% of respondents was able to name a heath care center or departments conducting pharmaceutical clinical trials. The rest of respondents 71.9% was not able to name not even one heath care center. Work experience in a significant way ($p < 0.05$) influence on the knowledge of respondents, about the name of a closest institution conducting pharmaceutical clinical trials. Nurses with a longer work experience more often were able to name them.

The present study demonstrated a problem of nurses' participation in pharmaceutical clinical trials as participants. Wojciech Maselbas claims that pharmaceutical clinical trials participants should be aware that reconcile to take a part in an experiment, which does not need to bring them a direct health benefits, and their participation might be risky [6]. In clinical trials took part only 6.3% of nurses. The vast majority of respondents (93.7%) had never participated in those kind of trials. Large group of nurses were not willing to take a part in pharmaceutical clinical trials due to the knowledge about the subject

(40.2%) with comparison to those, who were willing to participate (30.1%). Every third respondent (29.8%) was not able to decide if would participate in such a trial. Statistical analysis demonstrated that education and work experience in a significant way has influenced the willingness to participate in pharmaceutical clinical trials. Respondents with a higher education and work experience less than 10 years more often were interested to participate in mentioned trials. Without a doubt a present knowledge about health care would not be possible to gain without pharmaceutical clinical trials. It would not be possible, if it was not because of participation of thousands of Polish patients in pharmaceutical clinical trials [2].

It is interesting that an analysis showed much interest of nurses to increase the level of knowledge about pharmaceutical clinical trials in the work place and by self-education. Malgorzata Pacuszka claims that we strive for professionalism, when do not let to last in ignorance. Nurse professionalism is related to a constant qualifications' increasing and occupational improvement. A need and habit of up-dating, verifying and broadening the knowledge is an inseparable element of professionalism. Nurses need to keep up with development and medicine specialization. A patient that is involved in a medical mechanism of diagnose and treatment desires to be an active participant. A nurse, who is in a constant contact with a patient is expected to give a reliable information and be [7].

The majority of respondents (71.9%) claim that nurses should increase the knowledge about pharmaceutical clinical trials. In the opinion of the rest (12.8%) it is not necessary. 81.1% of respondent agreed that it is necessary to organize educational trainings increasing nurses awareness about pharmaceutical clinical trials, and 10.4% said that those trainings are unnecessary. The rest of respondents (8.5%) claims that do not know if increasing knowledge in that scope is necessary. A significant influence was noticed in the case of work experience ($p < 0.5$), where respondents with work experience more than 10 years were less willing to increase the knowledge.

An interesting result was obtained questioning respondents about usability of knowledge about pharmaceutical clinical trials in everyday work. The majority of respondents (55.7%) were convinced about usability of knowledge about pharmaceutical clinical trials in everyday work. An opposite opinion had 29.8% of respondents, and 14.5% had no unambiguous opinion about that.

Conclusions

1. Nurses have too general knowledge about pharmaceutical clinical trials. They do not know legal issues of pharmaceutical law.
2. Work experience and type of education have an essential impact on the level of knowledge about pharmaceutical clinical trials.
3. Medical publications and media are the main sources of knowledge of nurses about new pharmaceuticals.
4. Knowledge about pharmaceutical clinical trials is usable in everyday work.
5. Nursing environment is not interested to participate in pharmaceutical clinical trials. However education and work experience have a significant impact on the willingness to participate in pharmaceutical clinical trials.
6. Nurses do not know the details about pharmaceutical clinical trials conducted in Poland. Education has a significant meaning if it comes about the detailed knowledge about pharmaceutical clinical trials.
7. Work experience has a significant impact on interest in increasing knowledge about pharmaceutical clinical trials.

References

- [1] Czyż L., Drupka T., Góral Z., Kulbieda M., *Historia farmacji w Polsce południowo- wschodniej od 1375 do 2006 roku*, PIKIM, Rzeszów 2006.
- [2] Ignatowicz M., Jędorowicz T., *Badania kliniczne w Polsce- główne bariery rozwoju branży*, Zespół Farmaceutyczny i Ochrony Zdrowia., Price Waterhouse Coopers, 2006.
- [3] Instytut Leków w Warszawie, *Zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych*, MZiOS, Warszawa 1998.
- [4] Jendryczko B., *Prawo farmaceutyczne. Przepisy wprowadzające ustawę Prawo farmaceutyczne. Ustawa o izbach aptekarskich. Komentarz*, Farmapress, Warszawa 2002.
- [5] Jendryczko B., *Rozporządzenie wykonawcze do Prawa Farmaceutycznego z komentarzem dla aptekarzy*, Farmapress, Warszawa 2003.
- [6] Masełbas W., Czarkowski M.: „*Spoleczne aspekty prowadzenia badań klinicznych w Polsce*”, <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/138/18.pdf>

- [7] Pacuszka M., *Rozważania o pielęgniarstwie. Nadzieja w profesjonalizmie*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2007 s. 6.
- [8] Prejs-Michalska E., Waśniewska M., *Podstawy GCP i prowadzenia badań klinicznych*. Materiały z konferencji, Rzeszów 2004.
- [9] „*Prowadzenie badań klinicznych zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Klinicznej*” Materiały z konferencji Warszawa, 2008.
- [10] Raja-Jones H., „*Role boundaries- research nurse or Clinical nurse. A literature review*”, *Journal of Clinical Nursing*, 2002 s. 34.
- [11] Romanowicz M., *Idealne badanie kliniczne- co oznacza, jakie są jego składniki, co wpływa na pojęcie jakości pracy badawczej*.
<http://www.gcppl.org.pl/index/archiwum/469,idealne,badanie,kliniczne.html>
- [12] Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce, *Badania kliniczne w Polsce*
<http://www.gcppl.org.pl/index/archiwum/50,badania,kliniczne,polsce.html>
- [13] Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek D.(red), *Podstawy pielęgniarstwa. T. I*, Czelej, Lublin 2004.
- [14] Walter M. (red.), *Badania kliniczne- organizacja, nadzór, monitorowanie*”, OINPHARMA, Warszawa 2004.
- [15] Zygadło E., Kozaczuk P., *Centrum Informacji o Leku – rok doświadczeń*, Farmakoekonomika szpitalna, 2008- 3, s.12.

Corresponding author

Małgorzata Nagórska
Institute of Nursing and Health Sciences
Medical Faculty, University of Rzeszow
35-939 Rzeszow, Warzywna 1, Poland
e-mail: nagorskam@yahoo.pl

Úrazy dětí

Jana Novotná

Abstrakt

Úrazy dětí jsou závažným zdravotním i sociálním problémem dnešní doby. Každým rokem v České republice umírá asi 300 dětí na následky úrazů. Dalších 3000 dětí každoročně zůstává postiženo trvalými následky v přímé souvislosti s úrazovým dějem. Dětská úrazovost je závislá na mnoha faktorech, jako jsou např. ekonomické a sociální podmínky rodiny, stupeň psychosomatického vývoje dítěte či rizikové chování rodičů. Mezi nejčastější úrazy patří pády, popáleniny, intoxikace, termální úrazy, sportovní úrazy, tonutí, úrazy elektrickým proudem apod. Zásadní roli v této oblasti hraje především prevence.

Klíčová slova

Úraz, dítě, prevence.

Úvod

Úrazy jsou velmi vážným zdravotně sociálním problémem. Z celkového pohledu jsou úrazy v dětském věku odpovědny za větší počet úmrtí než nádory a kardiovaskulární onemocnění (12).

K úrazům dochází v každém věku, ty, k nimž dojde v dětství jsou však výjimečné v jednom ohledu, a to sice ve ztraceném potenciálu, který je právě u dětí nejvyšší. Tento potenciál může být ohrožen v závislosti na závažnosti úrazu zcela (v případě smrtelných následků úrazu), částečně, formou omezení v určitých oblastech života (v případě závažného úrazu s tělesným postižením) či minimálně, pokud se jedná pouze o úraz bez závažného dlouhodobého vlivu na zdravotní stav jedince (44).

Mortalita je pouze špičkou ledovce, na každé úmrtí, jehož příčinou je úraz, připadá mnohonásobně více úrazů s nutností hospitalizace, ambulantních ošetření s nutností neodkladné péče, případně ošetření lékařem. Nejčastější bývá základní ošetření mimo zdravotnické zařízení nevyžadující lékařskou odbornost (21).

Z hlediska sociálního se jedná o závažný prvek, protože některé úrazy, zanechávají trvalé následky, významně negativně ovlivní nejen život dětí, ale i život celé rodiny a pozdější zařazení těchto jedinců do společnosti (39).

Na příklad v roce 2006 zemřelo v České republice na následky úrazů celkem 94 dětí ve věku 0-15 let a 183 mladistvých ve věku 15-19 let. V roce 2006 bylo celkem hospitalizováno cca 30 000 dětí ve věku do 15 let a cca 445 000 dětí této věkové kategorie bylo ambulantně ošetřeno pro úraz (43).

Děti a úrazovost

Chování dítěte s ohledem na bezpečnost závisí především na jeho somatických a psychických schopnostech a vlastnostech (24). Děti do 3 let věku jsou vystaveny nejčastěji riziku otrav, pádů nebo úrazům spojeným se zasouváním malých předmětů do tělních otvorů. Předškolní děti utrpí nejčastěji zranění při jízdě na kole. Děti všeho věku se často stávají účastníky dopravních nehod. Dalšími úrazy v dětství jsou pády, otravy, popáleniny, dušení a tonutí (34).

Pro děti je typická neschopnost hloubkového stereoskopického vidění a je tudíž příčinou vysokého počtu chybných odhadů vzdálenosti, zejména v dopravě. Výsledkem je skutečnost, že dítě považuje velká auta za bližší a malá za vzdálenější. Děti také špatně odhadují rychlost jedoucího auta a neumí bezpečně odlišit stojící auto od jedoucího (40). Zorné pole je u dětí zúženo asi o 30 % oproti dospělým, což znamená, že mnohá nebezpečí, která vidí dospělý, nejsou pro dítě vůbec viditelná. Reakční doba je např. u 5letého dítěte, v porovnání s dospělým, až dvojnásobná. Navíc u dívek je tato doba delší, než u chlapců. Také schopnost sluchového vnímání je u dítěte snížena asi o 10 dB ve srovnání s dospělým jedincem (40).

Epidemiologie úrazu

Cílem epidemiologie úrazů je zkoumání jejich příčiny. Úrazy jsou nejčastější příčinou smrti a invalidity. Ročně musí z důvodu úrazu vyhledat lékařskou pomoc až 29,5 milionů lidí. Rovněž u dětí jsou hlavní příčinou úrazů a smrti nehody (11). Výskyt úrazů je závislý z velké části na prostředí, v němž se člověk pohybuje. Různé úrazy mají odlišné umístění v prostoru, čase a společnosti. Při vzniku úrazů mají velký vliv geografické faktory, věk, pohlaví, rasa, ale také ekonomické zajištění (1). Je prokázáno, že závažné dětské úrazy, následované trvalými následky nebo smrtí, jsou do jisté míry závislé na demografických faktorech (22). Prostředí můžeme rozdělit do dvou kategorií - na sociálně-

ekonomické a fyzikální. Sociálně-ekonomickým prostředím můžeme rozumět např. akceptaci požívání alkoholu, užívání drog apod. Fyzikální prostředí je místo úrazu, počasí, teplota, denní doba, roční období a rizikové prostředí. Prostedí zásadním způsobem ovlivňuje úrazovost, ale protože jeho změna by byla časově i finančně náročná, je zpravidla nahrazována jiným preventivním zásahem, obvykle výchovou k bezpečnému chování a zvládnání rizikových situací. Nejúčinnější ochranou dětí před úrazem zůstává bezpečné prostředí (13).

Epidemiologie úrazů obsahuje vzájemné ovlivňování tří faktorů: hostitele, přenašeče a prostředí, toto je nazýváno epidemiologickou trojicí (9). Hostitelem se rozumí člověk postižený úrazem. Přenašečem nebo-li vektorem, může být osoba či věc, která působí svojí silou, přenáší energii nebo zabraňuje přenosu. Posledním faktorem je prostředí. V intervenci k zabránění vzniku úrazu se lze na každý z těchto faktorů zaměřit jednotlivě, ale i současně (13).

Hostitel, nebo-li dítě, má řadu vlastností, jež jej predisponují k určitým druhům úrazů. Stupeň psychomotorického vývoje zásadním způsobem ovlivňuje riziko úrazu. Každá věková skupina má typické úrazy pro dané období. Činitelem rozumíme energii, která působí úraz, a tím ovlivňuje epidemiologii úrazovosti.

Přenašečem může být jakýkoli předmět při nevhodném zacházení či osoba při nevhodném chování. Častými přenašeči se stávají schodiště, patrové postele, skleněné dveřní tabule apod. (13).

Epidemiologická analýza úrazových okolností může hrát důležitou roli při studiu úrazů. Popisná epidemiologická analýza zranění dětí obsahuje dělení podle závažnosti, frekvence výskytu, věkové skupiny, umístění, etnického zázemí a sociálních rizikových faktorů vyskytujících se při úrazovém ději (9).

Rizikové faktory vzniku úrazů

Rizikové faktory úrazů jsou do značné míry známé a ovlivnitelné. Úrazy se nedějí náhodou, ale jsou způsobeny zevními příčinami, které je nutno odhalovat a upozorňovat na ně. Je nesporné, že účinnou prevencí by bylo možno incidenci úrazů a tím i přímé a nepřímé náklady výrazně snížit (14). Mezi rizikové faktory patří nevhodné sociální podmínky. Děti, které žijí v chudobě, jsou prokazatelně ve zvýšeném riziku vzniku úrazů. Špatné podmínky bydlení, kritická dopravní situace a málo definovaných ploch pro hraní a sportovní vyžití přispívají k většímu počtu úrazů (15).

Děti z etnických menšin a rodin nízkého statutu jsou nejvíce ohroženou skupinou především v oblasti dopravních úrazů a popálenin. Špatné rodinné ekonomické podmínky sebou přinášejí limitovaný přístup dětí k ochranným pomůckám, jako je např. cyklistické vybavení, požární hlásiče apod.

Rodiče chovající se rizikovým způsobem mohou být velkým rizikovým faktorem dětských úrazů, a to především pokud nemají dostatečné znalosti, nezajišťují potřebný dohled nad dítětem či ho vystavují nebezpečným situacím (26).

Rizikovost dětí závisí na jejich tělesných a duševních vlastnostech a schopnostech, které se ale od dětství vyvíjejí postupně (16). Zvláštní důraz a opatrnost však zasluhují hyperaktivní děti, děti s poruchami chování, děti s poruchami vývoje, epileptici, děti z problémových rodin, děti zanedbávané a děti ponechávané bez dozoru (17).

V této oblasti může být velmi důležitým i časový faktor. Více úrazů se stává v odpoledních a večerních hodinách, což je způsobeno především vyšší únavou. Dalšími rizikovými obdobími jsou především víkendy a letní měsíce (18).

Nejčastější úrazy dětí

Pády

Dle údajů National Pediatric Trauma Registry jsou pády z výše v 39% příčinou dětských úrazů. Mortalita u pádů z výšek nižších než 10 m je relativně nízká, stoupá v relaci s výškou, odkud dítě spadlo, v průměru jde o 4% (41).

Pády jsou jedním z nejčastějších úrazů na letních dětských táborech dětí (30). Rozsah zranění závisí na výšce spádu a přistávací ploše. Mezi nejzávažnější pády, které často končí s fatálními následky, jsou především ty, při nichž dochází k poranění hlavy (19). Ale i náročnější hry a sporty jako je např. jízda na koni a s tím spojené pády jsou příčinou vzniku vážnějších úrazů (45).

Nejfrektovanější typ pádu, který vyžaduje hospitalizaci dítěte, je pád z vyšší úrovně např. z vybavení na dětských hřištích, postelí, stolů, židlí, schodů apod. (10). Pády představují nad většinou úrazů mladších věkových skupin, s přibývajícím věkem se však stává převládajícím faktorem napadení a výsledkem je vzrůst početního zastoupení zlomenin (37).

Okolnosti pádu jako je místo dopadu hrají zásadní úlohu v rozsahu i závažnosti utrpěných poranění. Např. literatura uvádí, že pouze dvě ze šesti dětí, které

spadly na trávu, utrpěly zlomeninu lebky (33%). Avšak devět dětí ze třinácti, které spaly na cihly nebo beton (69%) utrpělo lebeční zlomeninu (41).

Základním preventivním opatřením je odstranění veškerých rizik, která mohou potencionálně způsobit pád, jako jsou nezajištěné koberce, dráty, předměty odložené na zemi apod. (36). V místnostech určených pro pobyt dětí je třeba volit vhodné bezpečné vybavení (nízké skříně...). Rovněž místa kde se děti vyskytují, by měli být opatřeny protiskluzovými pomůckami (19).

Při výběru herních ploch, jako jsou hřiště je třeba zhodnotit jeho bezpečnost a na riziková prostranství děti raději nepouštět např. maximální výška vybavení hřiště by měla být 1,5 – 2 metry apod. (38). Dalším preventivním opatřením je zabezpečení všech nebezpečných míst, jako jsou např. bazény, studny apod. proti vstupu dětí (19).

Sportovní úrazy

Sport napomáhá k celkové výkonnosti, pohyblivosti, síle a správné funkci orgánu. Tělesná aktivita však musí odpovídat věku, trénovanosti a schopnostem sportovce. Riziko úrazu hrozí zejména tehdy, pokud jsou nároky nepřiměřené. Děti se také často zraňují v důsledku nahromadění mnoha aktivit.

Tělesný pohyb by měl rovnoměrně zatěžovat celé tělo. Úrazy při sportu jsou příčinou značné morbidity a v některých případech mohou vést až ke smrti (2).

Úrazy při sportu představují 33 % všech úrazů u dětí školního věku. Většinou se jedná o zlomeniny, podvrtnutí a drobná povrchová zranění (44). Nejvíce sportovních úrazů vzniká při soutěžích a to zejména u kolektivních her (2).

Většinou se jedná o poranění končetinová a pouze u některých druhů rizikových sportů se vyskytují poranění vícečetná. U organizovaných sportovních akcí s úrazovým rizikem je zpravidla zajištěna odborná zdravotní pomoc. Problémy jsou se sportovní činností neorganizovanou či rekreační. Rekreační sporty provádějí často osoby netréované, které často přecení vlastní schopnosti (31).

Úrazy související se sportem lze rozdělit do dvou skupin na makrotrauma a mikrotrauma. Makrotrauma to nastává jako akutní následek úrazového děje, jde o dramatickou např. otřes mozku, zranění páteře, zlomeniny apod. Mikrotraumata vznikají především jako opakované zranění. Obvykle jde zpočátku o úraz mikroskopické ve velikosti, ale postupně dochází k jeho rozvoji. Tyto úrazy vedou k rozvoji velké bolestivosti a jejich následky bývají zpravidla dlouhodobé (33).

Riziko vzniku úrazu se různí podle charakteru sportovní činnosti. Na základě analýzy rizikovosti úrazů je doporučeno, aby trenéři absolvovali kurz první pomoci, tak aby byli schopni zajistit okamžitou pomoc při poranění hlavy, krku a páteře a taktéž poškození teplem a přehřátím. Každý trenér či odborný dohled by měl mít vybavenou brašnu první pomoci pro všechny eventuality (32). Při sportu by měl být kladen důraz na dodržování jak pravidel hry, tak i bezpečnosti, což může vést snížit počet sportovních úrazů (5).

Samostatnou kategorií sportovních úrazů tvoří úrazy způsobené přetížením dítěte, kde hraje hlavní roli zvyšující se sportovní příprava, trénink a jeho neadekvátní intenzita vzhledem k věku a možnostem dítěte (8).

Termické úrazy

Termická poranění jsou třetí nejčastější příčinou smrtelného úrazu dětí. Těžká popálenina či opařenina vyžaduje několik hospitalizací, může zanechat trvalé následky a deformity (30). Ke vzniku termických poranění jsou náchylnější chlapci, kteří tvoří 55% popálených (10). Dle americké společnosti American Burn Association je incidence popálenin v USA ročně asi 45 000 hospitalizací. Odhaduje se, že asi třetinu popálených osob tvoří děti (42).

Popáleniny jsou poranění vznikající působením vysokých teplot na povrch těla. Lze je rozdělit dle mechanismu vzniku na elektrické, termické, chemické a popáleniny způsobené radioaktivním zářením. Hojení popálenin je velmi pomalé, vyšší stupně se často infikují a tvoří se při nich snadno zranitelné a znetvořující jizvy (27). Opařeniny vodou a horkými tekutinami jsou nejčastější v útlém věku

Etiologií popálenin je přímé tepelné poškození tkání vede také k poruše kapilárního řečiště (porucha semipermeability, trombóza, event. přímá destrukce v místě popálení). Při nerozsáhlém postižení se tvoří kolaterální edém, při rozsáhlém postižení se tvoří generalizovaný edém (4).

Dětská kůže je jemnější, náchylnější k termickému poškození, lépe se však hojí. Nejčastější příčinou popálenin v dětském věku je opaření horkým nápojem (49%), horkou vodou (24%), úrazy při vaření (11%) apod. (41).

Závažné popáleniny bezprostředně ohrožují postiženého na životě a vyžadují mnoho týdnů složité léčby provázené řadou útrap. Ani menší traumata nejsou zanedbatelná, protože mohou zanechat nevzhledné jizvy po celý zbytek života.

Popáleninová poranění jsou zrádná i tím, že zpočátku popálený vůbec nepůsobí dojmem, že by byl vážně poraněn či dokonce v ohrožení života.

Mezi základní preventivní opatření patří zajištění bezpečnosti v prostorech kuchyní. Zabezpečení volně uložených kabelů či elektrospotřebičů proti stržení. Rovněž bezpečné uložení hořlavin, pyrotechniky a dalších nebezpečných předmětů. U táborového ohně by dítě nemělo mít silonové oblečení, neboť syntetický materiál je enormně hořlavý, rychle se vznítí a při hoření vzniká vysoká teplota, jejímž následkem jsou hluboké popáleniny (27).

Úrazy elektrickým proudem

Ke vzniku poranění elektrickým proudem dochází při působení proudu o napětí 150 – 400 V. Proti nižšímu napětí je kůže dosti odolná, zasažení vysokým napětím bývá smrtelné (29).

U úrazů elektrickým proudem je asi 80% způsobeno nízkým napětím. Z nich jsou to 3% smrtelné úrazy. Z poranění vysokým napětím je smrtelných asi 30%. Rozsah a míra poškození závisí na čase, po který docházelo ke kontaktu s elektrickým proudem, a na cestě, kterou proud procházel (46). Elektrický proud o nízkém napětí způsobí zpravidla kontaktní popálení různé hloubky, jde o přeměnu elektrické energie v tepelnou (4).

Na rozsah má vliv typ a intenzita, velikost napětí a odpor kůže. Nejčastěji jde o 220 V, přenosného vedení 220 kV. Odpor kůže kolísá v závislosti na tloušťce a vlhkosti kůže, suchá kůže má větší odpor než vlhká. Nejnižší odpor mají nervy a nejvyšší kosti. Při aplikaci elektrického proudu hrozí celkem tři druhy poškození zdraví popálení, poruchy srdečního rytmu a elektrochemická poškození. V místě vstupu a uzemnění se vytvářejí proudové známky, jež se mohou projevit jako drobný puchýřek s centrální skleslinou. Kdežto při působení vysokonapěťových proudů dochází k rozsáhlým popáleninám a hlubokým defektům. Proudové známky se nemusejí vytvořit, pokud proud vstupoval větší plochou, jako když je tělo ve vodě. Ke smrti vede zástava srdce po předchozí fibrilaci komor i udušení při křeči dýchacích svalů (35).

Zasažení bleskem je hodnoceno jako zasažení vysokofrekvenčním elektrickým proudem o napětí statisíců až milionů voltů o intenzitě až 100 000 ampérů. Blesk působí jednak přímo jako elektrický proud, ale i prudkým ohřátím vzduchu čímž dochází k jeho expanzi a následujícímu devastačnímu poranění. Úraz bleskem je příčinou smrti asi v 40%, ale téměř vždy vede k vzniku různě

dlouhého bezvědomí. Příčinnou smrti bývá nejčastěji fibrilace komor, těžké popáleniny i postižení centrálního nervového systému s parézami (25).

Tonutí

Tonutí představuje hlavní příčinu dětské úrazové morbidity a mortality. Mezi lety 1990 a 2000 bylo tonutí druhou nejčastější příčinou neúmyslného úrazového úmrtí dětí v USA ve věkové kategorii 1-19 let. Po 1 roce života jsou muži ohroženi častěji než ženy. Mezi ženami vrcholí početní křivka mezi 1 a 2 rokem života a následně klesá. U mužů jsou 2 vrcholy úmrtí, a to v batolecím věku a u adolescentů (3).

Při tonutí se jedná o uzavření dýchacích cest při ponoření do vody či jiné tekutiny. Vede-li tato příhoda k smrti, jedná se o tonutí. Při tonutí mohou nastat dva případy, a to tonutí suché či vlhké. Podstata tonutí suchého je v tom, že nedochází k vdechnutí tekutiny do plic. Vysvětluje se reflexní zástavou dechu při ponoření hlavy a reflexní křečí svalů hrtanu, které zavřou vchod do dýchacích cest. Kdežto tonutí vlhké je založeno na vdechnutí vody nebo tekutiny do plic. Vdechovaná voda se v plicích vstřebává (23).

Tonutí dítěte je velmi nebezpečné, neboť každé druhé končí smrtí dítěte. Utonout může dítě během několika vteřin třeba i jen ve 2 cm vody (30). Z dětí, které zůstanou pod vodou delší dobu a ztratí při tonutí vědomí, jich umírá až 50%. Okamžitá resuscitace je pro přežití dítěte nezbytná. Pravděpodobnost přežití dítěte je do značné míry závislé na okolnostech v prvních deseti minutách. Bezvědomí nastává přibližně za 2 minuty, k ireverzibilnímu poškození mozku dochází již po 4 až 6 minutách. Prognóza vývoje zdravotního stavu dítěte při příjezdu do zdravotnického zařízení (10).

Velké odlišnosti jsou i v tom, zdali se člověk topí ve sladké nebo slané vodě. Sladká voda po vstřebávání do organismu naředí krev a zvýší její objem. Tím mohou být poškozeny červené krvinky při nižším osmotickém tlaku naředěné krve. Na rozdíl od toho voda slaná naopak svou koncentrací zadržuje vodu v plicích, což vede k vzniku plicního edému (23).

Alarmující skutečnosti týkající úrazů spojených s tonutím vedly k vytvoření konkrétních doporučení ve smyslu organizačních doporučení Americké akademie pro dětské lékařství v prevenci tonutí (3). Při prevenci tonutí je v zahraničí kladen důraz na roli pediatra, který může svojí osvětovou aktivitou upozorňovat rodiče i státní orgány na rizika plynoucí ze všech vodních hladin

včetně domácích bazénů (6). Pediatři by měli varovat rodiče před nebezpečím, které představuje voda pro různé věkové kategorie a v různých situacích (3).

Intoxikace

Intoxikace jsou v Evropě čtvrtou nejčastější příčinou dětské mortality. Nejrizikovější skupinou jsou děti do pěti let. K více než 90 % všech dětských otrav vzniká v domácím prostředí či v jeho bezprostřední blízkosti (10).

Akutní intoxikace je považována za závažnou poruchu zdraví, která může dítě ohrozit na životě. Průběh intoxikace nelze vždy dostatečně předvídat. Užitá noxa působí přímo i prostřednictvím svých metabolitů v závislosti na dávce, kombinaci, ve které byla požitá, na oběhu, distribučním prostoru, hydrataci, teplotě, v závislosti na svých fyzikálně-chemických vlastnostech a její eliminace může být snížena různými vlivy. Prognózu určuje velikost dávky a doba, která uplynula od požití (6).

Z celkového počtu intoxikací tvoří 37 % lékové, 19 % tvoří rostlinné jedy a 12 % tvoří otravy chemickými prostředky (28).

Prevence dětských úrazů

Základem pro prevenci je sběr validních dat o místě, času, typu úrazu a příčinách a souvislostech úrazového děje. Jejich rozbořením lze stanovit způsob preventivního zásahu, tak aby došlo k maximální účinnosti při co nejnižších nákladech (41).

Prevence je základní pracovní metodou ve všech oblastech preventivní medicíny, ale je součástí i dalších oborů. Cílem prevence je udržení zdraví ohroženého jedince. Rozlišují se tři základní typy prevence primární, sekundární a terciární (47).

Primární prevence má za cíl především zabránění vzniku samotného úrazu.

Sekundární prevence se zaměřuje především na oblast poskytování odpovídající první pomoci, kvalitní zdravotnické záchranné služby, snížení dopadu úrazu, zkrácení doby léčby, urychlení návratu k plnému zdraví a předcházení invalidizace a trvalých následků.

Terciární prevence je založena především na znovuzачlenění osob s trvalými následky úrazu zpět do běžného života (41). Rovněž má za úkol zabránit

opakování a prohlubování problému. Většinu úrazů se dá předejít jednoduchými preventivními opatřeními (36).

Výsledky zahraničních zkušeností jednoznačně potvrzují, že koordinovaný a systematický přístup k úrazové prevenci přináší pozitivní výsledky, a to ve snížení závažnosti i počtu úrazů (43).

Preventivní strategie mohou zahrnovat hygienická opatření a zajištění dostatečného počtu ochranného vybavení. Výzkum prováděný na letních dětských táborech v USA v roce 2005 prokázal, že se preventivními zásahy mohou snížit počty úrazů, ale i onemocnění.

Zároveň naznačuje cestu k tomuto cíli, která spočívá ve vytvoření surveillance táborových úrazů a onemocnění na základě využití internetu a jejich implementace do strategií snižujících jejich vznik (45).

Pro vytvoření efektivní prevence úrazů znalost jak samotného traumatu, ale i celé úrazové situace, v níž k nim došlo. Hlavní komponenty úrazové situace představuje úrazový faktor, lidského a fyzického prostředí. Tyto komponenty jsou vzájemně propojeny a se svými vazbami vytvářejí pole, v němž se nachází potencionální oběť úrazu. Na její zpětné vazebné interakci s komponentami situačního pole záleží, zda dojde k úrazu jakožto výsledku chyby, ke které zde došlo selháním adaptace (20).

Zranění dětí jsou často vážná, ale lze se jim do jisté míry vyhnout seznámením dětí s úrazovými riziky různých prostředí (13) a bezpečnostními technikami. Děti jsou zvláště zranitelné nehodami kvůli jejich vrozené touze prozkoumat okolí a neschopnosti vnímat nebezpečí jejich počínání. Velmi důležité je zajistit co možná nejbezpečnější prostředí a neustálý dozor dospělých osob.

Pro jednotlivé činnosti by mělo být dítě vybaveno ochrannými pomůckami, jako jsou cyklistické přilby, chrániče na lokty apod. (13).

Literatura

- [1] BAKER, P. SUSAN. The injury fact book. 2. vyd. New York: Oxford University Press, Inc, New York, USA, 1992. 330 s. ISBN 0-19-506194-2.
- [2] BENEŠOVÁ, V., Bezpečný sport a rekreace [http://www.cupcz.cz/clanky/bezpecny-sport-a-rekreace/bezpecny-sport-a-rekreace.html]. 19. 8. 2008, [01.12.2010].

- [3] BRENNER R. A., et al., Prevention of drowning in infants, children, and adolescents. *Pediatrics*, 2003, vol. 112, no. 2, s. 440 – 445, ISSN 0031-4005.
- [4] BRYCHTA. P. Ambulantní péče o nezávažné popáleniny. [<http://www.cls.cz/dp/2001/r049.rtf>]. 2001, [14.05.2010].
- [5] COLLINS, C. L., FIELDS, S. K., COMSTOCK, R. D., When the rules of the game are broken: what proportion of high school sports-related injuries are related to illegal activity?. *Injury prevention*. 2008. vol. 14, no. 1, s. 34-38, ISSN 1475-5785
- [6] COMMITTEE ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION, Prevention of drowning. *Pediatrics*, 2010, vol. 126, no. 1, s. 178 –185, ISSN 0031-4005.
- [7] ČIKL, J. Akutní intoxikace. *Sestra*. Praha: 2010, roč. 20, č. 1, s. 60 – 62. ISSN 1210-0404.
- [8] DIFIORI, J. P., Overuse injuries in children and adolescents. *The physician and sportsmedicine*. 1999, vol. 27, no. 1, ISSN 0091-3847.
- [9] ELLSASSER, G. Epidemiological Analysis of Injuries Among Children under 15 Years of Age in Germany--The Starting Point for Injury Prevention. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16868868>]. 2006, [11.02.2011].
- [10] EUROPEAN CHILD SAFETY ALLIANCE, Priority bezpečí dětí v Evropské unii. 1 vyd. Praha: Centrum úrazové prevence, 2003. 26 s. ISBN 80-239-2026-X
- [11] FIRE SERVICES AMBULANCE COMMAND TRAINING SCHOUL. Home Accident Prevention for Children. [http://www.hkfsd.gov.hk/home/eng/source/safety/Children_home_accident.html]. 2002, [12.03.2010].
- [12] GREPLOVÁ, I., MACHOVÁ, A., Prevence úrazovosti dětí – edukační činnost sestry. [Prevence úrazů, otrav a násilí](#). č. 1, roč. 3, České Budějovice: 2007, s. 51-55. ISSN 1801-0261.
- [13] GRIVNA, M. a kol. Dětské úrazy a možnosti jejich prevence. 1.vyd. Praha: Centrum úrazové prevence UK 2. LF a FN Motol, Praha, ČR, 2003.137 s. ISBN 80-239-2063-4.
- [14] GRIVNA, M. Dětské úrazy a jejich prevence. *Medica revue*. Praha: 1996, roč. 3, č. 12, s. 28-29. ISSN 1210-9673.

- [15] HORECKÁ, L. Pozor na úrazy při sportu. [<http://www.rodina.cz/clanek3320.htm>]. 08.08. 2003, [02.01.2011].
- [16] HORECKÁ, L. Pozor na zimní úrazy. [<http://www.rodina.cz/clanek3624.htm>]. 09.02.2004, [13.02.2010].
- [17] HRODEK, O. a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 767 s. ISBN 80-7262-178-5.
- [18] HRUBÝ, C. *Vývojová psychologie*. [<http://www.help24.cz/download/soubory/vyvojova-psychologie.pdf>]. 2001, [18.02.2010].
- [19] CHILDREN'S HOSPITAL OF PITTSBURGH. *Safety & Injury Prevention*. [<http://www.chp.edu/greystone/safety/fallshub.php>]. 2006, [11.12.2010].
- [20] KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M., REZKOVÁ, B., *Epidemiologie úrazových nehod v brněnském souboru ze studie ELSPAC. Prevence úrazů, otrav a násilí*. č. 1, roč. 3, České Budějovice: 2007, s. 7-19. ISSN 1801-0261.
- [21] KUKLA, L., BOUCHALOVÁ, M., REZKOVÁ, B., *Epidemiologie nejčastějších úrazů v hod v brněnském souboru studie ELSPAC. Prevence úrazů, otrav a násilí*. č. 1, roč. 3, České Budějovice: 2007, s. 20-32. ISSN 1801-0261.
- [22] LEE LK, MAO C, THOMPSON KM. *Demographic factors and their association with outcomes in pediatric submersion injury*. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed&uid=16495427&cmd=showdetailview&indexed=google>]. 22.2.2006, [12.03.2010].
- [23] MACHART, S. *Tonutí*. [<http://www.ordinace.cz/clanek/tonuti/>]. 04.05. 2004, [15.06.2009].
- [24] NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ. *Predchádzanie úrazov u detí*. [http://www.zdravotnictvo.sk/buxus/generate_page.php?page_id=1251]. 2008, [12.09.2010].
- [25] NAVRÁTIL, L. et all. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 420 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [26] NOVOTNÁ, J. *Problematika úrazů dětí předškolního věku*. České Budějovice, 2007. 128 s., 18 s. příloh. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce Mgr. Magdalena Čapková, PhD.
- [27] NOVOTNÁ, J., EIBEL, Z., *Popáleninové úrazy dětí. Diagnóza v ošetřovatelství*. č. 5, roč. 4, Praha: 2008, s. 13-18. ISSN 1801-1349.

- [28] NOVOTNÁ, J., KNEZOVIĆ R., TŮMA, J., Riziko vzniku intoxikací dětí v domácím prostředí. Prevence úrazů, otrav a násilí. České Budějovice: 2010, roč. 7, č. 1, ISSN 1801-0261.
- [29] MAŇÁK, P., WONDRÁK, E., Traumatologie repetitorium pro studující lékařství. 5. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 96 s. ISBN 80-244-1009-5.
- [30] PODANÁ RUKA. Úrazy dětí. Praha: Podaná ruka, 1997. 28 s.
- [31] POKORNÝ, Vladimír. Traumatologie. 1. vyd. Praha : Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
- [32] RADELET, M. A., et al., Survey of the injury rate for children in community sports. Pediatrics, 2002, vol. 110, no. 3, ISSN 0031-4005.
- [33] REDACTION ORTHOSEEK.COM., Sport-Specific Injuries In Children. [<http://www.orthoseek.com/articles/sportinj.html>]. 12.6.2010 [01.12.2010].
- [34] REDAKCE ALL CARE PLUS.ORG. Child Injury Prevention. [http://www.allcareplus.org/files/Child_Injury_Prevention.pdf]. 2000, [12.03.2010].
- [35] REDAKCE WIKIPEDIA.ORG. [http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana]. 08.09. 2004, [03.08.2010].
- [36] SAFE KIDS. Preventing accidental injury. [<http://www.safekids.org/tips/tips.html>]. 2006, [01.11.2010].
- [37] SHAIKH, Z. S., WORRALL, S. F., Epidemiology of facial trauma in a sample of patients aged 1-18 years. Injury, 2002, vol. 33, no. 8, s. 669-671, ISSN 0020-1383.
- [38] SCHERMER, C. R. Subcommittee on Injury Prevention and control. [<http://www.facs.org/trauma/falls.html>]. 17.10. 2002, [11.12.2010].
- [39] SKÁCELÍK, P., Úrazy jako sociální fenomén. [Prevence úrazů, otrav a násilí](#). č. 2, roč. 2, České Budějovice: 2006, s. 69-71. ISSN 1801-0261.
- [40] ŠEBKOVÁ, S. Úrazy dětí (3. díl). [http://www.medicina.cz/verejne/clanek.dss?s_id=5938&s_rub=340&s_sv=1&s_ts=39033,6598263889]. 02.01.2004, [16.01.2010].
- [41] ŠNAJDAUF, J., CVACHOVEC, K., TRČ, T., et al. Dětská traumatologie. 1.vyd. Praha: Galén, 2002. 180 s. ISBN 80-7262-152-1.
- [42] THE PHOENIX SOCIETY FOR BURN SURVIVORS INC. [<http://www.phoenixsociety.org/resources/generalburnrecoveryinformation/>]. 2008, [16.01.2010].

- [43] TRUELLOVÁ, I., Aktuální údaje úrazovosti dětí v České republice Národní registr dětských úrazů a jeho význam pro prevenci dětských úrazů. [Prevence úrazů, otrav a násilí](#). č. 1, roč. 4, České Budějovice: 2008, s. 57-61. ISSN 1801-0261.
- [44] ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR., Vývoj úrazovosti dětí do roku 2006. [<http://www.uzis.cz/rychle-informace/vyvoj-urazovosti-deti-roku-2006>]. 26.02.2008, [02.10.2010].
- [45] YARD, E. E., et al., Illness and injury among children attending summer camp in the United States, 2005. *Pediatrics*, 2006, vol. 118, no. 5, s. 1342-1349, ISSN 0031-4005.
- [46] VESELÁ, K. Úrazy elektrickým proudem. [<http://sova.vzsjp.cz/prvni-pomoc2/urazy-el-proudem.htm>]. 2005, [08.06.2010].
- [47] VURM, V. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. 108 s. ISBN 80-7040-411-6.

Kontaktní údaje

PhDr. Jana Novotná
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
e-mail: jananovotna8@seznam.cz

Validizácia ošetrovateľskej diagnózy riziko vzniku dekubitov

Mária Novosedláková, Zuzana Hudáková

Abstrakt

Príspevok je zameraný na posúdenie rizikových faktorov vzniku dekubitov podľa Nortonovej stupnice a súčasne zatriedenie prítomných rizikových faktorov podľa určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Riziko vzniku dekubitov. Klasifikačný systém ponúka súbory príznakov, súbory rizikových faktorov a súbory súvisiacich faktorov, ktoré patria ku konkrétnym ošetrovateľským diagnózam. Jednou z metód validizácie ošetrovateľskej diagnózy je klinický model, ktorý sa zameriava na porovnanie manifestných znakov diagnózy zistených priamo od pacienta s charakteristickými znakmi uvádzanými v NANDA klasifikačnom systéme. Výskumom sme potvrdili prítomnosť rizikových faktorov v danej výskumnej vzorke čo sme porovnali aj so štatistickými výsledkami Nortonovej stupnice.

Kľúčové slová

Ošetrovateľská diagnóza. Rizikové faktory vzniku dekubitov. Validizácia.

Abstract

This paper is focused on on assessing risk factors of pressure sores by Norton scale and at the same classification of risk factors by identifying the characteristics of the nursing diagnosis of risk of bedsores. The classification system provides a set of symptoms, risk factors and sets of files related factors that belong to a specific nursing diagnosis. One This paper is focused method of validation, nursing diagnosis is a clinical model, which focuses on the comparison of overt sign diagnoses identified directly from the patient with the hallmarks of which are in NANDA classification system. We confirmed the presence of research of risk factors in the survey sample, we compared the statistical results with Norton scale.

Key words

Nursing diagnosis. Risk factors for pressure sores. Validation.

Evidence based nursing (EBN) – ošetrovatelstvo založené na dôkazoch – správna klinická prax a dôkaz, označuje metodologický prístup ku klinickej praxi, v rámci ktorého sú pri rozhodovaní sestry zvolené štyri komponenty: výsledky výskumu, hodnoty a preferencie pacienta týkajúce sa alternatívnych foriem starostlivosti, klinické skúsenosti sestry a dostupnosť prostriedkov v rámci konkrétneho klinického prostredia.

Správna klinická prax (Best Practice) zahŕňa presné vedecké dôkazy týkajúce sa potvrdenia efektívnosti špecifickej intervencie a hodnotenie výsledkov pri zisťovaní jej efektívnosti. Medzi nástroje implementácie najlepšej praxe patria smernice, štandardy. Pri využívaní dôkazov, výsledkov výskumu v klinickej praxi by mali byť zodpovedané tieto dôkazy: Čo možno pokladať za dôkaz? Ktoré dôkazy majú najväčšiu relevantnosť pre konkrétne rozhodovanie v klinickej praxi? Ktoré dôkazy sú zásadné pre ovplyvnenie liečby, diagnostiky, skriningu a prevenciu a ďalší vývoj zmien v oblasti zdravotného stavu?

Proces ošetrovateľskej praxe založenej na dôkazoch môžeme rozdeliť:

- a) Zhodnotenie problému pacienta, kritický postoj k vlastnej praxi.
- b) Formulácia zodpovedateľnej a vyhľadateľnej klinickej otázky (Asking).
- c) Vyhľadávanie v literatúre a zber dôkazov (Accesing).
- d) Výber kľúčových prác a zhodnotenie kvality nájdených dôkazov, odpovedí (Appraising).
- e) Aplikácia záverov do klinickej praxe (Applying).
- f) Hodnotenie dôsledkov implementácie dôkazov (klinického rozhodnutia, zmeny) (Gurková, 2009).

NANDA, NANDA International – (North American Association for Nursing Diagnosis, Severoamerická asociácia pre medzinárodnú ošetrovateľskú diagnostiku) systém ponúka súbory príznakov, súbory rizikových faktorov a súbory súvisiacich faktorov, ktoré patria ku konkrétnym sesterským diagnózam s číselnými kódmi. Určité označené príznaky alebo rizikové faktory vypovedajú o prítomnosti určitej sesterskej diagnózy. Názvy sesterských diagnóz s medzinárodným číselným kódom môžeme chápať ako štandardné pomenovanie ošetrovateľských problémov (Marečková, 2006, s. 17).

Sesterská diagnóza opisuje zmeny v zdravotnom stave jedinca a faktory, ktoré k týmto zmenám prispievajú. Sesterská diagnóza má niekoľko zložiek: názov,

určujúce charakteristiky, etiológiu a doplňujúce faktory (Marečková, 2006, s. 17).

D 104 Riziko vzniku dekubitov

Doména 11 – Bezpečnosť - ochrana

Diagnostická doména poskytuje informácie pre ošetrovateľskú diagnostiku v oblasti ochrany pred nebezpečenstvom, fyzickým poškodením alebo pred poškodením imunitného systému.

Trieda: Telesné poškodenia sú určené ošetrovateľskými diagnózami, ktoré sú štandardným pomenovaním ošetrovateľských problémov v oblasti telesného poškodenia alebo poranenia.

Potenciálne ošetrovateľské diagnózy pre jedinca:

Riziko narušenia kožnej integrity – 00047

je štandardizovaný názov ošetrovateľského problému človeka ohrozeného nepriaznivou zmenou štruktúry vrstiev kože.

I. krok – rozpoznávame, či sa u pacienta vyskytujú rizikové faktory, ktoré sú rozdelené na

1. vonkajšie a 2. vnútorné

Vonkajšie rizikové faktory:

Ožarovanie, telesná imobilita (nepohyblivosť), mechanické faktory (trhacia sila – ťah vrstiev pokožky oproti sebe pri manipulácii s pacientom, tlak, prekážky pohybu), hypotermia alebo hypertermia, vlhkosť vzduchu, vplyv chemických látok, vplyv exkrétov alebo sekrétov, vlhkosť pôsobiaca na pokožku, veľmi vysoký vek.

Vnútorné rizikové faktory:

vplyvy medikácie, kostné výbežky, imunologické faktory, vývojové faktory, zmyslové zmeny, zmenená pigmentácia, zmeny metabolického stavu, zmeny cirkulácie, zmeny turgoru kože, zmeny v nutričnom stave (obezita, vychudnutosť), faktory navodzujúce psychózu.

II. krok – ak sme našli minimálne jeden z rizikových faktorov, pristúpime k overeniu. Posúdime, či je pacient skutočne v stave alebo v situácii, ktorá zodpovedá ošetrovateľskej diagnóze.

III. krok – ak je výsledok pozitívny, zaznamenáme prítomnosť rizika narušenia kožnej integrity do ošetrovateľskej dokumentácie (Marečková, 2006, s. 218 - 219).

Výskumná otázka

Aká je miera výskytu vnútorné a vonkajšie rizikové faktorov u pacienta so stanovenou oše diagnózou riziko vzniku dekubitov?

Metóda prieskumu

Rizikové faktory sme identifikovali na základe Nortonovej hodnotiacej stupnice a klinickým posúdením pacientov a zatriedením prítomných rizikových znakov podľa určujúcich znakov ošetrovateľskej diagnózy Riziko vzniku dekubitov.

Výskumný súbor tvorilo 303 respondentov, 160 mužov 52,8 % a 115 žien 47,2 %. Najpočetnejšiu vekovú skupinu tvorili 70 – 79 roční – 84 respondentov 27,7 %, 60 – 69 roční – 75 respondentov 24,8 %, 80 – 89 roční 72 respondentov 23,8 %. Priemerný vek respondentov bol 68, 54 rokov. Výber súboru bol zámerný. Respondentov sme vybrali na základe prítomnosti 1 rizikového faktora vzniku dekubitov.

Údaje o rizikových faktoroch vzniku dekubitov vyplývajúce z ošetrovateľskej diagnózy Riziko vzniku dekubitov podľa NANDA International II (Marečková,

Tab. 1 Vonkajšie faktory

Možnosť odpovede	Počet [n]	Percento [%]
Ožarovanie	0	0
Telesná imobilita	173	57,1
Mechanické faktory	171	56,4
Hypotermia, hypertermia	100	33,0
Vlhkosť vzduchu	0	0
Vplyv chemických látok	0	0
Vplyv exkrétov	74	24,4
Vlhko pôsobiace na kožu	138	45,5
Veľmi vysoký vek	163	53,8

Tab. 2 Vnútorne faktory

Možnosť odpovede	Počet [n]	Percento [%]
Vplyv medikácie	99	32,7
Kostné výčnelky	209	69,0
Imunologické faktory	41	13,5
Vývojové faktory	0	0
Zmena pigmentácie	229	75,6
Zmeny v metabolickom stave	129	42,6
Zmeny cirkulácie	231	76,2
Zmeny kožného turgoru	4	1,3
Zmeny v nutričnom stave - obezita	178	58,7
Faktory navodzujúce psychózu	0	0

Diskusia

Vývoj NANDA taxonómie má za sebou tridsať ročnú históriu. Iniciátormi vývoja metodológie identifikácie a validizácie sesterských diagnóz boli Gordon a Sweeney (Creason, 2004, Whitley, 1999, In Vörösová, 2007). Vo svojich prácach (1979) vymedzili 3 modely identifikácie a validizácie sesterských diagnóz, retrospektívny identifikačný model, model validizácie expertmi a klinický model.

Klinický model (The Clinical Validation Model) predstavuje prospektívnu metódu, ktorá sa zameriava na porovnanie manifestných znakov diagnózy zistených priamo od pacienta s charakteristickými znakmi uvádzanými v NANDA klasifikačnom systéme. Do významnej miery pri praktickej realizácii validizácie ovplyvňujú úspešnosť a dosiahnutie výsledkov konštrukcia záznamového hárku, resp. použitá dokumentácia ako aj „guidelmes“ procesu diagnostikovania a manažment údajov. Uvedený model bol modifikovaný

Fehringom. Fehringova modifikácia posledných dvoch modelov navrhnutých Gordon a Sweeney výrazne prispela k rozšíreniu záujmu predovšetkým o klinické validizačné štúdie (Creason, 2004; Whitley, 1999, In Vörösová, 2007).

Mikula, Müllerová (2008, s. 12 - 18) uvádzajú nasledujúce faktory ovplyvňujúce vznik dekubitov:

Vonkajšie faktory: intenzita a doba pôsobenia tlaku, mechanické vplyvy – trhacie sily a trenie, chemické vplyvy.

Vnútorne faktory: odolnosť tkaniva voči tlaku, pohlavie, vek, telesná hmotnosť, pohyblivosť, cievne faktory, výživa, hydratácia, inkontinencia.

Rizikové faktory spôsobené zmeneným zdravotným stavom: porucha CNS, vplyv liekov, imunosupresívne ochorenie, diabetes mellitus, vplyv ostatných ochorení – choroby srdca, hypertenzia, anémia, hepatické poruchy, urémia, septické stavy, rozvrat vnútorného prostredia. Braden, Bergstrom (1987) uvádzajú **faktory podmieňujúce rozvoj dekubitových rán: faktory spôsobujúce tlak** – obmedzená pohyblivosť, znížená aktivita, znížené zmyslové vnímanie. **Faktory znižujúce odolnosť tkanív na tlak** – vonkajšie: vlhkosť, trenie, trhacie sily; vnútorné: zlá výživa, vysoký vek, hypertenzia, hypoteticky aj edémy, emocionálny stres, fajčenie, teplota kože.

V našom súbore boli respondenti s priemerným vekom 68,54 rokov. Z hľadiska veku tlakové poškodenie postihuje všetky vekové kategórie. Niektoré štúdie uvádzajú, že najviac ohrození sú pacienti vo veku 70 – 90 rokov. Až 71 % pacientov sú starší ako 70 rokov (Mikula, Müllerová, 2008). Vykonali sme rozbor údajov z Nortonovej škály – stav vedomia, aktivita, mobilita. Pri analýze odpovedí sme použili jednu z metód kategoriálnej analýzy χ^2 (chí kvadrát). Rizikové faktory sme potvrdili na hladine významnosti $p \leq 0,001$ a $p \leq 0,003$. Pri hodnotení stavu vedomia $\chi^2 = 8,938$ $p < 0,003$. Pri hodnotení aktivity $\chi^2 = 51,93$ $p < 0,001$. Pri hodnotení mobility $\chi^2 = 30,865$ $p < 0,001$, hladiny významnosti boli veľmi vysoko signifikantné. Inkontinenciu podľa Nortonovej škály $\chi^2 = 39,852$ $p > 0,001$ označujeme za veľmi vysoko signifikantnú, stav pokožky $\chi^2 = 3,982$ $p < 0,05$ označujeme za signifikantné. Hodnotenie výživy podľa Bradenovej škály $\chi^2 = 21,665$ $p > 0,001$ bolo posúdené ako veľmi vysoko signifikantné a štatisticky významné. U respondentov bolo podľa Nortonovej hodnotiacej stupnice bolo identifikované riziko dekubitov stredné u 40,9 % a nízke riziko vzniku dekubitov u 28,4 %, vysoké riziko u 21,8 % a veľmi vysoké u 4,3 % respondentov. Bez rizika bolo 4,6 % respondentov. Pacienti so srdcovými chorobami a vysokým krvným tlakom sú ohrození vznikom dekubitov

z dôvodu narušenej cirkulácie krvi. Diabetici strácajú citlivosť – periférna neuropathia, preto si často neuvedomujú bolesť alebo nepohodlie spôsobené tlakom. U pacientov v bezvedomí, s polytraumami sa znižuje alebo stráca schopnosť postarať sa o svoje telesné potreby. Rovnako aj pacienti po NCMP nemusia vnímať na poškodenej strane tela žiadne podnety, neuvedomujú si nepohodlie a tlak, bez pomoci sa nedokážu pohnúť. Chronicky chorí sú ohrození dekubitmi viac ako zdravé osoby (Riebelová, Válka, Franců, 2000).

Záver

Relevantnosť údajov získavaných a používaných v ošetrovateľskej praxi a výskume, môžeme chápať ako mieru ich použiteľnosti vzhľadom k stanoveniu sesterských diagnóz, výberu efektívnych ošetrovateľských intervencií a hodnotenia ich výsledkov. Validizácia sesterskej diagnózy potom znamená potvrdenie, že diagnóza presne odráža problém pacienta a tiež, že k záveru sme dospeli na základe zozbieraných relevantných údajov (Holmanová, Žiaková, Čáp, 2006).

Použitá literatúra

- [1] BRADEN, B. - BERGSTROM, N. Etiology of pressure ulcer. In: *Rehabilitation Nursing*, Vol.12, No.1, Jan – Feb, 1987. Dostupné na internete. www.npuap.org
- [2] GURKOVÁ, E. Ošetrovateľská prax založená na dôkazoch. Martin: Osveta, 2009, s.310-322. ISBN 978-80-8063-304-2.
- [3] HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2006. Metodologické poznámky k problematike validizácie ošetrovateľských diagnóz. In *Kontakt*. roč. VIII., 2006, č.1, s. 25-30, ISSN 1212-4117
- [4] MAREČKOVÁ, J. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada Publishing, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- [5] MIKULA, J., - MÜLLEROVÁ, N. Prevence dekubitů. Praha: Grada, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
- [6] RIEBELOVÁ, V. - VÁLKA, J. - FRANČŮ, M. Dekubity, prevence, konzervativní a chirurgická terapie. Praha: Galén, 2000, 159 s. ISBN 80-7262-033-9.

- [7] VÖRÖSOVÁ, G. Validizácia a výskum diagnostických prvkov NANDA – International II. In CESTA K PROFESIONÁLNIEMU OŠETŘOVATELSTVÍ II Sborník příspěvků II. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí. Opava: Slezská univerzita, 2007. s. 121.-127. ISBN 978-80-7248-413-3.

Kontaktní údaje

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

Výchova k materstvu

Jana Otrubová, Jarmila Kristová

Abstrakt

V popredí záujmu a starostlivosti každej vyspelej spoločnosti je dieťa, jeho harmonický telesný a duševný vývin. Aj v našej krajine sa všemožne usilujeme, aby šťastné detstvo naplnené láskou, pocitom bezpečia a istoty preživalo každé dieťa. Tieto podmienky mu zabezpečujú rodičia, schopní vytvoriť útulný domov a harmonické manželské spoločenstvo.

V príspevku hodnotíme edukačnú činnosť pôrodnej asistentky. Hodnotenie opierame o výsledky prieskumu, ktorý bol realizovaný vo vybraných gynekologických ambulanciách s cieľom zistiť, ktorej problematike z oblasti materstva by mala pôrodná asistentka venovať viac priestoru v rámci edukácie.

Kľúčové slová

Výchova k rodičovstvu. Edukácia. Pôrodná asistencia.

Abstract

In the foreground of interest and care of each developed society is the child, its harmonious physical and spiritual development. In our country we also try hard to give all the children childhood full of love, feelings of security and safety. These conditions are provided by parents who are able to create a comfortable home and harmonious marriage companion.

In the report the educational activity of a midwife is evaluated. The evaluation relies on the results of a survey that was realized in particular gynaecological clinics with the aim to determine that issue of the maternity area to which a midwife should dedicate more space within education.

Key words

Education for parenthood. Education. Midwife.

Úvod

Základom výchovy k rodičovstvu by mala byť i výchova k tomu, ako sa nestáť predčasne rodičom. Je dôležité vyvarovať sa nežiaducich následkov prvých vzťahov, ktoré môžu nepriaznivo ovplyvniť ďalší život mladých ľudí, ich detí i ekonomiku spoločnosti. Pojem reprodukčné zdravie sa začal používať v posledných rokoch a dotýka sa zdravia v oblasti ľudského rozmnožovania – reprodukcie (Machová, 2002, s. 50).

Plánovaným rodičovstvom rozumieme snahu partnerov mať dieťa v čase pre rodinu z rozličných príčin optimálnom, alebo naopak zabrániť neželanej gravidite.

Žena a muž by mali byť k materstvu a otcovstvu vychovávaní a vzdelávaní nielen v rodine, ale i širšom sociálnom prostredí. Obaja by k roli rodiča mali pristupovať zodpovedne a plánovať rodičovstvo tak, aby mohlo zabezpečiť čo najpriaznivejšie podmienky pre zdravý vývoj nového jedinca. Rodinu možno definovať ako „neformálnu sociálnu skupinu konkrétneho národa, ktorému zabezpečuje kontinuitu ľudského rodu a výchovu dorastajúcej generácie“ (Závodná, 2005, s. 78).

Úloha matky a otca ako rodičov je rovnocenná a preto by obaja mali získať vedomosti o materstve a rodičovstve rovnakým dielom. Zdravotnou výchovou možno ovplyvňovať vedomosti, postoje, presvedčenie i správanie človeka vo vzťahu k vlastnému zdraviu a chorobe. V týchto oblastiach zohrávajú významnú rolu sestry a pôrodné asistentky. Ich úlohou je v rámci výchovy k reprodukčnému zdraviu poskytnúť ženám a ich partnerom informácie o materstve a rodičovstve.

Téma výchovy k materstvu si zasluhuje pozornosť aj z dôvodu štatistických ukazovateľov, ktoré asigujú na varovné údaje o populačnom vývine našej spoločnosti. Je nesporné, že sestry a pôrodné asistentky v úlohe pedagóga – edukátora, majú dominantný podiel na miere informovanosti žien a ich partnerov o materstve a kreovaní ich postojov k roli rodiča.

Vzhľadom k realite, že materstvo sa nezačína a nekončí pôrodom, v sebe zahŕňa širokú paletu otázok, z ktorých každá by mohla byť predmetom samostatného výskumného bádania. V konferenčnom príspevku prezentujeme vyselektované výsledky prieskumnej observácie, ktorej cieľom bolo zhodnotiť edukačnú rolu pôrodnej asistentky v prenatalnej starostlivosti.

Koncepcia odboru pôrodnej asistencie (MZ SR, č. 10973 /2006–00) o.i. orientuje pozornosť na:

- poskytovanie samostatnej starostlivosti o gravidnú ženu v podmienkach ambulantnej zdravotnej starostlivosti licencovanými pôrodnými asistentkami,
- skvalitnenie a rozšírenie možnosti vedenia psychofyzickej prípravy na pôrod v podmienkach ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- realizovanie špeciálnych programov zameraných na mladistvé tehotné, užívateľky návykových látok, sociálne marginalizované skupiny, etnicky, rasovo kultúrne či inak diferencované skupiny populácie,
- prevenciu zápalových chorôb a sexuálne prenosných chorôb,
- výchovu k plánovanému rodičovstvu,
- zvýšenie edukačných aktivít pôrodných asistentiek v oblasti reprodukčného zdravia.

Ciele empirickej sondy

Cieľmi empirickej sondy bolo posúdiť edukačnú rolu pôrodných asistentiek v rámci prenatalnej starostlivosti, zistiť, ktorej oblasti edukácie venujú pôrodné asistentky najširší priestor, zmapovať, ktorej skupine klientiek pôrodné asistentky najintenzívnejšie adresujú edukáciu a zistiť, ktoré z variability metód edukácie primárne využívajú pôrodné asistentky.

Súbor a metodika

Prieskum (Farkašová et al., 2006) rieši prostredníctvom dotazníkovej metódy vlastnej konštrukcie, ako aj teoretických metód – analýzy, syntézy úroveň edukácie pôrodných asistentiek. Bol zameraný na získanie údajov od pôrodných asistentiek v náhodne vybraných gynekologických ambulanciách v Nitrianskom kraji (Nové Zámky, Štúrovo, Nitra). Osobnou distribúciou dotazníkov 50 pôrodným asistentkám sme zabezpečili 100% návratnosť. Prieskumu sa zúčastnilo aj 100 respondentov zo skupiny matiek (50) a ich partnerov – otcov (50) a zo skupiny budúcich matiek (50) a budúcich otcov (50). Sumárne sa prieskumu zúčastnilo 5 skupín. Pre každú bol vytvorený samostatný dotazník vlastnej konštrukcie. Dotazníky boli validizované na vzorke 15 respondentov. Výsledky sme prezentovali deskriptívne, matematicky a graficky.

Výsledky a interpretácia

Výsledky prieskumu jednotlivých skupín boli vyhodnotené osobitne a vzájomne verifikované. Z dôvodu stanovenej limitácie prezentujeme v konferenčnom príspevku výsledky zo skupiny respondentov, ktorú tvorili pôrodné asistentky.

Z analýzy výsledkov prieskumu vyplýva, že len 82,00% pôrodných asistentiek z celkového počtu opýtaných realizuje edukáciu pravidelne, 18,00% uviedlo alternatívu „niekedy“ a ani jedna pôrodná asistentka neuviedla možnosť, že edukáciu nevykonáva. Edukáciu však prevažne zameriavajú na poskytovanie informácií tehotným ženám (58,00%), 19,00% opýtaných pôrodných asistentiek uviedlo, že edukáciu vykonáva u všetkých klientiek, 8,00% iba u bezdetných žien, 15,00% aj u partnerov žien a 10,00% u matiek. Z celkového počtu aktériek prieskumu 82,00% pôrodných asistentiek realizuje edukáciu v gynekologickej ambulancii a 16,00% v materských centrách. Alarmujúce je zistenie, že na školách edukáciu realizujú len 2,00% opýtaných pôrodných asistentiek, hoci v ďalšom šetrení až 54,00% na prieskume zainteresovaných respondentiek uviedlo, že cieľnú edukáciu si vyžaduje práve veková skupina 18 a menej ako 18 ročných. Z uvedeného môžeme konštatovať, že pôrodné asistentky by sa mali v rámci zdravotnej výchovy viac orientovať na školy, mládež a venovať viac priestoru tejto skupine populácie – budúcim rodičom. *Hypotéza 1, v ktorej sme predpokladali, že pôrodné asistentky venujú v rámci edukácie viac priestoru tehotným ženám ako bezdetným ženám sa potvrdila.* Hypotézu potvrdili aj výsledky zo skupiny budúcich matiek, ktoré preukázali výrazný deficit vo vedomostiach o telesných a psychických zmenách počas tehotenstva, ale aj v oblasti antikoncepcie. Z celkového počtu žien, 3,00% nepoznalo žiadne telesné ani psychické zmeny v tehotenstve. Deficit vedomostí o telesných a psychických zmenách počas tehotenstva, ktorý vyplýval z prieskumu si uvedomujú respondenti všetkých 4 skupín. Svedčí o tom aj fakt, že väčšina z nich sa zhodla na významnosti tejto problematiky (budúce matky 46,00%, matky 40,00%, budúci otcovia 58,00% a otcovia 52,00%).

Obsah edukácie pôrodné asistentky najčastejšie zameriavajú na psychofyzickú prípravu žien, prípadne ich partnerov na pôrod (64,00% opýtaných respondentiek). Prevenciu pohlavných chorôb ako obsah edukácie uviedlo len 4,00% z celkového počtu opýtaných pôrodných asistentiek, metódy antikoncepcie 19,00% a 13,00% uviedlo alternatívu iné – napr. životospráva, význam dojčenia. Predpoklad vyjadrený v *hypotéze 2, že v rámci obsahu edukácie bude mať väčšie zastúpenie psychofyzická príprava na pôrod ako antikoncepcia sa potvrdil.* Môžeme konštatovať, že z oblasti psychofyzickej

prípravy a alternatívnych spôsobov pôrodu respondenti zo skupiny matiek a ich partnerov dosiahli dobrú úroveň vedomostí. O podiele pôrodnej asistentky na úrovni vedomostí svedčí aj fakt, že väčšina opýtaných zo skupiny matiek a zo skupiny otcov uviedla ako najčastejší zdroj informácií o spôsoboch pôrodov a prípravy na pôrod práve pôrodnú asistentku.

V rámci využívania metód pri edukácii sa 42,00% z celkového počtu zainteresovaných pôrodných asistentiek vyjadrilo, že najviac vo svojej praxi využívajú individuálny rozhovor, 30,00% respondentiek preferovalo propagačný materiál a praktickú ukážku uviedlo 28,00% respondentiek. *Hypotéza 3, v ktorej sme predpokladali, že propagačný materiál ako metódu edukácie budú pôrodné asistentky využívať viac ako rozhovor sa nám nepotvrdila.* Čo hodnotíme pozitívne, lebo informácie podané individuálnym rozhovorom majú vyššiu výpovednú hodnotu ako informácie písaného textu (vychádzali sme z aspektu časovej nenáročnosti využívania propagačných materiálov).

Záver

Výsledky prieskumu dokazujú, že pôrodné asistentky sa významne podieľajú na výchove k materstvu. Môžeme konštatovať, že edukáciu orientujú predovšetkým na prípravu žien a ich partnerov na pôrod. Psychofyzická príprava na pôrod je špecifickým vzdelávacím programom, ktorý by mal ženu kvalitne pripraviť na rodičovstvo už od prenatálneho obdobia.

Vedomosti opýtaných respondentov v týchto oblastiach dosahovali dobrú úroveň.

Výsledky prieskumu poukazujú na rezervy edukácie zo strany pôrodných asistentiek v týchto oblastiach – antikoncepcia, plánované rodičovstvo, telesné a psychické zmeny v tehotenstve, umelé prerušenie tehotenstva ap. Rovnocoene by edukácia mala smerovať nielen ku gravidným ženám a ich partnerom, ale aj k populačným skupinám tennegeriek a adolescentiek.

Prieskum dokázal, že jednou z úloh ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie – výchova a vzdelávanie zdravých i chorých má svoje opodstatnenie aj v problematike týkajúcej sa materstva. Je nevyhnutné, aby pôrodné asistentky mali penzum vedomostí z pedagogiky, komplexne zvládli edukáciu ako dynamický proces, osvojili si praktické edukačné schopnosti a svoje edukačné smerovanie v rámci prenatálnej starostlivosti uplatňovali aj v školách a nie len v gynekologických ambulanciách.

Zoznam použitej literatúry

- [1] BÁTOVSKÁ, L. a kol. 1998. *Výchova k partnerstvu a rodičovstvu*. Bratislava: Ústav
- [2] zdravotnej výchovy, 1998. 77 s. ISBN 80-7159-102-5.
- [3] ELIÁŠOVÁ, A. a kol. 2000. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2000. 125 s. ISBN 80-8063-053-4.
- [4] FARKAŠOVÁ, D. et al. 2006. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-228-6.
- [5] MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H&H,
- [6] 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
- [7] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
- [8] Konceptcia odboru pôrodná asistencia č. 10973 / 2006–00 – MZ SR.

Kontaktná adresa:

PhDr. Jana Otrubová, PhD
VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
0918 855 581
e-mail: jana.otrubova@gmail.com

Determinanty kvality zdravotnej a sociálnej starostlivosti na Slovensku

Hana Padyšáková

Abstrakt

Z profesionálneho hľadiska je nielen pre sestry, ale rovnako i pre fyzioterapeutov schopnosť edukovať klientov v otázkach podpory zdravia a presvedčiť ich o zmene správania kľúčová. Efektívne využitie pedagogických metód v každodennej praxi zdravotníkov predpokladá ich poznanie, pochopenie a overovanie v modelových kazuistikách, už počas profesionálnej prípravy.

Kľúčové slová

Zdravotná starostlivosť - sociálnej starostlivosť – kvalita.

Úvod

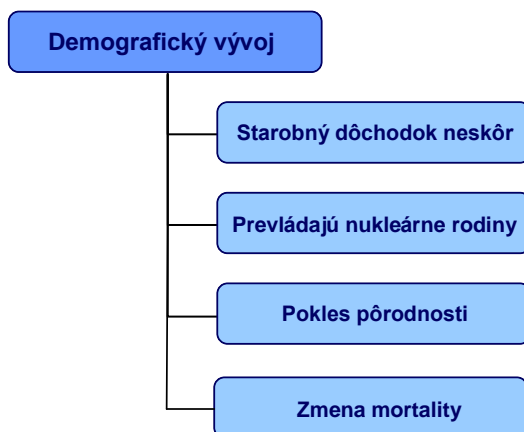
Zdravie býva obyčajne deklarované ako priorita v existencii človeka. Zdravie obyvateľstva možno považovať aj za výpovedný indikátor hodnotenia vyspelosti spoločnosti a zdravotníckeho systému. Štatistiky euroregiónu, ale i celosvetové komparačné štúdie poukazujú na nedostatky v zdravotnom či sociálnom systéme jednotlivých krajín. Plastický obraz v jednotlivých sledovaných ukazovateľoch poskytujú národné registre (Národný register MZ SR Hlásenie o prijatí do ústavnej starostlivosti, Národný register základných zdravotných údajov a iné). Kvalita zdravotnej a sociálnej starostlivosti je ponímaná ako cieľ, ku ktorému smerujeme, determinovaný je však mnohými premennými.

Determinanty kvality

Zdravotnícky systém v uplynulých rokoch prebieha intenzívnym transformačným procesom. Zvyšujúca sa medicínska, technická a ekonomická úroveň krajiny a rastúce spoločenské požiadavky na zvýšenie kvality poskytovaných služieb v rezorte zdravotníctva si vyžadujú rad koncepčných zmien a hľadanie efektívnych prvkov manažmentu. Obdobne, ako v euroregióne, aj Slovenská republika analyzuje historicky potvrdené významové premenná a hľadá aj „svoju“ cestu zvyšovania kvality poskytovania služieb. Špecifickou sférou v oblasti kvality zdravotníckych služieb sú nelekárske odbory, ktorých hybnou

silou pokroku nie je veda, technika, či ekonomika, ale zmena filozofie prístupu k zdravému / chorému jednotlivcovi, rodine, komunite, zvyšovanie erudovanosti a napĺňanie šírky rolového správania. Akákoľvek systémová zmena tak automaticky nezaručuje aj zvýšenie kvality zdravia či zvýšenie spokojnosť pacientov. Obdobné determinanty sú kľúčové aj pri ponímaní kvality sociálnych služieb. Dôležitým ukazovateľom hodnotenia kvality je spokojnosť prijímateľov služieb, koncepcia, dostupnosť a efektívnosť systému a schopnosť saturovať sociálne požiadavky vyplývajúce z demografického vývoja. Spoločensko-ekonomické zmeny v krajine spred dvoch desaťročí spôsobili kvantitatívne a kvalitatívne posuny v historicky stabilných demografických ukazovateľoch (schéma 1).

Schéma 1 **Charakteristiky demografického vývoja**



Plastickým obrazom súčasného Slovenska je preferencia spolužitia partnerov bez legalizácie vzťahu, klesajúca pôrodnosť, rastúci počet seniorov, ktorí jednak odchádzajú do starobného dôchodku vo vyššom veku a zaznamenávame u nich aj nárast polymorbidity. Uvedené demografické zmeny výrazným spôsobom determinujú spoločenské požiadavky na poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, ktoré sú legislatívne vymedzené právnymi predpismi:

- Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- Zákon 133/2010 ktorým sa mení a dopĺňa zákon 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych

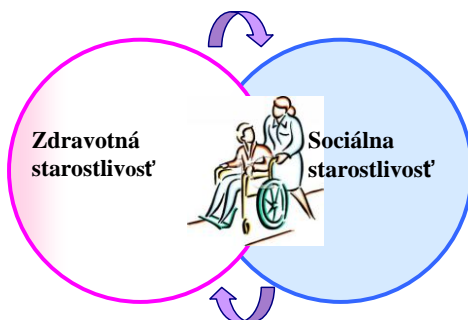
pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,

- Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 55/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Požiadavka na poskytovanie zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti sa v mnohých obsahových bodoch prelína a často nie je možné striktne vyčleniť zameranie služby ktorú klient potrebuje (schéma 2). Zdravotná starostlivosť je potrebná v záujme podpory a upevňovania zdravia a pri zmene stavu zdravia. Sociálna služba je žiaduca pri zmene sociálnej situácie. Určité formy zdravotnej starostlivosti a sociálnej služby sú nevyhnutné pri nepriaznivých a krízových situáciách (schéma 3). Sociálna služba (§ 2 zákona 448/2008 Z. z.) je odborná činnosť, obslužná činnosť a ďalšie, zameraná na:

- prevenciu, riešenie, alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,
- zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby,
- riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,
- prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

Schéma 2 Prienik zdravotnej a sociálnej starostlivosti



Kritéria nepriaznivej sociálnej situácie (zákon 448/2008 Z. z.) spĺňajú udalosti, kedy jednotlivec (ale i rodina) nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb:

- pre svoje životné návyky alebo pre spôsob života,
- pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,
- z dôvodu, že dovŕšila „dôchodkový vek“,
- pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím,
- pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo
- z dôvodu, že sa stala obeťou obchodovania s ľuďmi.

Krízová sociálna situácia (zákon 448/2008 Z. z.) je ohrozenie života alebo zdravia fyzickej osoby a rodiny, ktoré vyžaduje bezodkladné riešenie sociálnou službou (schéma 3). Nepriaznivá sociálna situácia nastáva veľmi rýchlo pri zmene zdravia či už u mladého človeka, matky s dieťaťom či seniora, po prepustení do domácej starostlivosti, ak v prirodzenom sociálnom prostredí nemá kto pomoc a podporu poskytnúť a vždy pri zhoršení sociálnej situácie.

Schéma 3 **Krízová sociálna situácia**



Trendom zdravotnej starostlivosti je posilnenie primárnej starostlivosti, znižovanie počtu dní hospitalizácie, rozmach pracovísk jednotňovej chirurgie, presun ošetrovateľskej starostlivosti do prirodzeného sociálneho prostredia. Otvára sa tak priestor pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom inštitucionálneho systému agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) (verejnú minimálnu sieť ADOS v SR upravuje Nariadenie

vlády SR č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Dnes MZ SR eviduje 121 agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú zaradené do siete zdravotníckych zariadení. (<http://www.mzsr.sk>).

Financovanie ošetrovateľských výkonov sa realizuje z verejných zdrojov povinného zdravotného poistenia (Zákon MZ SR č. 577/2004). Ošetrovateľské výkony v ADOS vykonáva sestra na základe legislatívnych predpisov (Katalóg zdravotných výkonov). Je založené na bodovom hodnotení jednotlivých výkonov. Neuhrádza sa komplexná starostlivosť, ale len jednotlivé výkony. Cena bodu je závislá od konkrétnej zdravotnej poisťovne. Opatrovateľské služby zdravotná poisťovňa nehradí, platí si ich príjemca opatrovateľskej starostlivosti, jeho rodina, prípadne sú financované zo zdrojov obce alebo mesta.

Úzky vzťah, závislosť a vzájomná podmienenosť zdravia jedinca a celej spoločnosti na kvalite života a naopak, kvalita ich života je ovplyvnená telesným, psychickým a sociálnym zdravím jedinca a celej spoločnosti. Na kvalitu života a zdravie má vplyv vzdelanosť, zamestnanosť, ekonomika, zdravé a bezpečné prostredie, úroveň zdravotnej starostlivosti, zdravotné uvedomenie, zdravý spôsob života (Musilová, 2009).

Kvalita poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti a sociálnej starostlivosti musí spĺňať kritéria aktuálnosti, účinnosti vzhľadom na zdravotný a sociálny stav klienta, musí byť pozitívne prijatá samotným pacientom, rodinou, komunitou, a byť adekvátne z hľadiska finančných zdrojov, vedeckého poznania či efektivity. Špecifické požiadavky sú kladené na poskytovanej ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti rómskej komunite (Repková, 2008).

Za kritéria kvality poskytovaných zdravotníckych a sociálnych služieb považujeme:

- Dostupnosť služby;
- Primeranosť v súlade s úrovňou poznania;
- Efektivita (úroveň, účinok, hospodárnosť);
- Spokojnosť;
- Bezpečnosť (eliminácia rizík).

Novou filozofiou sociálnych služieb je väčšia variabilita (možnosť poskytovať aj iné služby a kombinovať rôzne sociálne služby), aktivizácia klienta prostredníctvom individuálneho rozvojového plánu poskytovania sociálnych

služieb (sociálne služby ktoré sú prispôsobené požiadavkám a potrebám klienta), poskytovanie nových druhov sociálnych služieb a odborných činností, komunitné plánovanie a zvyšovanie kvality a odbornosti pri poskytovaní sociálnych služieb a akreditácia vzdelávacích programov (Mačkinová, 2009).

Záver

Služby zdravotníckeho a sociálneho systému sú kvalitné, ak je zabezpečená včasnosť poskytnutia služieb (bezprostredne keď je potrebná) a ich kontinuita. Miera kvality poskytovaných služieb je tak odrazom kultúry a morálky národa, rozvoja spoločnosti, právneho systému, ekonomického zázemia a spoločenskej požiadavky. Za kvalitnú starostlivosť považuje zdravotnú starostlivosť a sociálnu starostlivosť ktorá je súčinná v čase a rozsahu.

Slovenská zdravotnícka univerzita, fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií reflektuje na spoločenskú požiadavku v tejto oblasti a aktivovala študijný program Sociálna práca so zameraním na sociálno-zdravotnú starostlivosť o seniorov. Absolvent v sociálnych a zdravotníckych zariadeniach pre seniorov vykonáva:

- poradenstvo prvého kontaktu,
- sociálno-správne činnosti,
- formy sociálnej pomoci seniorom (krízová intervencia, terénna práca, resocializácia, vyjednávanie a zastupovanie klienta, pomoc občanom v hmotnej a sociálnej núdzi ...).

Literatúra

- [1] MAČKINOVÁ, M.: 2009. Zákon o sociálnych službách. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. 6, č. 1, s. 27-30.
- [2] MUSILOVÁ, E.: 2009. Kvalita života a zdravie. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. 6, č. 2, s. 88 – 89.
- [3] REPKOVÁ, A. 2008. Determinanty kvality života rómskeho etnika. In Pyšný, L. a kol: *Kvalita života II. Zborník*. Ústí na Labem: Ústí nad Labem : Pedagogická fakulta UJEP, 2008.

Nariadenie vlády SR č. 223/2005 ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004, ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.

Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Zákon 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 55/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Zákon 133/2010 ktorým sa mení a dopĺňa zákon 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Kontaktní údaje

doc. PhDr. Hana Padyšáková, PhD.

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbová 12, 833 03 Bratislava, Slovenská republika

e-mail: hana.padysakova@szu.sk

Meracie módy v HPLC-NMR

Miroslav Paľun, Daniela Hlaváčková

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá využitím kombinácie vysokoúčinnnej kvapalinovej chromatografie s nukleárnou magnetickou rezonanciou. V súčasnosti patrí používanie HPLC-NMR k najpoužívanejším technikám na meranie. Môžeme detegovať aj nestabilné komplexy a medzimolekulové interakcie. Vďaka svojej schopnosti, je často používaná pri zisťovaní štruktúr látok z biologických vzoriek, vzoriek zo životného prostredia, výskume liečiv a niektorých metabolitov.

Kľúčové slova

On-line mód, On-flow mód, Stop-flow mód, Off-line mód

Abstract

The paper deals with using a combination of high performance liquid chromatography with nuclear magnetic resonance. At present, include the use of HPLC-NMR the most widely used techniques for measuring. We can detect the unstable complexes and intermolecular interactions. With its ability, is often used in determining the structures of substances from biological samples, samples from the environment, research, drugs and some metabolites

Key words

On-line mode, on-flow mode, stop-flow mode, off-line mode

Úvod

Kombinácia vysokoúčinnnej kvapalinovej chromatografie (HPLC) s nukleárnou magnetickou rezonanciou (NMR) umožňuje látky nielen rozdeliť, ale aj identifikovať. Kombináciou HPLC-NMR môžeme taktiež skúmať aj priestorové usporiadanie jednotlivých molekúl látky a to aj v roztokoch. Keďže len samotné spojenie HPLC-NMR nie je dostatočné na identifikovanie látok, je možnosť voľby niekoľkých pracovných módov. To znamená, v akom režime bude usporiadanie pracovať.

On-line mód

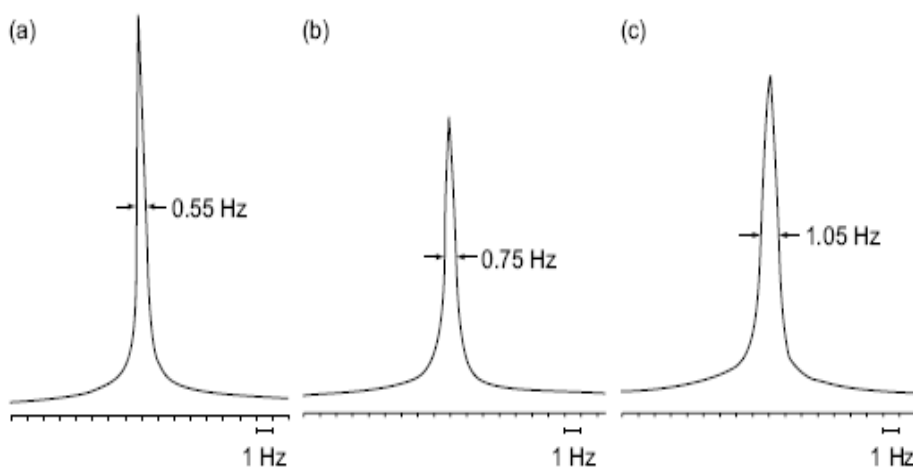
V tomto móde vzorka ostáva v NMR kyvete, zatiaľ čo v prietokovom móde len niekoľko sekúnd. Z toho vyplýva, že zdržný čas τ závisí od objemu detekčnej cely a od prietokovej rýchlosti :

$$\tau = \text{detekčný objem} / \text{prietoková rýchlosť.}$$

Kratší zdržný čas τ v NMR cievke má za následok kratšiu efektívnu dobu životnosti jednotlivých spinových stavov:

$$1/T_{n \text{ efekt.}} = \sum 1/T_i + 1/\tau$$

Vzhľadom k tomu, že citlivosť ^1H NMR spektra je závislé od pomeru rýchlosti prietoku a detekčného objemu, pri objeme 44 μl a rýchlosti 0,5 ml/min. je zdržný čas 5,28 s a rozlíšenie čiar 0,19 Hz. Ale pri prietoku 1,0 ml/min. je rozlíšenie čiar už 0,38 Hz. Túto teóriu potvrdzuje aj experiment s chloroformom, kde pri rôznych prietokoch sa mení šírka píku



Obrázok ^1H NMR spektrum chloroformu zaznamenaného prietokom
a) stopped-flow, b) 0,5 ml/min., c) 1,0 ml/min.

Na to, aby sa získala šírka čiar 0,2 Hz, je potrebný zdržný čas do 5 s. Tým sa minimalizujú efekty, ktoré rozširujú píky.

Pomocou on-line NMR detekcie Evangelos C. Tatrís spolu so spolupracovníkmi identifikovali základné látky obsiahnuté v gréckom ľubovníku bodkovanom (*Hypericum perforatum*). Prvým krokom bolo rozseparovanie výluhu pomocou

LC cez C18 kolónu. Ako mobilná fáza bola použitá zmes acetonitrilu a vody. Potom jednotlivé frakcie zakoncentrovali pomocou SPE kolóniek a následne boli prenesené do prietokovej NMR kyvety. Pomocou kombinácie techník LC/DAD/SPE/NMR a LC/UV/MS identifikovali naftodiantrans, floroglucinol, flavonoidy a fenolové kyseliny.

Pre zrýchlenú dereplikáciu surových extraktov z bodliaka (*Haplophyllum acutifolium*) použil on-line metódu aj Dan Staerk a jeho kolegovia. Pomocou rýchleho on-line módu a kombináciou techník HPLC-PDA-MS-SPE-NMR, sa im podarilo z extraktu identifikovať chinolinové alkaloidy. A to haplakutin A-F, akutin, haplamin, eudesmin a 2-nonylchinolin-4(1H)-1.

On-line módom bola vykonaná separácia z rastliny *Periploca forrestii* a následná identifikácia a srdcového glykosidu. Pomocou ^1H NMR spektra sa podarilo zistiť deväť glykosilových stôp.

On-flow mód

Pri tomto móde, všetky, už excitované jadrá postupne z prietokovej cely odchádzajú a privádzajú sa nové jadrá, ktoré sú plne magnetizované.

Keďže mobilná fáza spolu so vzorkou kontinuálne pretekajú cez meráciu kyvetu, zaznamenané NMR spektrum je 1D (jednorozmerné). Pomocou kontinuálne získavaného UV alebo hmotnostného spektra ako funkcie času k HPLC-DAD, GC-MS alebo HPLC-MS môžeme zobrazit' tzv. Pseudeo-dvojrozmerný chromatogram, kde chemický posun bude zobrazený na jednej osi a retenčný čas na druhej. A intenzita signálov bude zobrazená vo výsledných líniách.

Ak sa čas opakovania pulzov (PRT) bude rovnať zdržnému času τ v NMR prietokovej kyvete, dosiahneme teoretické maximum citlivosti:

$$\text{PRT} = (\text{AQ} + D_1)_{\text{OPTIMUM}} = \tau$$

AQ – suma získaného času

D_1 – relaxačné zdržanie.

Pomocou techniky on-flow, Kazuki Akira so svojimi spolupracovníkmi získali ^1H NMR spektrá nového metabolitu taurín, ktorý pozorovali u geneticky hypertenzných krys. Taurine je močový endogénny metabolit, ktorý je pri použití kombinácie LC-NMR zodpovedný za signály, ktoré boli nájdené ako významné príspevky pri rozdelení medzi genetickými krysami a normotenzívnymi kontrolnými krysami. Vo frakciách sa vyskytli aj nepridelené jednotlivé signály rôznych dvojrozmerných spektier a tie potom postupne merali

v stop-flow móde. Ten umožňoval dlhšie hromadenie vzorky, čo malo za následok zvýšenie pomeru signálu k pomeru šumu (S/N).

Ale týmto výskumom sa zistilo, že metabolit taurin, ktorý je charakteristický pre normotenzívne krysy, je veľmi zaujímavý, lebo štrukturálne je podobný s hypotenzívnym taurinom. A je neodkladne detegovaný v hypertenzívnych krysách, ktoré vylučovali viac taurinu ako normotenzívne krysy.

Stop-flow mód

V tomto móde sa po určitej definovanej dobe zastaví chromatografický priebeh a potom sa HPLC pík umiestni v NMR meracej cele.

Ak toto zastavenie trvá menej ako 2 hodiny, nie je po tejto dobe možné pozorovať žiadne rozširujúce sa píky pre nasledujúce HPLC píky. Nevýhodou tejto metódy je jej dĺžka, keďže jedno- a dvojrozmerné experimenty trvajú aj niekoľko hodín. Aby sa zabránilo dlhému časovému sklzu, jednotlivé časti sa prenášajú do slučiek bez toho, aby sa muselo zastaviť HPLC meranie. Vzorky sa zo slučiek vedú priamo do NMR meracej cely na analýzu a po celý čas ostanú v prietokovej kyvete. Objem tejto prietokovej kyvety je relatívne veľký (30 – 240 μ l).

Off-line mód

Off-line NMR spektroskopiou Serge Rezzi s kolegami frakcionovali biologické tekutiny na identifikáciu biomarkerov v metabolizme.

Použili na to automatizované spojenie SPE metódy v kombinácii RP/HPLC s NMR spektroskopiou. Vďaka tomu sa im podarilo identifikovať 72 metabolitov rôznych molekulových tried v ľudskom moči.

Kombinácie jednotlivých módov

Pre lepšiu separáciu a identifikáciu jednotlivých látok je niekedy potrebné použiť kombináciu jednotlivých módov. To je stále viac žiadané pri výskumoch v biomedicíne, pri liekových metabolitoch a prírodných analytických produktoch.

M. Krucker s kolegami využili spojenie niektorých týchto procesov pri výskume objasnenia štruktúry isoflavonoidov v kvete *Radix astragali*. Kapilárnu kvapalinovú chromatografiu doplnili on-line mikrocoilovou ^1H NMR spektroskopiou (capLC-NMR). Následne vykonali screening extraktu pomocou HPLC-UV-MS techník a predbežne identifikovali MS iónovým trapom. Potom

pomocou stopped-flow capLC-UV-NMR nastrekli extrakt do chromatografickej kolóny. Off-line MS a NMR spektroskopiou určili štruktúru a pre on-line boli použité techniky HPLC/DAD, HPLC/MS a HPLC/NMR.

A. Mazumed so svojimi spolupracovníkmi pomocou HPLC/UV spojenou s SPE a on-line NMR spektroskopiou (HPLC/UV/SPE/NMR) analyzoval produkty pre ničenie bojových látok a yperitu. Vybranými analytmi boli: N,N-dimetylaminoetanol (DMAE), N,N-dietylaminoetanol (DEAE), N,N-diisopropylaminoetanol (DIAE) a trietanolamin (TEA). Po off-line SPE extrakcií bola urobená derivatizácia, ktorou sa odstránili interferencie a bolo možné vykonať UV detekciu po chromatografickej separácii. Jednotlivé frakcie sa zachytili v SPE kolónach, z ktorých boli následne vymývané a získali ^1H NMR spektrá.

Potlačenie signálu rozpúšťadla

Pre dosiahnutie zmenšenia NMR vstupného signálu, ktorým sledujeme malé analytické signály v prítomnosti väčších signálov v mobilnej fáze, je potrebné potlačiť signál rozpúšťadla.

To je možné dosiahnuť pomocou troch techník:

- presýtením (NOESY presýtenie),
- jemným pulzom viacnásobného ožiarenia,
- WET presýtením.

Presýtenie (NOESY presýtenie)

Základným princípom danej metódy je, že niektoré jadrá nie sú schopné sa uvoľniť a tým neprispievajú k indukcii po ožiarení pulzom. To je spôsobené tým, že ich množstvo je rovnaké v základnom aj excitovanom stave. Keďže pred samotným získavaním dát, vysoko selektívny pulz vyžaruje žiadaný signál pre 0,5 až 2 s, tak to vedie k nasýteniu rozpúšťadla. Počas získavania dát, by sa nemali objaviť žiadne ožarovania.

NOESY presýtenie je typ presýtenia pre efektívny pulzný sled nasýtenia. Tento pulzný sled pozostáva z troch 90° pulzov :

$$\text{RD} - 90^\circ - t_1 - 90^\circ - t_m - 90^\circ - \text{FID}$$

kde RD je relaxačné oneskorenie a t_1 a t_m sú časy presýtenia.

Jemný pulz viacnásobného ožiarenia

Princípom tejto metódy je presýtenie spravené použitím presne tvarovaných pulzov, ktoré majú širší tvar excitácie. Preto je vhodnejšia pre potlačenie multiplexov. Ďalšie jej výhody sú pri jednoduchšej realizovateľnosti vo väčšine NMR experimentov a možnosti viacnásobného presýtenia. Toto presýtenie je ale nevýhodou pri prenose, lebo môže spôsobiť pomalšiu výmenu iónov, ktoré by normálne boli detegované bez nasýtenia. A aj rotácia s ozvenou blízko frekvencie rozpúšťadla bude nasýtená a teda budú chýbať 2D križené píky.

WET presýtenie

Tu sa používajú štyri selektívne pulzy rozpúšťadla rôznych dĺžok. Po každom selektívnom rf pulze nasleduje odľazované gradientové pulzné pole. Na optimalizáciu WET sekvencie, je potrebné zmeniť uhol vrcholu selektívneho rf pulzu. To nám umožní rýchle a vysoké účinné nasýtenie pri použití niekoľkonásobnej frekvencii rozpúšťadla. Môžeme kombinovať s ^{13}C potláčaním väzieb na odstránenie ^{13}C satelitov rozpúšťadla.

Záver

Postupom času, sa NOESY postup ukázal ako účinný na redukciu signálu ako napr. metylovej skupiny acetonitrilu. Keďže mobilná fáza má často zloženie viacerých rozpúšťadiel, má až do šesť signálov. Teda množstvo, ktoré sme schopní sledovať. Preto je vhodné použitie dvoch techník, NOESY presýtenie a jemného pulzu viacnásobného ožiarenia. Ich použitie vedie k redukcii sily signálu 1000:1. Kým predchádzajúci signál rozpúšťadla je zodpovedný za zakrivenie základnej čiary NMR spektra, ^{13}C satelity (intenzita signálu rozpúšťadla je 0,55%) sú teraz najintenzívnejšie signály ^1H NMR spektra. To znamená, že prispievajú k HPLC - ^1H NMR spektrám.

Spolu s WET pulzovou sekvenciou, môžu byť tieto ^{13}C satelity eliminované kombináciou ^{13}C potlačením väzby pomocou pulzného gradientu.

V stopped-flow alebo continuous-flow móde môžu byť použité všetky tri techniky, ale presýtenie pracuje najlepšie v stopped-flow, kým WET sekvencia v continuous-flow. Ale aj tak majú jednu veľkú nevýhodu, ktorá spočíva v tom, že tá zmes signálov, ktorá leží pod signálom rozpúšťadla je taktiež potláčaná. Keďže týmto môžeme prísť o hodnotné informácie, je viacnásobné potlačenie rozpúšťadla vhodné len pre obmedzený rozsah. Preto je pre nás „bezpečnejšie“ použiť len dve protonizované rozpúšťadlá v HPLC separácii (napr. voda

a acetonitril). A ak chceme získať aj pólóvú stabilizáciu kmitočtu kryomagnetu, ešte vhodnejšia je deuterovaná voda (D₂O).

Literatúra

- [1] Levsen K., Preiss A; Application of HPLC-NMR and HPLC-MS to complex enviromental samples; Trend in anal. chemistry; vol.19; 2000; 27
- [2] Albert K.; On-line LC-NMR and related techniques; Wiley; 2002
- [3] Evangelos C. Tatrís, Boeren S.; Identification of the major constituents of Hypericum perforatum by LC/SPE/NMR and/or LC/MS; Phytochemistry, Vol. 68; 2007; 383-393
- [4] Akira K.; LC-NMR identification of a novel taurine-related metabolite observed in ¹H NMR-based metabonomics of genetically hypertensive rats; Journ. of Pharm. and Biomed. Analysis; Vol. 51; 2010; 1091-1096
- [5] Rezzi S., Vera F.A.; Automated SPE/RP/HPLC fractionation of biofluids combined to off-line NMR spectroscopy for biomarker identification in metabonomics; Journ. of Chrom. B; Vol. 871; 2008; 271-278
- [6] Krucker M., Albert K.; Capillary LC-microcoil ¹H NMR spectroscopy a LC-ion trap MS spectrometry for on-line structure elucidation of isoflavones in Radix astragali; Journ. of Chrom. A; Vol 1067; 2005; 135-143
- [7] Mazumder A.; Application of HPLC coupled to on-line SPE-NMR spectroscopy; Jour. of Chrom. A; Vol. 1217; 2010; 2887-2894

Kontaktné údaje

Dr. Ing. Miroslav PAL'UN, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva asociálnej práce

Partizánske

e-mail: mpalun@gmail.com

Filozofia harm reduction v práci s injekčnými užívateľmi drog

Ľuba Pavelová

Abstrakt

Rizikové správanie klientov terénnej sociálnej práce je posudzované rôzne. Ak ide o závislých od návykových látok, je jasné, že môžu svojím správaním spôsobiť vážne problémy a škody, ohroziť seba i spoločnosť. Filozofia harm reduction je jednou z mnohých spôsobov práce so závislými, ktorá vhodne dopĺňa iné metódy práce s touto cieľovou skupinou. Vzhľadom k rozporupnosti informácií o tomto programe prinášame jeho základné teoretické východiská.

Kľúčové slová

Filozofia Harm reduction. Klient. Rizikové správanie. Znižovanie škôd.

Úvod

Téma rizikového správanie sa klientov terénnej sociálnej práce je v súčasnosti mimoriadne aktuálna. Zaoberajú sa ňou u nás najmä mimovládne organizácie, čo ale neznamená, že to tak má aj ostať. História a vývoj princípu znižovania škôd, ktoré rizikové správanie klientov sociálnej práce spôsobuje, trvá len niekoľko desaťročí. Motiváciou krajín, v ktorých sa tento princíp - Harm reduction - rozvinul, bola najmä ochrana majoritnej populácie, teda nie len injekčných užívateľov drog. Aj v našich podmienkach prebiehajú rôzne diskusie nielen v laickej, ale i odbornej verejnosti.

Jednou z najznámejších organizácií, ktorá sa tejto problematike venuje, je IHRDP (International Harm Reduction Development Program). Je to medzinárodný program siete Sorosových nadácií a ich programov verejného zdravia a Lindesmith Center, ktoré spolupracuje s odborníkmi a politickými činiteľmi s cieľom zlepšiť prístup k prevencii HIV, sociálnym zariadeniam a k riešeniu drogovej závislosti a užívania drog (1). Účelom programu je dosiahnuť zníženie zdravotného a spoločenského rizika spojeného s nelegálnym užívaním drog, hlavne prenosu infekcie HIV (6).

Filozofia harm reduction

Čo tieto dve slová znamenajú? Harm reduction predstavuje súbor aktivít smerujúcich k znižovaniu škôd. Konkrétne sa tento termín spája s oblasťou drogových závislostí (ale nielen s ňou), kde harm reduction znamená znižovanie škôd spôsobených užívaním drog a prostitúcie a rizík s nimi súvisiacimi. Je to minimalizácia alebo redukcia škodlivých účinkov pri užívaní drog. Stratégiou harm reduction je pomocou stanovených cieľov zmierniť škodlivé následky užívania drog pre všetkých užívateľov - od experimentátorov až po závislých.

V krajinách, kde bola harm reduction politika zavedená včas, sa podarilo čiastočne spomaliť šíreniu vírusu HIV/AIDS. Sú to najmä štáty západnej Európy a USA. Naopak zarážajúca je situácia začínajúcej sa epidémie HIV v krajinách strednej a východnej Európy a bývalého Sovietskeho zväzu. Svetová zdravotnícka organizácia dôrazne podporuje rozvoj programov výmeny ihliel a striekačiek aj v dokumente Základné princípy efektívnej prevencie vírusu HIV medzi injekčnými užívateľmi drog (1).

"Harm reduction" je realistický prístup k užívaniu drog, deklarujúci, že spoločnosť bez nich je nereálny cieľ. Pojmom „harm reduction" sa v zásade označujú programy, ktorých cieľom nie je prevencia samotného užívania drog, ale znižovanie a predchádzanie škodám spojených s ich užívaním. Prístup „harm reduction" je obzvlášť dôležitý a potrebný pre prácu v komunite, kde sa nepredpokladá výrazné zlepšenie podmienok v krátkom časovom horizonte. Častokrát sú takéto komunity marginalizované, obyčajne bez prístupu k službám, z vysokým predpokladom užívania/zneužívania či už legálnych alebo nelegálnych návykových látok. Súčasťou „harm reduction" sú programy ako napr. výmeny ihliel, striekačiek a iného zdravotného materiálu, metadónové udržiavacie programy, ale aj náuky o drogách postavené na reálnych základoch. Je potrebné zdôrazniť, že v súlade s filozofiou „harm reduction" treba s ich zavádzaním začať ešte pred vznikom kritickej situácie – epidémie (napríklad rizikového injekčného užívania nelegálnych drog, ktoré je spojené aj s epidémiou krvou prenosných ochorení(9)

Podľa Národného inštitútu pre zneužívanie drog (NIDA, 1996) je harm reduction modelom, skupinou stratégií, vytvorených na redukovanie deštruktívneho správania spojeného s užívaním drog a príbuznými sociálnymi problémami (2).

Svetové zdravotnícke organizácie WHO, UNAIDS, Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (UNODC), UNESCO a UNICEF tiež vyjadrili jednoznačnú podporu

harm reduction programom. Medzinárodná kontrola drog spadá pod tri základné Dohovory OSN, ktoré sa zaviazalo dodržiavať viac ako 180 krajín sveta. Sú to:

1. Jednotný dohovor o omamných látkach z roku 1961
2. Dohovor o Psychotropných látkach z roku 1971
3. Dohovor proti nedovolenému obchodovaniu s omamnými a psychotropnými látkami z roku 1988.

Pre legitimitu harm reduction programov má však najväčší význam právne stanovisko Rady OSN pre drogy a kriminalitu z roku 2002, ktoré hovorí že „Programy na výmenu ihiel, substitučná liečba opioidov a injekčné miestnosti pre bezpečnejšie užívanie drog nie sú v rozpore s podmienkami troch medzinárodných dohôd spomínaných vyššie.“

Hoci podľa dohôd o kontrole drog programy harm reduction nie sú zakázané; je napĺňanie základných ľudských práv, ich rešpektovanie a ochrana pre užívateľov drog kritické. Napríklad v Kanade je distribúcia základného zdravotníckeho materiálu slúžiaceho na zníženie rizík spojených s injekčným užívaním drog, v rámci výmenných programov považované za ilegálnu. V Rusku sú substitučné metadonové a buprenorfínové programy zakázané. Tlak Spojených štátov na Úrad OSN pre drogy a kriminalitu (ďalej len UNODC) voči podpore programov výmeny ihiel a striekačiek a iných aktivít na znižovanie následkov užívania drog vyvrcholil na 48. zasadnutí Komisie pre narkotické drogy (CND) vo Viedni v roku 2005(8).

Tvrdenia o legálnosti harm reduction programov sú v svetle dohôd o kontrole drog stále nedostačujúce na to, aby vedeli zabezpečiť prístup k týmto nevyhnutným servisom. Existujúce harm reduction programy pôsobia v širokej rôznorodosti kultúrnych, náboženských a politických kontextov. V súčasnosti je na svete 82 krajín , ktoré podporujú harm reduction prístup, či už explicitne v národných dokumentoch (71) a/alebo v implementácii a/alebo tolerancii harm reduction intervencií napr. Programy výmeny ihiel (77), alebo ako substitučnú opiátovú liečbu (63). Tiež Okruhlica (4) vymedzuje princíp harm reduction ako starostlivosť o užívateľov návykových látok, ktorá je zameraná na predchádzanie a zmiernenie možných komplikácií a porúch najmä telesného zdravia, ktoré môžu vzniknúť ako dôsledok požitia psychoaktívnej látky.

Prikláňame sa k názoru Springera (In: 2), že základom harm reduction je filozofia, ktorá poskytuje rovnaké práva na život, slobodu, ekonomickú stabilitu a zdravotnú starostlivosť tak o užívateľov drog ako aj neužívateľov drog a dopĺňame, že v tomto zmysle ide aj o princíp ochrany neužívateľov.

Aj podľa Ondrejковиča (5) je stratégia Harm reduction vhodná :

- v špecifických podmienkach rozšírenej konzumácie drog,
- v určitých sociálnych vrstvách, v ktorých sa stalo užívanie drog habituálnym zvykom alebo existenčnou podmienkou,
- v prípade ťažko zvládnuteľnej epidémie, resp. pandémie.

Hovorí tiež o tom, že aplikácia stratégie harm reduction súčasne musí byť podmienená:

- vysokou mierou profesijnej (zdravotníckej i sociálnej, osobitne komunikačnej) ako aj etickej pripravenosti,
- ochotou vzdať sa na isté časové obdobie štandardného spôsobu života, rozvojom terénnej sociálnej práce, osobitne streetworku,
- imunizáciou, prípadne očkovaním.

Harm reduction prístup reaguje na fakt, že absolútna a okamžitá eliminácia injekčného užívania drog nie je realisticky dosiahnuteľná. Harm reduction v praxi zahŕňa:

- streetwork (terénna sociálna práca),
- mobilnú terénnu prácu,
- výmenu ihiel a striekačiek (IS),
- očkovanie proti HVA, HVB,
- pohotovostnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť,
- sociálnu asistenciu,
- nízkoprahové zariadenia alebo K-centrá,
- substitúciu metadonom, heroínom (lekárska preskripcia heroínu) a inými substitučnými látkami,
- injekčné miestnosti.

V niektorých krajinách v zahraničí sa k týmto formám pridružujú harm reduction služby pre užívateľov tanečných drog (napr. testovanie extázy), tréningy prevencie predávkovania, sterilné pomôcky na šnupanie omamných látok a tiež tzv. záchytky.

Fungovanie princípov harm reduction zabezpečujú v súčasnosti na Slovensku mimovládne organizácie a niekoľko štátnych zdravotníckych zariadení. Ich

dostupnosť sa líši v splnení podmienok kladených klientom. Na vykonávanie prevencie výmenou ihiel a striekačiek sú oprávnené nielen zdravotnícke inštitúcie, ale aj neštátne organizácie. Medzi štandardné služby harm reduction v Českej republike patrí výmenný program, poradenstvo (aj v rekreačnom prostredí festivalov) a poskytovanie informácií, potravinový, hygienický a zdravotnícky servis a substitučná liečba(6).

Najzávažnejším rizikom, spojeným s užívaním drog je predávkovanie, ktorého prevenciou je hlavne kontakt a odovzdávanie informácií klientom, "vzdelávanie" o postupe pri predávkovaní a iných problémoch. Ďalším veľkým rizikom je šírenie víru HIV a pohlavne prenosných chorôb používaním nesterilných striekačiek a ihiel a nechránený pohlavný styk. Spolu s ostatnými autormi predpokladáme, že hlavnou príčinou rýchleho šírenia epidémie HIV v mnohých rozvojových krajinách je prenos HIV prostredníctvom kontaminovaných, teda infikovaných injekčných materiálov spoločne používaných viacerými osobami a to niekoľkokrát za sebou. Po rozšírení epidémie HIV medzi injekčnými užívateľmi drog sa vírus rýchlo šíri do iných vrstiev komunity.

Neoddeliteľnou súčasťou práce s klientom v teréne je sociálne poradenstvo. Poradenstvo je podľa Matouška (4) štruktúrovaný proces, zakotvený v dohode dvoch strán, ktorý dáva klientovi príležitosť preskúmať svoje prednosti a nájsť stratégie ku zlepšeniu kvality svojho života. Poradenstvo teda nemôže fungovať bez kontaktu s klientom. A kontakt v prirodzenom prostredí je efektívnejší, a hlavne dochádza k nemu vtedy, keď by klient v žiadnom prípade inštitúciu nenavštívil, hlavne ak nie je závislý. Kontakt v rekreačnom prostredí má svoje prednosti práve pre množstvo ľudí, ktorí festivaly navštevujú a je súčasťou práce s injekčnými užívateľmi drog a ľuďmi pracujúcimi v sex biznise.

Ak uvažujeme v intenciách Millerovej(In:7) terapeuticky navodenej zmeny, tiež nachádzame na začiatku tejto zmeny v štádiu prekontemplácie terénneho sociálneho pracovníka a jeho komunikačné zručnosti. V rámci terapeutického procesu sú definované tieto fázy terapeuticky navodenej zmeny :

Prekontemplácia → (vstup do cyklu) → kontemplácia (spätná väzba, didaktika) → rozhodovanie (zvažovanie alternatív, voľba spôsobu zmeny) → akcia (zmena správania, protipodmieňovanie, zmena podnetového poľa) → udržiavanie (prehodnotenie odmien a trestov, zmena životnej situácia a spôsobu života). V rozličných fázach zmeny sa odohrávajú typické procesy: uvedomovanie si problému, katarzia, voľba, úprava podmienených podnetov a kontingentná kontrola. Prvé tri verbálne procesy sa odohrávajú v úvodných fázach zmeny, dva neverbálne skôr súvisia s akciou a udržovaním, s už

explicitnou zmenou v správaní. Dôležité je, aby vplyv terapeuta bol v súlade s tou fázou zmeny, v ktorej sa pacient práve nachádza (napr. u osoby zvažujúcej v prekontemplatívnej fáze rizikovo svoje správanie je zbytočné pôsobiť naliehaním k akcii, či vyžadovať rozhodnutie o celi liečby). Preto je dôležité udržiavanie klienta v kontakte aj prostredníctvom výmeny injekčných striekačiek. Miller tiež (In: 7) nemotivovanosť k liečbe vysvetľuje ako chybnú komunikáciu terapeuta. Ide totiž o voľbu s dôsledkami na celý život, so zmenou sebahodnotenia, čo si pacient uvedomuje a pred príchodom na liečbu zvažuje alternatívy.

Záver

Toto sú základné informácie o programe, ktorý má samozrejme svojich podporovateľov i odporcov, aj v radoch odbornej verejnosti. Vyplýva to z toho, že nemá u nás ešte takú tradíciu, ktorá by bola považovaná za samozrejmu a niekedy je chápaný ako kontraproduktívny. Odporcovia tejto filozofie predpokladajú jej neefektívnosť a protestujú proti takto chápanej práci so závislými. Nech sú názory odbornej i laickej verejnosti akékoľvek, nemôžeme jej uprieť nové filozofické východiská, nové pohľady na riešenie závislostí.

Zástancovia prístupu harm reduction sa domnievajú, že užívanie drog je pretrvávajúcou črtou ľudských spoločností. A hoci si ľudia želajú svet bez drog, ich želanie nie je reálne. Zameranie sa výlučne na dosiahnutie tohto cieľa môže stať v ceste praktickým, dosiahnuteľným opatreniam na zníženie škôd (napr. chorôb a predčasných úmrtí), ktoré sú sprievodným javom užívania drog.

V tomto kontexte by sme ho teda nemali zatracovať, ani glorifikovať, ale určiť mu miesto, ktoré mu na drogovej scéne patrí, pokúsiť sa spolu o náhľad, nadčasovosť a pragmatizmus. Som presvedčená, že prístup harm reduction má svoje miesto v práci z injekčnými užívateľmi drog ako jeden zo spôsobov práce so závislými. Mal by mať rovnaké postavenie ako primárna prevencia, liečba, resocializácia, či represia. Riešenie závislostí vyžaduje komplexné programy, ktoré musia byť navzájom vyvážené a navzájom sa dopĺňujúce, čo predpokladá záujem všetkých zúčastnených strán.

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu:

VEGA č. 1/0221/11 pod názvom: Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky a GRUNDTVIG – Učiace sa partnerstvá – Central European Grundtvig Partnership for Life-long Education in Health and Social Care, 9410 0439.

Literatúra:

- [1] BURROVS, D. 2002. *Ako začať program výmeny ihliel a striekačiek? Príručka pre krajiny strednej a východnej Európy a štáty bývalého Sovietskeho zväzu*. Bratislava : Eterna Press, 2002, 123 s. ISBN 80-968359-3-9
- [2] JIREŠOVÁ, K. - JAVORKOVÁ, S. 2003. *Harm reduction v problematike injekčného užívania drog*. Bratislava : OZ Odysseus, 2003, 113 s. ISBN 80-968576-6-5
- [3] MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003, 3.prepr. vyd. 159 s. ISBN 80-88-738-16-4
- [4] OKRUHLICA, Ľ. et al. 1998. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava : Inštitút drogových závislostí, 1998, 276 s. 80-968111-1-8
- [5] ONDREJKOVIČ, P. 2002. *Drogy v súčasnosti – zmenilo sa niečo?* In: Drogy - spoločenský problém (10. časť). Bratislava : NOC, 2002, 43 s.
- [6] PÁLENÍKOVÁ, M. 2004. *Špecifiká terénnej sociálnej práce s injekčnými užívateľmi drog*. Nitra : Katedra sociálnej práce FSVaZ UKF, 2004, 86 s. Diplomová práca.
- [7] ROTGERS, F. a kol. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- [8] SLOVÁČIKOVÁ, D. 2005. *Informovanosť verejnosti o terénnej práci s injekčnými užívateľmi drog*. Nitra: Katedra sociálnej práce a sociálnych vied FSVaZ UKF, 2005, 98 s. Diplomová práca.
- [9] www.osf.sk

Harm reduction philosophy in work with injecting drug users

Abstract

Risky behavior of clients of terrain social work is being judged variously. If we are talking about drug addicted people, it is clear that they can cause serious problems and harm, endanger themselves and even society. Harm reduction

philosophy is one of procedures in work with addicted people, which can appropriately complement another procedures. Considering inconsistency of information about the program this paper brings theoretical basis.

Key words

Harm reduction philosophy. Client. Risky behavior. Reduction of harm.

Kontaktní údaje

doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD.

UKF, FSVaZ, KSPaSV

Kraskova 1

949 74 Nitra

lpavelova@ukf.sk

Európske odporúčania pre prevenciu bolesti chrbta v lumbosakrálnej oblasti

Nikoleta Poliaková, Eva Červeňanová

Abstract

The paper presents an overview of recommendations for the prevention of low back pain based on the criteria of evidence based medicine. The recommendations were compiled on a systematic evaluation of results of scientific studies. Scientific studies have analyzed the COST B13 Working Group consisting of experts from 9 countries. According to the reliability of the results recommendations were divided into 4 groups A - D, on the basis of the strength and credibility of evidence, which they are based. Certainty is a Recommendation on guidelines for user indication to what extent can rely on the recommendation. Recommendations marked with the letter A can be regarded as most trustworthy and recommendations identified by the letter D are subject to only the lack of evidence. Recommendations for the prevention of back pain were developed for three groups of target population - the population in general, for working people and for school-age children. Recommendations are common for primary and secondary prevention.

Key words

Back pain, risk factors, evidence based medicine, advice, prevention

Úvod

Vertebrogénny algický syndróm v lumbosakrálnej oblasti je charakteristický bolesťou, nepohodou, patologickým držaním tela a poruchou pohybovej aktivity. Za akútnu bolesť chrbta je zvyčajne považovaná bolesť trvajúca 6 týždňov, subakútna bolesť trvá 6 – 12 týždňov a chronická bolesť pretrváva 12 týždňov a viac (De Vet et al., 2002). Bolesť chrbta patria medzi mimoriadne časté symptómy, ktoré spôsobujú pracovnú neschopnosť, invaliditu a tým sa zvyšuje celkové ekonomické zaťaženie celej spoločnosti. Miera prevalencie sa zvyšuje starnutím, rastie od detstva do dospelosti a vrcholí medzi 35 – 55 rokom života (Andersson, 1997). Keďže vertebrogénny algický syndróm sa vyskytuje najmä u ľudí v produktívnom veku do 45 roku života, patrí medzi najčastejšie príčiny obmedzenia pracovnej aktivity. S dĺžkou práceneschopnosti klesá

pravdepodobnosť návratu do pracovného procesu. Zároveň sú vertebrogénne ochorenia piatou až šiestou najčastejšou príčinou hospitalizácie. Ťažkosti s chrbticou má v priebehu života 60-90% populácie (Dvorák, 2001). I pri úplnom ústupe príznakov býva vysoký počet recidív. Je dôležité vnímať bolesti chrbta ako problém všetkých vekových kategórií a všetkých sektorov spoločnosti (Watson et al, 2002).

Patogenéza a etiológia

Patogenéza vertebrogénnych ochorení je rôznorodá podľa faktorov, ktoré ju môžu spôsobiť. Sú to degeneratívne zmeny na chrbtici (tiel stavcov, kosteného aparátu chrbtice), funkčné poruchy chrbtice, postihnutie stavcov procesom neoplastickej, metabolickej a zápalovej genézy. Zmeny sú podmienené prirodzeným starnutím organizmu na stavcoch najmä pri nerovnomernom zaťažovaní chrbtice. V literatúre sa nachádzajú zmienky o operáciách hernií diskov už u 9 – 10 ročných detí (Dvorák, 2001). Medzi ďalšie príčiny bolesti chrbta patria traumatické udalosti, niektoré metabolické poruchy ako je napr. DNA a diabetes mellitus, neoplastické a zápalové ochorenia a genetická predispozícia (Dvorák, 2001). **Problematika rizikových faktorov je veľmi dôležitá pre koncepciu prevencie.** Najsilnejším rizikovým faktorom novej epizódy bolesti chrbta je predchádzajúca história (Hestbaek et al, 2003). V etiológii vertebrogénnych ochorení pôsobia pracovné i mimopracovné faktory (Čierna, Bátora, 2006). Medzi základné rizikové pracovné faktory patria fyzické faktory práce ako napr. ťažká fyzická práca, dvíhanie a nosenie bremien, práca vo vynútenej polohe (ohýbanie, otáčanie, statický postoj...), celotelové vibrácie (vedenie nákladných motorových vozidiel...) a faktory organizácie práce ako napr. nedostatočná organizácia práce, nedostatočné vymedzenie pracovnej náplne. Z mimopracovných faktorov (práce v domácnosti, v záhrade...) je najdôležitejším faktorom konkurujúcim pracovným faktorom chybné zaťažovanie lumbálnej chrbtice pri bežnej dennej činnosti (Čierna, Bátora, 2006). Významnú úlohu v etiológii a patogenéze tzv. funkčných zmien majú psychosociálne faktory ako napr. malá sociálna podpora a nedostatočné uspokojenie z práce. Medzi psychologické rizikové faktory tiež patrí stres, úzkosť a depresia. Dlhodobé negatívne psychické ladenie sa podpíše pod nesprávne pohybové návyky, preťažovanie niektorých svalových skupín a fascií, čo v konečnom dôsledku provokuje bolesti hlavy, šije, pliec a lumbálnej oblasti chrbta (Gúth, 1999). Bolesť opätovne spôsobí zvýšenie napätia svalstva v okolí chrbtice, čím sa vytvorí bludný kruh bolesti. Čím dlhšie bolesť trvá, tým viac rastie psychické napätie (úzkosť, pocity depresie, beznádeje, bezmocnosti), ktoré zvýrazní aj

svalové napätie a uzavretý kruh pokračuje ďalej (Gúth, 1999). U postihnutého človeka sa zvyšuje neurovegetatívne labilita, podráždenosť, stupňujú sa obavy (Slezáková, 2006). Riziko dlhodobej pracovnej neschopnosti je ovplyvnené komplexom sociálnych faktorov (Waddel et al, 2003).

Návrh preventívnych opatrení na základe kritérií medicíny založenej na dôkazoch

Účinné opatrenia na zabránenie degenerácie platničky neexistujú. Degenerácia existuje u každého človeka a rôzne vnútorné alebo vonkajšie faktory ovplyvňujú jej priebeh (Dvorák, 2001). Primárna prevencia vychádza z predpokladu, že nadmerná ale aj nedostatočná fyzická záťaž urýchľuje degeneratívny proces. Sekundárna prevencia má zabrániť progresii už klinicky sa prejavujúceho ochorenia a mala by spočívať v ešte dôslednejšom dodržiavaní zásad primárnej prevencie, v minimalizácii preťažovania chrbtice úpravou pracovného a životného režimu, úpravou telesnej hmotnosti a vhodnou telesnou aktivitou.

Pracovná skupina COST B13 pozostávajúca z odborníkov z radov neurológie, ortopedie reumatológie, fyzioterapie, epidemiológie, chirurgie, psychológie a všeobecného lekárstva z 9 krajín vytvorila v novembri 2004 na základe medicíny založenej na dôkazoch európske smernice pre prevenciu bolestí dolnej časti chrbta. Odporúčania vyplývajú zo systematického hodnotenia výsledkov vedeckých štúdií. Podľa spoľahlivosti výsledkov boli odporúčania rozdelené do 4 skupín A – D, a to na základe sily a dôveryhodnosti dôkazov, z ktorých sa vychádzalo. Istota odporúčania je pre užívateľa smerníc ukazovateľom, do akej miery sa môže na odporúčanie spoľahnúť. Odporúčania označené písmenom A možno považovať za najdôveryhodnejšie a odporúčania označené písmenom D sú podmienené iba nedostatočnými dôkazmi.

Odporúčania zamerané na prevenciu bolestí chrbta boli vypracované pre tri skupiny cieľovej populácie - pre populáciu všeobecne, pre pracujúcich ľudí a pre deti.

Odporúčania pre všeobecnú populáciu:

- Pre prevenciu práceneschopnosti, vzniku a pretrvávania problémov v súvislosti s bolesťou chrbta sa odporúča telesné cvičenie (úroveň A). Neexistuje však dostatok dôkazov v súlade s odporúčaniami konkrétneho typu a intenzity cvičenia (úroveň C).

- Poskytovanie informácií a vzdelávanie v oblasti Školy chrbta zamerané biomedicínsky možno považovať za neúčinné a nedostatočné (úroveň A). Špeciálny program zahŕňajúci cvičenie a nácvik konkrétnych zručností je významný najmä pre ľudí s recidivujúcimi bolesťami chrbta (úroveň B).
- Preventívne používanie bedrových podporných pásov alebo korzetov sa neodporúča (úroveň A).
- Neexistuje žiaden silný dôkaz pre odporúčanie používania konkrétneho typu stoličky, kresla alebo matracu v rámci prevencie bolestí chrbta (úroveň C). Na pretrvávajúce bolesti chrbta pozitívnejšie pôsobia stredne tvrdé matrace ako tvrdé matrace (úroveň C).
- Neexistujú dostatočne silné dôkazy pre odporúčanie manipulačnej liečby bolestí chrbtice (úroveň D).
- V súvislosti s prevenciou bolestí chrbta nie je odporúčané vkladanie vložiek do topánok (úroveň A).

Odporúčania pre pracujúcich:

- Telesné cvičenie sa odporúča v rámci primárnej aj sekundárnej prevencie bolestí chrbta (úroveň A). Na prevenciu recidívy práceneschopnosti z dôvodu bolesti chrbta neexistuje žiaden konkrétny typ alebo intenzita cvičenia (úroveň C).
- Škola chrbta zameraná iba na poskytnutie základných biomedicínskych informácií, rád a inštrukcií je v rámci prevencie bolestí chrbta nedostatočná (úroveň A). Edukácia, ktorá zohľadňuje osobitosti psychologického prístupu, podporu, rozvoj motivácie môže znamenať pozitívny vplyv na spoluprácu (úroveň C).
- Nosenie bedrových pásov sa neodporúča (úroveň A).
- Pre odporúčanie vložiek do topánok, ortéz, typov podrážok na topánkach, mäkkých topánok, mäkkých podláh alebo rohoží nie sú dostatočné dôkazy (úroveň D).
- Dočasnú úpravu pracovných aktivít, vytvorenie ergonomického pracoviska možno odporučiť pre uľahčenie skoršieho návratu do práce po práceneschopnosti v súvislosti s bolesťou chrbta (úroveň B).

- Ergonómia pracovného prostredia môže mať preventívny charakter (úroveň B).
- Neexistuje dostatok dôkazov pre odporúčanie práce v stoji pre prevenciu bolestí chrbta (úroveň C).
- Preventívne opatrenia na pracovisku musia mať multidimenzionálny charakter (úroveň A), nie je však jednoznačne stanovený pomer a rozsah jednotlivých preventívnych opatrení.

Odporúčania pre školský vek:

- Neexistujú konkrétne a jednoznačné dôkazy o vplyve konkrétnych vzdelávacích programov zameraných na prevenciu bolestí chrbta u školákov (úroveň C).
- Nie je dokázané, že preventívne aktivity zamerané na školákov dokážu zabrániť ochoreniam chrbtice v dospelosti (úroveň D).

Záver

Odporúča sa, aby navrhované a zosumarizované odporúčania boli považované za predmet ďalšieho skúmania. Budúce štúdie musia byť vysoko kvalitné, ak je to možné, vo forme randomizovaných kontrolovaných štúdií. Je dôležité, aby budúce štúdie zohľadnili náklady aj zisky, pozitíva aj negatíva zistených preventívnych opatrení. Kvalitné štúdie by mali zabezpečiť, aby zdravotné hľadisko vyrábaných pomôcok a nábytku bolo správne interpretované a nie podhodnocované alebo nadhodnocované kvôli obchodným účelom.

Literatura

- [1] ANDERSSON GBJ. The epidemiology of spinal disorders. In *The Adult Spine: Principles and Practice* (Ed. Frymoyer JW). 1997, 93-141, Lippincott-Raven, Philadelphia.
- [2] ČIERNA, J., BÁTORA, I. Poškodenie chrbtice ako choroba z povolania. In: *České pracovní lékařství*, 2006, č. 3, s. 162 – 164
- [3] DE VET HCW et al. Episodes of low back pain: A proposal for uniform definitions to be used in research. *Spine* 27: 2409-2416. 2002
- [4] DVORÁK. M et al. Neoperačná ličba diskopatií v lumbálnej oblasti. Bratislava: Petrus, 2001. ISBN 80-88939-40-2

- [5] European Guidelines for prevention in low back pain. [online] november 2004 [cit. 03-15-2011] Dostupné na internete:
- [6] http://www.backpaineurope.org/web/files/WG3_Guidelines.pdf
- [7] GÚTH, A. et al. Výchovná rehabilitácia alebo ako učiť školu chrbtice. Bratislava: Liečreh Gúth, 1999. ISBN 80-88932-00-9
- [8] HESTBAEK L et al. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*. 2003, 12: 149-165.
- [9] SLEZÁKOVÁ, Z. Neurologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-218-9
- [10] WADDELL G et al. *Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work*. Royal Society of Medicine Press, London, 2003.
- [11] WATSON KD et al. Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristics. In: *Pain* . 2002, 97: 87-92.

Kontaktní údaje

PhDr. Nikoleta Poliaková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Trenčianska univerzita A. Dubčeka

Študentská 2

911 01 Trenčín

e-mail: nikoleta.poliakova@tnuni.sk

Komunikácia so zmyslovo postihnutým

Rebeka Ralbovská

Abstrakt

Hlavnou témou príspevku je monitorovanie komunikačných techník v práci členov pomáhajúcich profesií so zmyslovo postihnutými jedincami. V príspevku analyzujeme a monitorujeme teoretické vedomosti a praktické zručnosti členov pomáhajúcich profesií v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými jedincami. Cieľom práce je oboznámiť sa s problematikou komunikácie so zmyslovo postihnutými jedincami, vytýčiť problematické oblasti uvedeného typu komunikácie a posúdiť problematiku z pohľadu členov pomáhajúcich profesií. Metódou kvantitatívneho výskumu je anonymný, neštandardný dotazník, určený členom pomáhajúcich profesií. Z výsledkov výskumu môžeme konštatovať, že bol potvrdený vzájomný vzťah medzi typom vzdelania a pripravenosťou na komunikáciu so zmyslovo postihnutými jedincami. Analýza výsledkov výskumu následne preukázala, že členovia pomáhajúcich profesií sa pri výkone svojho povolania v zdravotníctve alebo sociálnej práce stretávajú so zmyslovo postihnutými jedincami a komunikáciu s nimi považujú za náročnú a preto sa aktívne zaujímajú o túto problematiku.

Kľúčové slová

Komunikácia. Komunikačné techniky. Zmyslovo postihnutý jedinec.

Abstract

The main theme of the paper is to monitor communication techniques in the work of members of professions which provide help to individuals with sensory disabilities. In the paper we analyze and monitor the theoretical knowledge and practical skills of the members of the helping professions in terms of communication with sensory disabled individuals.

The main aims of this paper are to introduce the issues of communication with sensory disabled individuals, to set out problematic areas of this type of communication and assess the problem from the perspective of members of the helping professions. The method of quantitative survey is anonymous, non-standard questionnaire, designed for members of helping professions. From the survey results we can conclude that the correlation between particular type of

education and awareness to communicate with sensory impaired individuals was confirmed. Analysis of the survey results also showed that members of the helping professions meet with sensory disabled individuals during their healthcare or social work and the communication with them is very difficult. Therefore, the above mentioned issue is always interesting for them.

Key words

Communication. Communication technology. Sensory disabled individual

Úvod

Jedinci so zmyslovým postihnutím majú v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci rôzne možnosti komunikácie, ktoré sa odvíjajú od stupňa poruchy a od vývojového obdobia v ktorom porucha vznikla. Determinujúcim činiteľom komunikácie je tiež schopnosť postihnutého adaptovať sa na zmenené možnosti komunikácie. Prijatie informácie v rámci komunikácie pozostáva z jej percepcie, dekódovania, uloženia, následného vybavenia a pokračuje jej adekvátnym použitím. U zmyslovo postihnutých môže byť tento proces sťažený alebo z časti znemožnený z dôvodu senzorických či kognitívnych bariér. Úlohou členov pomáhajúcich profesií pri vzájomnej interakcii so zmyslovo postihnutým je zistiť rozsah komunikačného obmedzenia a nájsť vzájomne vhodný spôsob komunikácie. Úspech v komunikačnom procese v rámci ich vzájomnej interakcie je teda možné dosiahnuť len za predpokladu dodržiavania základných komunikačných pravidiel.

Podmienkou zmysluplnej intervencie je správna komunikácia medzi členom pomáhajúcich profesií a zmyslovo postihnutým jedincom. Ak jedinec nerozumie podstate svojej choroby, nerozumie liečbe svojej choroby, nemá dôveru k lekárovi a ošetrojúcemu personálu, bývajú aj dosiahnuté liečebné výsledky rozčarovaním pre obe strany.

Pravidlá komunikácie sú istým špeciálnym druhom sociálnych pravidiel. Komunikačné pravidlá vnímame ako určujúce determinanty prijateľnosti a neprijateľnosti správania sa komunikujúcich pri vzájomnej interakcii. Určujú adekvátnosť, resp. neadekvátnosť danej výpovede a v neposlednom rade ich možno nazvať aj mantinelmi vo vzťahu k zraniteľnosti poslucháča (Knezović, Ralbovská, 2009).

Intaktný jedinec človek si snáď ani nevie dostatočne uvedomiť a najmä oceniť význam zraku a sluchu. Pre zmyslovo postihnutého jedinca sa jeho život odvíja

v buď absolútnom tichu alebo tme. Veľký význam zohráva čas vzniknutia zmyslového postihnutia. Ak narušenie zmyslov u jedinca vznikne v neskorších rokoch, následky sú miernejšie, lebo kognitívne funkcie a rečové kompetencie sú u neho už rozvinuté (Ralbovská, 2006).

V rámci intervencií zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci vzniká vzájomná interakcia medzi členmi pomáhajúcich profesií a pacientom/klientom. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci prichádza k situáciám, kedy členovia pomáhajúcich profesií musia získať a prijať informácie týkajúce sa stavu pacientov/klientov. V prípade pacienta/klienta so zmyslovým postihnutím je celý komunikačný proces determinovaný druhom, rozsahom a stupňom jeho postihnutia a na druhej strane taktiež profesionálnym prístupom a schopnosťou komunikácie zo strany členov pomáhajúcich profesií. Základným predpokladom úspešnosti ich vzájomnej výmeny informácií v rámci komunikačného procesu je samozrejme aj rozsah informovanosti o možnostiach komunikácie so zmyslovo postihnutými a miera praktických komunikačných zručností na strane členov pomáhajúcich profesií.

V súčasnosti sa v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci kladie dôraz na individuálny prístup k pacientovi/klientovi a jeho bio-psycho-sociálne potreby majú byť citlivo uspokojené tak, aby nepociťoval nespokojnosť alebo prvky devalvácie.

Poznatky z praxe ukazujú, že príčiny mnohých sporných situácií medzi pacientom/klientom a členmi pomáhajúcich profesií vznikajú preto, že:

- nie každý člen pomáhajúcich profesií pozná spôsoby a zásady komunikácie so zmyslovo postihnutými,
- väčšina členov pomáhajúcich profesií má skôr teoretické vedomosti o komunikačných technikách so zmyslovo postihnutými ako praktické zručnosti,
- mnohí pacienti/klienti pod vplyvom stresu, ktorý v nich vyvoláva pobyt v zdravotníckom zariadení alebo zariadení sociálnych služieb, nedokážu komunikovať s členmi pomáhajúcich profesií.

Materiál a metódy

Na základe našich poznatkov z praxe sme sa rozhodli monitorovať mieru komunikačných zručností členov pomáhajúcich profesií v rámci komunikácie so zmyslovo postihnutými. Prieskum monitoroval aj rozsah informovanosti

členov pomáhajúcich profesií o problematike komunikačných techník so zmyslovo postihnutými vo vybraných zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Cieľom výskumu bolo:

- zistiť mieru informovanosti členov pomáhajúcich profesií o problematike komunikačných techník so zmyslovo postihnutými,
- monitorovať praktické skúsenosti členov pomáhajúcich profesií s komunikačnými technikami so zmyslovo postihnutými,
- zmapovať záujem členov pomáhajúcich profesií o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými.

Do výberového súboru sme zaradili zdravotníckych a sociálnych pracovníkov, ktorí sa priamo podieľajú na poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci. Výskum sme realizovali náhodným výberom respondentov v rokoch 2009 a 2010 v Prahe a v Stredočeskom kraji. Celkovo sme distribuovali 150 dotazníkov. Počet validne vyplnených a odovzdaných dotazníkov bol 124 (82,6%). Dotazník obsahoval 20 otázok cielene zameraných na problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými.

Výsledky výskumu

Tabuľka 1: Najvyššie ukončené vzdelanie respondentov

Najvyššie ukončené vzdelanie	n	%
stredoškolské vzdelanie s maturitou (SOŠ)	35	28,3
vyššie odborné vzdelanie (VOŠ)	22	17,7
pomaturitné špecializačné štúdium (PŠŠ)	14	11,3
vysokoškolské vzdelanie (VŠ)	53	42,7
Celkový počet respondentov	12	100

Tabuľka 2: Dĺžka odbornej praxe

Dĺžka odbornej praxe	n	%
do 1 roku	18	14,4
do 5 rokov	21	17
do 15 rokov	34	27,4
15 rokov a viac	51	41,2
Celkový počet respondentov	124	100

Otázka číslo 3: **Absolvovali ste výučbu predmetu komunikácia, ktorá bola zameraná na získanie zručností v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými?**

Tabuľka 3: Absolvovanie výučby predmetu komunikácie, ktorá bola zameraná na získanie zručností v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými

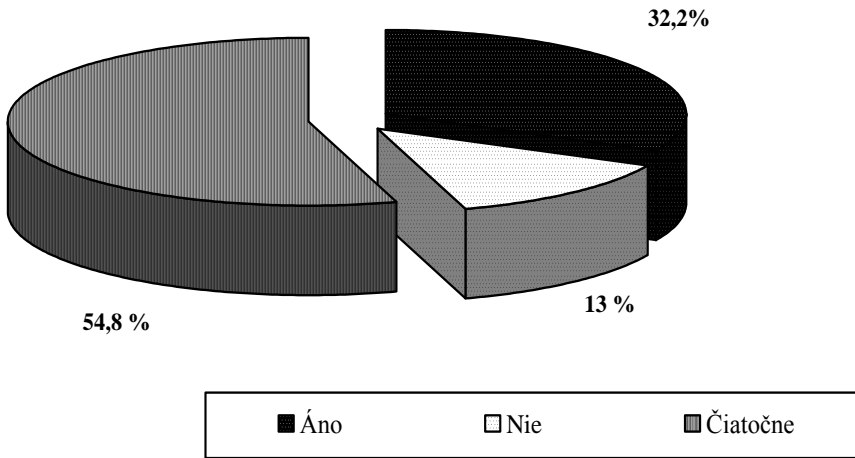
	SZŠ		PŠŠ		VOŠ		VŠ		n
	NIE	ÁNO	NIE	ÁNO	NIE	ÁNO	NIE	ÁNO	
Absolvovanie výučby									
do 1 roku praxe	3	1	1	2	3	2	1	5	18
do 5 rokov praxe	12	3	1	1	3	0	0	1	21
do 15 rokov praxe	5	2	2	2	4	1	2	16	34
15 a viac rokov praxe	5	4	3	2	7	2	4	24	51
Počet respondentov	25	10	7	7	17	5	7	46	48/76
	SZŠ	35	PŠŠ	14	VOŠ	22	VŠ	53	124

Respondenti s vysokoškolským vzdelaním, v najpriaznivejšom pomere kladných a záporných odpovedí voči iným respondentom, uvádzali, že z 53 respondentov malo 46 (86,8 %) respondentov výučbu zameranú na rozširovanie zručností v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými. V prípade 35 respondentov so stredoškolským vzdelaním absolvovalo vyššie spomínaný druh výučby 10 (28,6 %) respondentov a v prípade 22 absolventov vyššieho odborného vzdelania absolvovalo vyššie uvedený druh výučby 5 (22,7 %).

Otázka číslo 4: **Považujete výučbu komunikácie na školách za dostatočnú prípravu na komunikáciu so zmyslovo postihnutými?**

Viac ako polovica respondentov (54,8 %) hodnotí výučbu predmetu komunikácia v priebehu ich štúdia ako čiastočnú prípravu na komunikáciu so zmyslovo postihnutými. Takmer tretina respondentov (32,2 %) hodnotí výučbu predmetu komunikácia ako dostatočnú prípravu a 13% respondentov nepovažuje uvedenú výučbu za dostatočnú prípravu na komunikáciu so zmyslovo postihnutými.

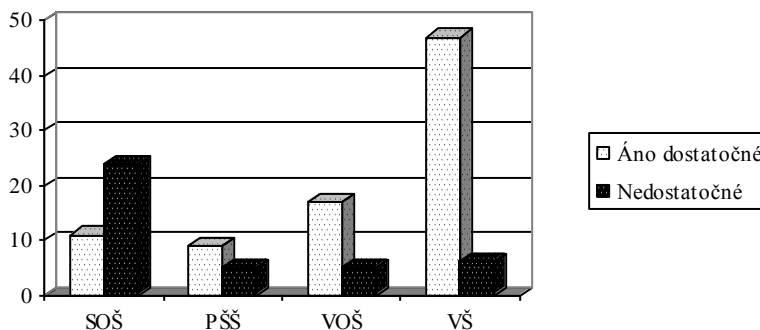
Graf 1: Názor respondentov na výučbu komunikácie v priebehu ich štúdia



Otázka číslo 5: **Ako hodnotíte svoje praktické zručnosti v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými?**

Otázku sme položili zámerne po skúsenostiach z praxe. Väčšina členov pomáhajúcich profesií s ktorými prichádzame do kontaktu pri výkone nášho povolania (vysokoškolský pedagóg) avizuje, že v priebehu ich štúdia mali nedostatočnú prípravu na komunikáciu so zmyslovo postihnutými. Uvádzajú, že získali skôr teoretické vedomosti o vyššie uvedenej problematike ako praktické zručnosti.

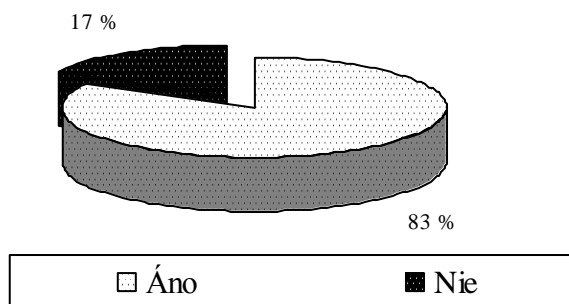
Graf 2: Hodnotenie praktických zručností respondentov v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými



Rovnako analýzou odpovedí respondentov, ako uvádza graf 2, bol preukázaný vzájomný vzťah medzi vzdelaním respondentov a kladným hodnotením ich praktických zručností v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi. Z 53 respondentov s vysokoškolským vzdelaním 47 (88,7 %) respondentov pozitívne hodnotí svoje praktické zručnosti v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi. V prípade 35 respondentov so stredoškolským vzdelaním 11 (31,4%) respondentov pozitívne hodnotí svoje praktické zručnosti v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi. Analýza odpovedí na vyššie uvedené otázky **potvrdila vzájomný vzťah medzi typom vzdelania a pripravenosťou na komunikáciu so zmyslovo postihnutými.**

Otázka číslo 6: **Prichádzate v rámci svojho výkonu povolania do styku so zmyslovo postihnutými?**

Graf 3: Stretnutie respondentov v rámci výkonu povolania so zmyslovo postihnutými

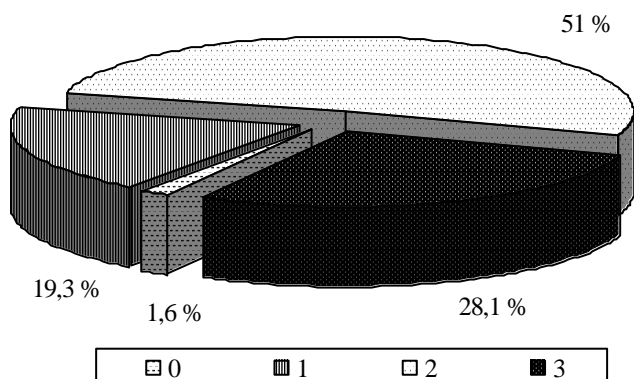


Ako uvádza graf 3, kladnú odpoveď na vyššie uvedenú otázku uviedlo 103 (83 %) respondentov.

Otázka číslo 7: **Na stupnici od 0 do 3 ohodnoťte stupeň záťaže, ktorý pociťujete pri komunikácii so zmyslovo postihnutými.**

Hodnota 3 je najvyšší stupeň záťaže.

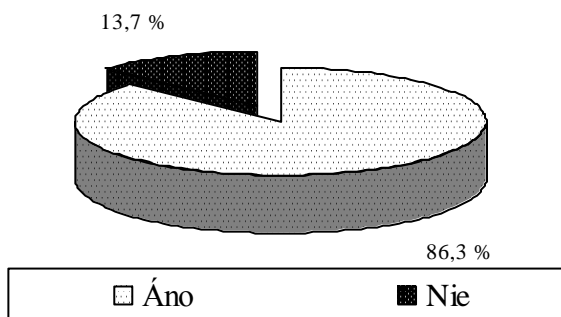
Graf 4: Hodnotenie obtiažnosti komunikácie so zmyslovo postihnutými



Vyššie uvedené výsledky preukázali, že sa členovia pomáhajúcich profesií pri výkone svojho povolania stretávajú so zmyslovo postihnutými a komunikáciu s nimi považujú za náročnú.

Otázka číslo 8: **Zaujímáte sa o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými?**

Graf 5: Záujem respondentov o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými



Ako uvádza graf 5, záujem o uvedenú problematiku uvádza 107 (86,3 %) respondentov.

Otázka číslo 8. A: **Ak áno, akým spôsobom?**

Otázka číslo 8. B: **Ak nie, tak prečo?**

Otázka číslo 8. A nadväzovala na predchádzajúcu otázku číslo sedem a zisťovali sme pomocou nej akým spôsobom sa respondenti zaujímajú o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými. (viď tabuľka 1)

Ponúkli sme respondentom nasledujúce možnosti odpovedí:

- štúdium odbornej literatúry,
- účasť na konferenciách so zameraním na problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi,
- absolvovaním kurzov celoživotného učenia.

V prípade zápornej odpovede na otázku číslo sedem, odpovedali respondenti na otázku číslo 8.B. (viď tabuľka 2)

Ponúkli sme im dve varianty odpovedí na otázku prečo sa nezaujímajú o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými:

- nemám potrebu venovať sa problematike komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi,
- nezaujíma ma problematika komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi.

Zaujímali nás príčiny nezájmu respondentov o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými.

Tabuľka 4: Spôsob záujmu respondentov o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými

Variant odpovede	Konferencie		Odborná literatúra		Kurzy celoživotného Vzdelávania	
Áno	16	13 %	24	19,3 %	67	54 %

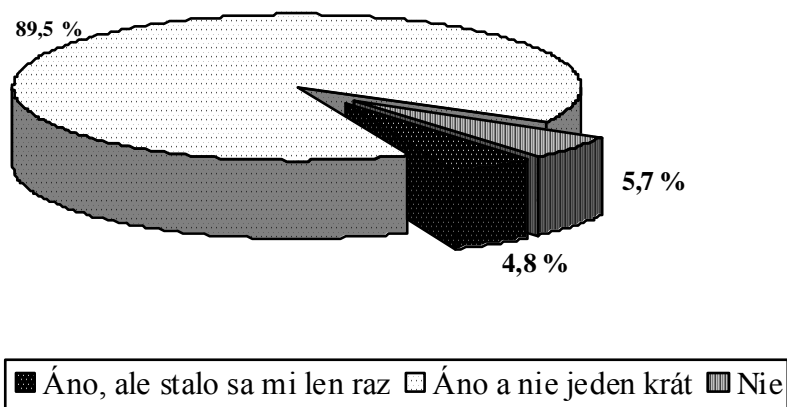
Tabuľka 5: príčina nezájmu respondentov o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými

Variant Odpovede	Nemám potrebu venovať sa tejto problematike		Nezaujíma ma táto Problematika	
Nie	9	7,3 %	8	6,4 %

Na základe analýza odpovedí môžeme konštatovať, že **respondenti sa viacerými spôsobmi** (návšteva konferencií venovaných tejto problematike, štúdium odbornej literatúry, absolvovaním kurzov v rámci celoživotného učenia) **aktívne zaujímajú o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými.**

Otázka číslo 9: **Ocitli ste sa niekedy v situácii, kedy prišlo k zlyhaniu komunikácie so zmyslovo postihnutými, čo malo rozhodujúci vplyv na jej výsledný efekt?**

Graf 6: Výskyt situácie, kedy prišlo k zlyhaniu komunikácie, čo malo rozhodujúci vplyv na jej výsledný efekt?



Ako uvádza graf číslo 6 prevažná väčšina našich respondentov (89,5%) sa ocitla v situácii, keď došlo k zlyhaniu komunikácie, čo malo rozhodujúci vplyv na jej výsledný efekt. Uvedené množstvo respondentov vyjadruje náročnosť komunikácie so zmyslovo postihnutými, ako aj potrebu cielene zamerať výučbu predmetu komunikácie v priebehu ich štúdia na rozvíjanie praktických zručností v tejto problematike.

Otázka číslo 10: **Stretávate sa pri výkone svojho povolania s bariérami v komunikácii so zmyslovo postihnutými?**

Tabuľka 6: Výskyt bariér v komunikácii

Varianta odpovede	n	%
Áno	101	81,5
Nie	23	18,5
Celkový počet respondentov	124	100

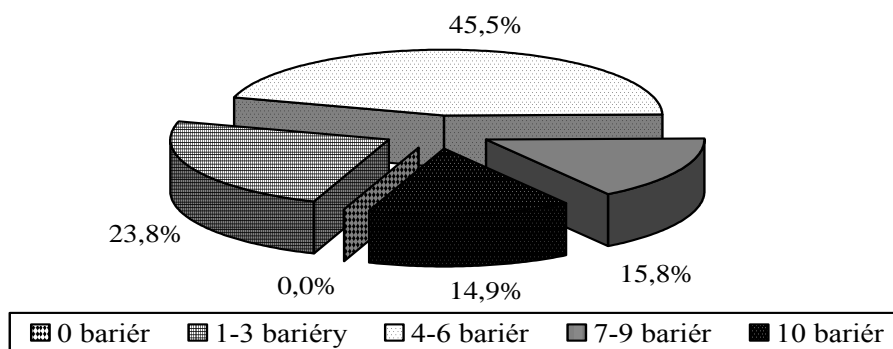
V prípade kladnej odpovede na otázku číslo 10 v nasledujúcom zozname zvýraznite tie, s ktorými sa v práci stretávate:

Respondentom sme ponúkli nasledujúce možnosti odpovedí:

- | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|
| rušivé a nezvyklé prostredie | štrnásť stres |
| štrnásť prijímateľ počuje, čo chce počuť | štrnásť vyrušovanie treťou osobou |
| štrnásť nízka schopnosť aktívne počúvať | štrnásť hluk a vizuálne rozptyľovanie |
| štrnásť predsudky, nedôvera, podozrievanie | štrnásť rozdielne tempo myslenia a reči |
| štrnásť sympatia, antipatia | štrnásť nevhodne zvolený čas |

Zaujímalo nás jednak počet bariér z ktorými sa respondenti stretávajú ako aj najčastejšie bariéry, ktoré respondenti uvedú.

Graf 7: Najčastejšie bariéry v komunikácii podľa respondentov



Ako uvádzajú výsledky odpovedí na otázku číslo 7, kombinácia viacerých bariér v komunikácii so zmyslovo postihnutými sa vyskytuje veľmi často. Najpočetnejšou odpoveďou bola kombinácia 4 až 6 bariér. Túto odpoveď zvolila takmer polovica (45,5 %) respondentov.

Najčastejšie uvádzanými bariérami v komunikácii boli:

- hluk a vizuálne rozptyľovanie - 105 respondentov
- stres – 93 respondentov
- rušivé a nezvyklé prostredie - 85 respondentov

Otázka číslo 11: Doplňte 7 zásad komunikácie so zrakovo postihnutým pacientom!

Tabuľka 7: Vymenovanie zásad komunikácie so zrakovo postihnutým pacientom

Variant	n	%
0 zásad	0	0
1 - 2 zásady	12	9,7
3 – 4 zásady	38	30,6
5 – 6 zásad	51	41,1
7 zásad	23	18,6
Celkovo	124	100

Otázka číslo 12: Doplňte 7 zásad komunikácie so sluchovo postihnutým pacientom!

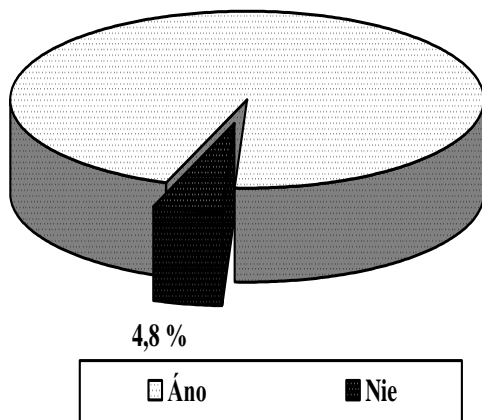
Tabuľka 8: Vymenovanie zásad komunikácie so sluchovo postihnutým pacientom

Variant	n	%
0 zásad	0	0
1 - 2 zásady	9	7,2
3 – 4 zásady	29	23,
5 – 6 zásad	56	45,
7 zásad	30	24,
Celkovo	124	100

Otázka číslo 13: **Viete čo sú devalvačné prvky komunikácie?**

Otázkou číslo 13 sme mapovali povedomie respondentov o devalvačných prvkoch, ktoré sa môžu vyskytnúť v rámci ich komunikácie so zmyslovo postihnutými a ktoré samozrejme narúšajú ich vzájomnú interakciu.

Graf 18: Povedomie respondentov o devalvačných prvkoch v komunikácii



Ako uvádza graf číslo 18, respondenti majú povedomie o devalvačných prvkoch v rámci komunikácie. Znalosti o devalvačných prvkoch v komunikácii uvádza 118 respondentov (95,2 %).

V závere interpretácie výsledkov výskumu konštatujeme, že sa podarili splniť ciele nášho prieskumu. Podarilo sa nám zmonitorovať mieru komunikačných zručností sestier v rámci komunikácie so zmyslovo postihnutými. Analýzou výsledkov dotazníka sme zmapovali aj rozsah informovanosti členov pomáhajúcich profesií o problematike komunikačných techník so zmyslovo postihnutými.

V rámci cieľa výskumu ohľadom zmapovania záujmu sestier o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi môžeme konštatovať, že väčšina respondentov (86,3 %) sa aktívne zaujíma o problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými (viď graf 5).

V rámci cieľa výskumu ohľadom monitorovania praktických skúsenosti sestier s komunikačnými technikami so zmyslovo postihnutými pacientmi môžeme konštatovať, že respondenti s vyšším dosiahnutým vzdelaním pozitívnejšie

hodnotili svoje praktické zručnosti v oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými (viď graf 2).

V rámci cieľa výskumu ohľadom zistenia miery informovanosti členov pomáhajúcich profesií o problematike komunikačných techník so zmyslovo postihnutými môžeme konštatovať, že:

- respondenti poznajú zásady komunikácie so sluchovo postihnutými
- respondenti poznajú zásady komunikácie so zrakovo postihnutými
- respondenti poznajú devalvačné prvky komunikácie

Na základe výsledkov výskumu sme formulovali niektoré odporúčania, ktoré vychádzajú z našich zistení a mohli by pozitívne ovplyvniť problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými.

Vzhľadom k tomu, že je problematika komunikácie so zmyslovo postihnutými spoločensky i medzinárodne aktuálne, je potrebné:

- monitorovať najnovšie poznatky z oblasti komunikácie so zmyslovo postihnutými
- rozšíriť v obsahu vzdelávania zdravotníckych asociálnych pracovníkov problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými
- posilniť problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými v celoživotnom vzdelávaní zdravotníckych a sociálnych pracovníkov, napríklad v odborných seminároch apod.
- zlepšiť prístup členov pomáhajúcich profesií k informáciám o aktuálnych legislatívnych zmenách týkajúcich sa problematiky komunikácie so zmyslovo postihnutými
- aplikovať problematiku komunikácie so zmyslovo postihnutými v štandardoch zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci, ktoré sú v súčasnosti v štádiu tvorby a overovania a sú dôležitou podmienkou zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti.

Rešpektovanie špecifik komunikácie so zmyslovo postihnutými pacientmi by sa malo stať nevyhnutnou súčasťou profesionálneho jednania a profesionálny prístup zdravotníckych pracovníkov ku zmyslovo postihnutým pacientom. Spôsob komunikácie so zmyslovo postihnutým, ľudský prístup a profesionálne vystupovanie je ukážkou profesionálnej i ľudskej vyspelosti.

Komunikácia so zmyslovo postihnutými pacientmi nie je bezproblémová. Naše skúsenosti z praxe, ako aj výsledky autoriek Houdková (2005) a Krahulcová (2006) potvrdzujú, že najmä mladší členovia pomáhajúcich profesií priznávajú istú nervozitu a rozpaky pri kontakte s postihnutými, osobitne s tými, ktorí majú ťažké zrakové či sluchové postihnutie. Rozhovory so zmyslovo postihnutými o ich skúsenostiach s komunikáciou v zdravotníckych zariadeniach alebo zariadeniach sociálnych služieb rovnako potvrdzujú určité komunikačné problémy. Tieto problémy sú síce riešené celonárodne, ale doposiaľ nedostatočne.

Národná rada zdravotne postihnutých Českej republiky v spolupráci so zástupcami z radu lekárov a ošetrovateľského personálu definovala Desatoro jednaní s telesne, zrakovou a sluchovo postihnutými. Plnenie úloh v oblasti zlepšenie integrácie ako aj komunikácie so zmyslovo postihnutými prijala rehabilitačná klinika 1 Lekárskej fakulty UK spolu s Národnou radou zdravotne postihnutých v Českej republike, Ministerstvom zdravotníctva Českej republiky a Českou gerontologickou a geriatrickou spoločnosťou. Súčasne je tiež nutné viesť edukačný dialóg aj so všetkými zmyslovo postihnutými o ich práve na informácie, ktoré im zabezpečuje kódex Práv pacientov, ak o tom ako ho uplatňovať, čo predpokladá účelnú komunikáciu a poučený prístup zdravotníkov vzhľadom k povahe a stupňu postihnutia.

Národná rada zdravotne postihnutých Českej republiky pristúpila k dlhodobým, systémovým a cieľovým opatreniam a v spolupráci s organizáciami zdravotne postihnutými doposiaľ nasledujúcimi krokmi:

Stanovila základné zásady (desatorá) komunikácie s jednotlivými skupinami zdravotne postihnutých, ktoré mediálne šíri.

Požaduje začleniť do odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov nácvik komunikačných techník so zdravotne postihnutými.

Chce zvýšiť informovanosť zdravotne postihnutých pacientov (majú právo na ohľaduplné zaobchádzanie a na informácie) a docieľiť ich asertívneho správania v zdravotníckom zariadení.

Nakoniec postupne, úpravou znenia zákonov o zdravotnej starostlivosti ako aj o celoživotnom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, docieľiť profesionálny prístup k týmto pacientom.

V súčasnom ponímaní poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci čoraz častejšie rezonuje požiadavka na aktívnu úlohu členov pomáhajúcich profesií ako aj na empatický a holistický prístup

k pacientovi/klientovi. Spolu s odbornosťou členov pomáhajúcich profesií v oblasti zdravotníckych disciplín a s rastúcimi vedomosťami zo psychológie, pedagogiky, znalosťami základov špeciálnej pedagogiky stúpa potreba porozumieť fungovaniu postihnutého človeka v zdraví a chorobe. Úlohou dnešnej doby je teda orientácia členov pomáhajúcich profesií do oblasti celoživotného vzdelávania. Ide o rozvoj vedomostí získaných v základnom a postgraduálnom štúdiu. K tomu, aby členovia pomáhajúcich profesií postupne dosiahli svojej profesionálnej zdatnosti, je potrebná sociálna zrelosť, psychická vyrovnanosť, motivácia k vzdelávaniu, znalosť teórie a praxe ale v neposlednom rade aj schopnosť náležitej a efektívnej komunikácie.

Záver

Problematika verbálnej a neverbálnej komunikácie členov pomáhajúcich profesií so zmyslovo postihnutými je stále aktuálnou témou, čím však ostáva samozrejme otvorená aj do budúcnosti. Nazdávame sa, že je ešte množstvo otázok a otáznikov, ktoré sú nezodpovedané a na ktoré je treba hľadať a nachádzať odpovede.

V práci sme sa pokúsili charakterizovať verbálne a neverbálne komunikačné techniky členov pomáhajúcich profesií v rámci poskytovania starostlivosti alebo pomoci. Priblížili sme čitateľovi podstatu a zásady komunikácie so zmyslovo postihnutými, jej úlohy a proces ako taký a poukázali sme aj na osobitosti verbálnych a neverbálnych prejavov počas komunikovania so zmyslovo postihnutými.

Tento poznatok platí aj pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci, kde komunikačný proces a komunikácia prebiehajú nepretržite a ich kvalita, resp. úroveň významne ovplyvňuje konečný výsledok intervencií ako aj celého procesu. Komunikácia členom pomáhajúcich profesií a zmyslovo postihnutým dáva priestor nielen na odovzdávanie potrebných informácií, ale aj možnosť vzájomného zblížovania či naopak, odcudzenia. Počas komunikácie sa vzájomné vzťahy komunikujúcich pretvárajú, utvárajú a následne prejavujú.

Kvalitu a efektívnosť vzájomnej komunikácie medzi členmi pomáhajúcich profesií a zmyslovo postihnutými však okrem verbálnych a neverbálnych prejavov podmieňujú aj ďalšie faktory, ktorými sú empatia, akceptácia, entuziazmus aktívne počúvanie a pod. Z hľadiska vytvárania príjemnej atmosféry počas poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo sociálnej pomoci má dôležitý význam profesionálne vedený rozhovor a aktívne počúvanie. Je

preto dôležité venovať mu viac pozornosti, a to nielen v teórii, ale - a to predovšetkým - i v praxi.

Ako uvádza Maturkanič (2010) život človeka je veľmi rozmanitý a pestrý. Okrem radostí, ktoré život prináša, prídu aj rôzne choroby, ťažkosti a trápenia, ktoré sú dôsledkom prvotného hriechu našich prarodičov (srov. Gn1,16-19). Je však potrebné, aby na blízku stál niekto, kto je ochotný a vie mu pomôcť v jeho trápení.

Veríme, že predkladaná prehľadová štúdia z nášho pohľadu prispeje k doplneniu existujúcich poznatkov z oblasti verbálnej a neverbálnej komunikácie so zmyslovo postihnutými, prípadne k ich lepšiemu využitiu v praxi.

Literatúra

- [1] HOUDKOVÁ, Z. Sluchové postižení u dětí – komplexní péče. Praha: Triton. 2005
- [2] KNEZOVIĆ, R., RALBOVSKÁ, R.: Komunikace pro pomáhající profese 2. Praha: EVC. 2010
- [3] KRAHULCOVÁ, B. Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených. Praha: Karolinum. 2006
- [4] MATURKANIČ, P. *Svätosti. Viditelná znamení neviditelné skutečnosti spásy*. Pastorační postřehy jihočeského kněze. Praha: EVC. Praha 2010
- [5] RALBOVSKÁ, D. R. Starostlivost' o postihnutých. In Draganová et al.: Sociální starostlivost'. Martin: Osveta. 2006

Kontaktné údaje

PhDr. Mgr. Rebeka Ralbovská, Ph.D.

ČVUT v Praze

Fakulta biomedicínského inženýrství (katedra lékařských a humanitních oborů)

e-mail: ralbovska.rebeka@seznam.cz

Emocionálna starostlivosť o šestonedieľku

Adriana Repková

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou emocionálnej adaptácie v šestonedelí. Popisuje psychické zmeny v rannom popôrodnom období. Hlavným cieľom príspevku je vymedziť diferencie medzi popôrodným blues, popôrodnou depresiou a psychózou tak, aby ich boli pôrodné asistentky schopné identifikovať. V závere príspevku autorka navrhuje preventívne opatrenia na minimalizáciu emocionálnych porúch v šestonedelí.

Kľúčová slova

Šestonedelie, popôrodné blues, popôrodná depresia, popôrodná psychóza, emocionálna adaptácia, pôrodná asistentka

Úvod

Šestonedelie je obdobie ktoré začína 2 hodiny po pôrode a končí za 6 týždňov. Okrem zmien vo fyzickej oblasti prechádza žena dramatickými zmenami v oblasti emocionálnej. Z pohľadu starostlivosti pôrodnej asistencie je nevyhnutné venovať pozornosť psychickému stavu ženy a pomôcť jej adaptovať sa na novú rolu matky.

Popôrodná adaptácia

Narodenie dieťaťa predstavuje v živote ženy novú životnú situáciu, na ktorú sa musí adaptovať. Psychické zmeny v šestonedelí popisuje Rubinová (Leifer, 2004). V prvej fáze bezprostredne po pôrode matka **prijíma novú rolu** – doplňuje tekutiny, krvné straty, potrebuje hlboký spánok, postupne sa zotavuje z pôrodu. Matka je pasívna, ale veľa hovorí o pôrode. Má veľký záujem o dieťa, ale starostlivosť prenecháva iným. Zatiaľ má malý záujem o edukáciu. V druhej fáze sa matka **ujíma novej roly** - preberá aktivitu v starostlivosti o dieťa, je kritická k svojej starostlivosti, má zvýšený záujem o vlastné telo. Táto fáza je najvhodnejšia pre zahájenie edukácie. V tretej fáze sa matka **zmieruje novou rolou** – snaží sa o premenu životného štýlu vo vzťahu k dieťaťu, usporiadava si

rodinných záležitostí, spracúva vlastnú pôrodnú skúsenosť a začína akceptovať individualitu dieťaťa.

Narušená emocionálna adaptácia

Medzi telesným a duševným zdravím existuje úzka súvislosť (Musilová, 2010). Z hľadiska efektívneho poskytovania starostlivosti musí pôrodná asistentka vedieť difirencovať odchýlky v emocionálnej oblasti. Medzi najčastejšie emocionálne zmeny patrí **popôrodné blues**, ktorým prechádza až 80% žien. Objavuje sa prvé týždne po pôrode. Šestonedielka je emocionálne instabilná, často plače, pociťuje vnútorné sklamanie a absentuje radosť zo života. Popísané zmeny sú spôsobené kolísaním hormonálnych hladín, zhoršenou adaptáciou na novú životnú rolu, pocit extrémnej záťaže a zodpovednosti za narodené dieťa, bez možnosti úniku a odpočinku. Porodné blues spontánne odoznie. Nesmie sa však zamieňať za **popôrodnú depresiu**, ktorá sa manifestuje trvalým pocitom nešťastia, nespavosťou a únavou aj ráno po prebudení, pocitom choroby, nesústredenosťou, nezaujmom o druhých, vtieravými myšlienkami a panickými atakmi. Žena je ponorená do seba, starostlivosť o dieťa je spomalená, neplní si role v rodine, ale vnímanie skutočnosti nie je zmenené. Najzávažnejšou poruchou, ktorá môže vyústiť do suicidálneho konania je **popôrodná psychóza** s porušeným vnímaním skutočnosti (Leifer, 2004).

Prevenia porúch emocionálnej adaptácie po pôrode

Pôrodná asistentka musí po pôrode venovať zvýšenú pozornosť pocitom matky, zamerať sa na zistenie nespavosti a chronickej únavy, odporúča žene spánok aj cez deň a zabezpečí pomoc v starostlivosti o dieťa zdravotníckymi pracovníkmi, alebo podpornou osobou. V domácom prostredí je vhodné upozorniť aj na možnosť kontaktovania podporných skupín. Z hľadiska preventívneho pôsobenia je dôležité venovať zvýšenú pozornosť ženám s zlých sociálnych pomerov, nechceným tehotenstvom, po komplikovanej gravidite a pôrode, matkám rizikových a patologických novorodencov. Vysoko rizikovú skupinu tvoria matky s pozitívnou osobnou anamnézou - depresia, duševné poruchy, alkoholizmus, závislosti. Z hľadiska **preventívneho pôsobenia** u emočných porúch v šestonedelí je dôležité:

- výchova v rodine so správnymi rodičovskými vzormi a kooperáciou jednotlivých členov, vytváranie prostredia bezpečnosti a istoty s dostatočnou saturáciou potreby lásky a bezpečnosti (Padyšáková, 2008);

- adekvátna kvalita života, ktorá je komplexne ovplyvňovaná fyzickým zdravím, psychickým stavom, stupňom nezávislosti, sociálnym zázemím a vzťahom k významným znakom prostredia (Musilová, 2009)
- plánovať tehotenstvo tak, aby sa každé dieťa rodilo chcené do stabilného partnerského vzťahu, so zaistením sociálnych a ekonomických potrieb;
- podporovať aktívnu prípravu ženy na pôrod a rodičovstvo prostredníctvom psychofyzickej prípravy na pôrod, povzbudzovať vieru v jej vlastné schopnosti a naučiť ju rešpektovať požiadavky vlastného tela (Kopáčiková, 2009);
- naučiť tehotné ženy relaxovať a prijímať pomoc od podporných osôb (Hrabčáková, 2009);
- informovať ženy o emocionálnej disbalancii v šestonedelí a o procese interiorizácie sa s rolou matky;
- na pôrodných oddeleniach vytvárať atmosféru empatie a pohody;
- podporovať prirodzený pôrod bez, alebo s miminom medikácie (Takácsová, 2009);
- monitorovať psychický stav šestonedielok a dôsledne riešiť všetky identifikované problémy;
- pomáhať matkám v starostlivosti o novorodenca; naučiť ich rozumieť signálom novorodenca;
- upozorňovať na dôležitosť dostatočného oddychu matiek aj cez deň;
- poskytnúť matkám pri prepustení edukačný materiál o sebaobslužných aktivitách, dojčení, starostlivosti o novorodenca, kontaktné linky na riešenie problémov;
- využívať aktivity licencovaných pôrodných asistentiek v prirodzenom sociálnom prostredí matiek,
- informovať ženy o možnosti sociálnej pomoci (Mačkinová, 2010)

Záver

Narodenie dieťaťa predstavuje najkrajší zážitok v živote ženy. No nie vždy vlastná psychika reaguje očakávaným spôsobom – radosťou, úžasom a naplnením. Proces interiorizácie sa rolou matky môže emočnú stabilitu ženy

vážene narušiť. Emocionálnu adaptáciu ovplyvňujeme efektívnou diagnostikou a cieľenými intervenciami pôrodnej asistentky v rannom postnatálnom období a pokračujúcou starostlivosťou v domácej starostlivosti. Naším cieľom je, aby sme boli matkám oporou nielen v oblasti fyzickej, ale aj emocionálnej.

Literatúra

- [1] HRABČÁKOVÁ, J. 2009. *Starostlivosť o ženy v období tehotnosti, pôrodu a šestonedelia*: diplomová práca. Bratislava: SZU, 2009.
- [2] KOPÁČIKOVÁ, M. 2009. Informovanosť tehotných žien v prenatalnej starostlivosti. In: *Ošetrovateľský obzor* 2/2009, s. 50 -52, ISSN 1336 – 5606
- [3] LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovateľství*. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 952, ISBN 80-247-0668-7
- [4] MAČKINOVÁ, M. 2010. Význam kvality sociálnych služieb a ich nenahraditeľnosť. In *Ošetrovateľský obzor*. 2010, roč.7, č.1-2ISSN 1336-5606, , s. 42.
- [5] MUSILOVÁ, E. 2009. Kvalita života a zdravia. In *Ošetrovateľský obzor* 3/2009, s.88-89. ISSN – 1336 – 5606
- [6] MUSILOVÁ, E., MAČKINOVÁ, M., KNOŠKOVÁ, E. 2010. Spôsob života a zdravie. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*, č. 1 – 2, roč. 5, 2010, s. 5 – 7, ISSN 1336-9326
- [7] PADYŠÁKOVÁ, H. 2008. *Výchova k rodičovstvu* . Bratislava : SZU, 2008, 108 s., ISBN 978-80-89352-22-7.
- [8] TAKÁCSOVÁ, E. 2009. *Bolesť a jej analgézia v pôrodnictve*: diplomová práca , Bratislava: SZU, 2009.

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Adriana Repková, PhD.
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotnícka univerzita
Limbova 12
830 03 Bratislava
Slovenská republika
e-mail: adriana.repkova@szu.sk

Kvalita života po operaci stresové inkontinence

David Rezničenko, Lada Cetlová

Abstrakt

Onemocnění stresová inkontinence u žen přináší řadu problémů jak zdravotních, tak psychických, sociálních, ekonomických. Rozvojem světového zdravotnictví se rozvinula celá řada nových léčebných postupů vedoucích k uzdravení s minimální zátěží pacienta. V našem průzkumu jsme porovnávali kvalitu života žen před operačním výkonem a po něm.

Inkontinence moči patří mezi časté zdravotní potíže přinášející celou řadu problémů. Nejedná se jen o problém somatický, ale zároveň psychický, sociální, ekonomický, jehož dopadem jsou i důsledky pro partnera, rodinu a ošetřující. O kolik se zlepšila kvalita života po operaci, kterou žena podstoupila, popsalo 67 % dotázaných velké zlepšení číslem 5 (označené na pěti stupňové stupnici). Další 33 % dotázaných označilo zlepšení stupněm 4. Tyto výsledky tedy ukazují jakou důležitou a někdy nezbytnou roli hraje operační léčba stresové inkontinence.

Klíčová slova

Stresová inkontinence, pacientka.

Úvod

Stresovou inkontinencí je postiženo kolem 50 % žen z toho 20 - 25 % přichází k lékaři a přibližně polovina je operačně léčena. Toto onemocnění přináší řadu problémů jak zdravotních tak psychických, sociálních, ekonomických. Počet žen, které se dožadují léčení se úměrně zvyšuje tak, jak stoupá jejich společenské uplatnění. Rovněž stále se prodlužující věk ovlivňuje výskyt inkontinence. Ta se u starých žen stává pravidelným problémem. Dostatečnou osvětou společnosti lze docílit zvýšené informovanosti a tím i návštěvnosti takto postižených žen u lékaře a tak zlepšit jejich kvalitu života.

Klasifikace močové inkontinence u žen

V klinické praxi se ujala klasifikace stresové inkontinence podle INGELMANA-SUNDBERGA.

Touto klasifikací se stresová inkontinence rozděluje dle závažnosti do tří stupňů:

- I. stupeň - je charakterizován unikáním moče po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí a při zvedání těžkých předmětů. K unikání dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením intraabdominálního tlaku. Moč odtéká intermitentně.
- II. stupeň - při něm moč uniká v situacích s podstatně mírnějším vzestupu intraabdominálního tlaku, než tomu je při prvním stupni-při běhu, chůzi, chůzi po schodech a při lehčí fyzické práci.
- III. stupeň - k úniku moče dochází již při minimálním vzestupu nitrobřišního tlaku. Moč odtéká prakticky permanentně, již při pomalé chůzi nebo i v klidu ve vzpřímené poloze (Macků, Čech, 2002).

Diagnostika stresové inkontinence

Zásadní je odlišit jednotlivé typy inkontinence, zejména urgentní a stresovou.

Diagnostika stresové inkontinence zahrnuje klasické a speciální vyšetřovací urologické metody. Mezi klasické vyšetřovací metody patří pečlivá anamnéza, rozbor moče, vyšetření renálních funkcí, fyzikální vyšetření, RTG, urodynamické, sonografické a instrumentální vyšetření (kalibrace, cystoskopie), test vážení vložek aj.

Speciální diagnostika využívá uroflowmetrii (měření průtoku moče), plnicí cystometrii, manometricko-průtokové studie a elektromyografií svěrače a měření uretrálního tlakového profilu.

Kvalita ošetrovatelské péče

Základním ukazatelem kvality ošetrovatelské péče je prevence komplikací. Ty by mohly nastat po operačním nebo diagnostickém výkonu. Cílem prevence je tedy zabránit komplikacím, které by pacienta zatížily psychicky i fyzicky. Prevence je také prováděna z finančních důvodů, protože komplikace po operaci přinesou zvýšení nákladů na léčbu, prodlouží se doba hospitalizace, rekonvalescence.

Důležitou součástí je psychologická podpora poskytovaná ošetrovatelským personálem.

Etický kodex ICN uvádí, že sestra je při své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství:

- pečovat o zdraví
- předcházet nemocem
- zlepšovat zdravotní stav
- tišit bolest

Ošetrování ženy se stresovou inkontinencí.

Stav, kdy při zvýšeném abdominálním tlaku dochází k odchodu moče o objemu menším než 50 ml.

Žádoucí výsledky.

- Seznámit pacientku s pravou povahou poruchy i se všemi úkony, kterými ji lze překonávat.
- Zvládnutí posilování svalů pánevního dna.
- Potlačení inkontinence i při zvýšení nitrobřišního tlaku (Doenges, Moorhouse, 1996).

Ošetrovatelské intervence.

- Zjistit příčiny zvýšeného nitrobřišního tlaku (obezita, těhotenství).
- Přesvědčit se o stavu svaloviny a vazů pánevního dna - neschopnost spuštění nebo zástavy močového proudu, vydouvání perinea při předklonu.
- Zjistit množství reziduální moče nemocného průběžným vycévkováním.
- Podílet se na přípravě nemocného k diagnostickým a operačním výkonům.
- Sledovat způsob močení pacientky, dobu, kdy močí i množství moče, které vymočí a především podněty, které vyvolávají jeho inkontinenci.
- Snažit se posoudit vliv inkontinence na všechny životní potřeby pacientky (na její společenské uplatnění, sexuální potřeby) i způsob, jakým se odráží na jejím sebevědomí.

- Snažit se odhadnout, do jaké míry dokáže nemocný aktivně spolupracovat.
- Pokusit se odhadnout, není-li přítomna průvodní urgentní nebo funkční inkontinence a nejedná-li se o známky snížené kapacity močového měchýře.
- Dbát na léčbu základní urologické poruchy (příprava k chirurgickému výkonu, pravidelné podávání léků, psychická podpora nemocného).
- V rámci posilování perineálních svalů doporučovat pacientce speciální cviky nebo používání vaginálních koulí.
- V rámci posilování břišní svaloviny doporučovat pacientce osvědčené cviky.
- V rámci snižování přepínání stěny močového měchýře vést pacientku k tomu, aby se alespoň každé 3 hodiny vymočila.
- Dvě až tři hodiny před usnutím doporučit pacientce, aby nepila za účelem omezení inkontinence během spánku (Doenges, Moorhouse, 1996).

Výchovně-preventivní péče.

Snažit se pacientku přesvědčit, aby nepila kávu, čaj ani žádný alkohol, vysvětlit jí jejich diuretické účinky. Navrhnout užívání inkontinenčních vložek nebo prádla a pomoc při jejich výběru dle jeho individuálních potřeb. Dbát na zvýšenou hygienu perineální krajiny po každém vymočení a zdůrazňuj nutnost častých výměn vložek s ohledem na podráždění a event. zánět kůže. Doporučovat pacientce užívání mastných změkčovacích krémů, které chrání před podrážděním. Snažit se, aby u nemocné nedocházelo ke zvyšování nitrobřišního tlaku a aby nezvedala žádné těžké předměty a nepodrobovala se náročným aerobickým cvikům. Doporučit jí k udržení tělesné svěžesti plavání, cyklistiku atd. V případě, že je hlavní vyvolávající příčinou obezita, postarat se, aby nemocná respektovala příslušná dietní omezení. Má-li pacientka naordinovány sympatomimetické látky, sledovat jejich vliv na zlepšení svalového napětí krčku močového měchýře i proximální části močové trubice (Doenges, Moorhouse, 1996).

Výsledky průzkumu a diskuze

Cílem našeho průzkumu bylo zjistit vliv onemocnění stresovou inkontinencí na kvalitu života před operační léčbou a zjistit ovlivnění kvality života po úspěšné operační léčbě stresové inkontinence.

Průzkum jsme prováděli dotazníkovou metodou u 60 pacientek, které přišly k lékaři a byly léčeny operačně pro stresovou inkontinenci. Dotazník obsahoval 20 otázek. Pacientky byly léčeny na gynekologickém nebo urologickém oddělení. Návratnost tvořila 70 % tedy 42 dotazníků. Věk operovaných pacientek pro stresovou inkontinenci byl 45 % v rozmezí 40-50 let, 24 % mezi 30-40lety, 14 % mezi 50-60 lety, 10 % nad 60 let a 7 % pod hranicí 30 let. Stále však stoupá procento starších žen trpících tímto onemocněním. Doba potíží před operačním řešením činila u 55 % dotazovaných pacientek několik let, několik měsíců přetrvávaly potíže v 45 %. Většina pacientek považuje za příčinu svého onemocnění porod a to 59 %. Další velkou skupinu tvoří pacientky přisuzující problémy prodělání břišní nebo vaginální operace 29 %. Věku přisuzuje příčinu 14 % a pouze 2 % dotazovaných pacientek příčinu onemocnění nezná. Jak porodem, tak i proděláním břišní nebo vaginální operace dochází k povolování svalstva pánevního dna. Přirůstajícím věkem také dochází k ochabování. Právě součet těchto faktorů je hlavní důvod vzniku stresové inkontinence moči. Pravidelným cvičením pánevního dna lze těmto problémům předejít, nebo alespoň oddálit jejich příchod. Této skutečnosti však mnoho žen nepřikládá velký význam.

Moč uniká při inkontinenci po zvýšení abdominálního tlaku a to buď při kašli a smíchu uváděného pacientkami v 78 %, zvednutí břemene tvoří vyvolávající příčinu úniku moči v 12 %, 10 % uvádí unik moči při chůzi a běhu. Množství moče unikající při zvýšení abdominálního tlaku je menší než 50 ml, je však vnímáno pacientkami individuálně. Jako únik několika kapek moči to vnímá 69 %, jako ustříknutí moči kolem 31 % dotazovaných žen. Z důvodu tohoto úniku moči řada pacientek používá pomůcky určené takto postiženým lidem a to přibližně 88 % dotazovaných, 7 % používá tyto pomůcky ojediněle, pouhých 5 % neužívá žádné pomůcky. V dnešní době je celá řada pomůcek na jedno použití určených ženám (vločky, plenkové kalhotky aj.). I přes možnosti užití řady těchto velice efektivních pomůcek je inkontinence chápána jako velký společenský problém. Únik moči 72 % dotazovaných silně rozrušoval, značně vadil 15 % a 13 % respondentek občas trápil. U žádné z dotazovaných pacientek nebyl únik moči pociťován jako bezproblémový, což svědčí o závažnosti tohoto onemocnění a to nejen ze stránky somatické, ale

i psychické a sociální. Během noci budil pocit nucení na močení 74 % dotazovaných, 26 % bylo bez tohoto problému. Omezení v intimním životě pociťovalo 83 % dotazovaných, toto vysoké procento nám může ukázat, že i rodinné soužití může být narušeno tímto onemocněním. Zhruba 17 % nepociťuje omezení v intimním životě. Sníženou pracovní schopnost v zaměstnání uvedlo 79 % z dotazovaných, 21 % pracovalo bez menšího omezení. Také toto vysoké procento omezení v zaměstnání ukazuje na společenský problém takto postižených žen, které pak mohou různým způsobem reagovat na svou sníženou pracovní schopnost. Operační výkon pro stresovou inkontinenci není jedinou možnou léčbou tohoto onemocnění. Přichází většinou na řadu až po selhání jiné méně zatěžující terapie. Proto celých 100 % dotazovaných pacientek uvedlo, že bylo před operací léčeno ještě jiným způsobem (léky, gymnastikou pánevního dna). Informace o své nemoci má dostatečné 86 % dotazovaných, pouze 14 % má jen částečné vědomosti o své nemoci, žádný z dotazovaných neměl nedostatečné informace. Je velmi pozitivní, že je velká informovanost pacientek léčených pro močovou inkontinenci. Právě ty mohou šířením těchto znalostí výrazně přispět k společenské osvětě a tím pomoci ženám, které dosud nedostaly odvahu přijít s obdobným problémem k lékaři. O možnostech operační léčby byly informovány všechny dotazované pacientky, což je dobrým ukazatelem rozvoje našeho zdravotnictví. Důkladně seznámit pacientku s výkonem, který má podstoupit, je důležité pro vzájemnou spolupráci mezi zúčastněnými.

Po operaci stresové inkontinence je po většině výkonů zaveden permanentní katetr, ten je pacientky vnímán jako určité omezení. U TVT je katetr zaveden 2-3 dny, u Burchovy operace asi 4 dny. Katetr silně omezoval 69 % pacientek, jako střední omezení pociťovalo 14 % a mírně omezoval 17 % všech dotazovaných. Velikost zátěže je samozřejmě úměrná délce zavedení permanentního katetru. Lépe je snášen 1 den, hůře týden. Spokojenost s péčí v nemocnici, a to jak s lékařskou, tak ošetrovatelskou je dalším důležitým ukazatelem kvality českého zdravotnictví. V dotazníku bylo s péčí velmi spokojeno 93 % respondentek a spokojeno 7 % všech dotazovaných. O kolik se zlepšila kvalita života po operaci jsme chtěli zjistit, jak se změnil náhled pacientek na život po úspěšné operaci stresové inkontinence. Před léčbou pacientky prožívaly pocity dlouhodobého napětí, frustrace, studu, zahanbení, strach ze zápachu nebo znečištění, úzkost z odhalení této „společensky nepřijatelné“ komplikace, obavy z posměchu okolí. Po operaci stouplo sebevědomí pacientek a snížily se tak psychické problémy způsobující změnu v sebehodnocení pacienta.

Změnu kvality života vyznačily dotazované pacientky na 5 stupňové stupnici, kdy 1 znamenala malé zlepšení, 5 velké zlepšení. Velké zlepšení označené na stupnici 5 uvedlo 67 % žen, stupněm 4 bylo označeno 33 % ze všech dotazovaných patientek. Tato čísla nás tedy informovala o zlepšení života po úspěšné operační léčbě a návratu pacientky do běžného společenského života.

Závěr

Inkontinence moči patří mezi časté zdravotní potíže přinášející celou řadu problémů. Nejedná se jen o problém somatický, ale zároveň psychický, sociální, ekonomický, jehož dopadem jsou i důsledky pro partnera, rodinu a ošetřující. Mezi psychické důsledky inkontinence patří pocity studu, zahanbení, frustrace, vzteku, vystavení posměchu, nízké sebehodnocení, úzkost, porucha sexuálních funkcí, horší životní spokojenost. Sociální důsledky inkontinence se projevují v omezení pracovních aktivit, snížené produktivitě, v omezení běžných činností, v omezení společenských vztahů, sociální izolací, sociální stigmatizací, nutností trvalé ústavní péče.

Ošetřující by měli zohledňovat zvyklosti inkontinentních žen, rozeznat psychické faktory a pokud je možno, změnit je. Umožnit konflikt objasňující rozhovory, aby se redukovaly vztahové faktory jako inkontinentní faktory. Životní prostředí a toaletu uspořádat bezbariérově a pořídit pacientce oděv, který lze snadněji svléknout. Pokusit se pochopit u inkontinentního pocit studu, viny, strachu a vzteku i respektovat jeho intimitu. Aktivovat ho, podněcovat ho k samotné intimní péči. Plánovat společně ošetřovatelská opatření, realizovat je, vyhodnocovat je. Pokud je žena mobilní, zprostředkovat účast na svépomocných sezeních podobně postižených pacientů. Osvojovat nácvik kontinence.

Literatura

- [1] Macků, F., Čech, E. 2002. *Gynekologie*. Informatorium, 1.vydání, Praha, 2002, 170 s. ISBN 80-7333-001-6.
- [2] Doenges, M. E., Moorhous, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada, 2. vydání, Praha, 2001, 568 s. ISBN 80-247-0242-8.

Kontaktní údaje

Mgr. David Rezničenko
Nemocnice Havlíčkův Brod
e-mail: david.reznicenko@onhb.cz

PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Katedra zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava
e-mail: l.cetlova@gmail.com

Carbohydrates, Glycemic Index of food and patients health - importance in nursing practice

Jan Antoni Rutowski

Abstract

Total carbohydrates are the sum of all the sugars, starches, and fiber that the patient consumes. The glycemic index (GI) is a measure of ingested carbohydrates effects on blood glucose levels. Complex carbohydrates with low glycemic index normalize glucose and lipid metabolism, and decrease risk of such diseases as obesity, diabetes and coronary heart disease. The patient who is diagnosed as a diabetic must face the challenges of restructuring their diet. A health diet and proper management can enhance their health by promoting stable glucose. Eating healthy by making choices from nutritional food groups can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with their current diabetic medication. Here is important role of nurses for promotion of healthy diet with low GI in diabetic patients.

Key words

Nutrition, Carbohydrates, Glycemic Index, Diabetes, Nursing practice

Introduction. Types of carbohydrates

Carbohydrates belong to macronutrients. Amount and quality of dietary carbohydrates significantly influence human health. Carbohydrates are for the human body one of the key energy substrates. They are widely used compounds in the vegetable and it is also the source of the majority of carbohydrates consumed by us. The content and type of carbohydrates in the diet have a significant impact on human health. Excess or deficiency of certain carbohydrates in the diet can significantly modify the risk of developing diet-related diseases. In particular this applies to many types of diseases such as diabetes, obesity, atherosclerosis, gastrointestinal cancers [11,13]. Considering the role of carbohydrates and their place in human nutrition, it is noted: simple carbohydrates (mono-and disaccharides), which include glucose, fructose,

sucrose, lactulose and complex carbohydrates (polysaccharides), amongst others starchy carbohydrates (commonly referred to as starch) and fiber. Assessing the carbohydrate metabolic effects, we are talking about digestible and indigestible carbohydrates. Digestible carbohydrates are fully hydrolyzed in the digestive tract to the monosaccharides, and their absorption causes an increase in glucose level in the circulation. Non-absorbable carbohydrates do not cause increases in blood glucose, because they cannot be hydrolyzed into simple sugars, but can be fermented under the influence of intestinal bacteria. Indigestible carbohydrates with high impact on human health are the components of dietary fiber, which is called dietary fiber [11].

Glucose and fructose are present in products such as honey, fruit, including berries and vegetables. They arise as products of hydrolysis of saccharose and starch. Saccharose is the main disaccharide present in the human diet. In large quantities it is consumed as an addition to various types of products, especially cakes, sweets, beverages, desserts and jams. It is also present in honey, fruit and certain vegetables. Glucose is a bit less sweet than saccharose by about 20-30%, while fructose is about 40% sweeter than saccharose taste. Extremely high fructose sweetening properties make it possible for fructose syrups to be commonly used in the food industry in the manufacture of various types of products with a sweet taste, such as drinks and desserts. Lactose is a disaccharide commonly existing in milk and dairy products. Many products which have milk in their composition or the milk also contain lactose. It is also present in breast milk and is the main carbohydrate component. Lactose is hydrolyzed to galactose and glucose. Starch is the most important plant polysaccharide supplied by the diet. Starch derived from different sources varies in the spatial structure of the chain, which is comprised of a large number of glucose molecules, which makes it slightly different as far as physicochemical properties are concerned. The main components of the diet supplying the polysaccharides are starch grains, rice and potatoes [3,12,13].

Digestion and absorption of carbohydrates

Digestion of carbohydrates in the gastrointestinal tract is carried out by many enzymes. In the oral cavity under the influence of salivary amylase the digestion of starch starts. The result of this action are oligosaccharides with different chain lengths. Their further digestion occurs in the small intestine, where pancreatic amylase works and disaccharides are created such as maltose and isomaltose. Hydrolysis of disaccharides both those arising from the decomposition of poly-

and oligosaccharides and those supplied in the diet, saccharose and lactose, takes place under the influence of enzymes present in the intestinal mucosa. Enzymes: maltaza and izomaltaza hydrolyze maltose and isomaltose into glucose, saccharase hydrolyses saccharose into glucose and fructose, whereas lactase hydrolyses lactose into glucose and galactose. Then, all monosaccharides are absorbed through the intestinal epithelial cells and this process significantly depends on the presence of specific transport proteins [3,11,12,13].

Carbohydrate metabolism

The absorbed monosaccharides are transported mainly to the liver. It is the organ responsible for maintaining adequate concentration of sugar glucose in blood to provide inputs to the cells of other tissues. The liver picks up glucose and converts it into glycogen and uses it in other metabolic processes. Glycogen stored in the liver is essential to ensure a constant level of glucose in the circulatory system when not supplied with the carbohydrate diet. The decrease in blood glucose level stimulates the pancreas cells to synthesis of alpha islands hormone glucagon, which activates the breakdown of glycogen in the liver and then elevation of glucose secretion into the circulatory system, which ensures the appropriate concentration and flow into the cells of peripheral tissues such as fat and muscle tissues, that uses glucose for metabolism. Increasing the concentration of glucose in the circulatory system, which occurs after eating a meal containing carbohydrates, is a factor stimulating the synthesis of insulin by the beta cells of pancreatic isles. Insulin is a hormone that regulates glucose uptake by fat cells and skeletal muscle cells, known as insulin dependent tissues. These cells have surface membrane receptors, binding insulin. The interaction of insulin with the receptor activates the synthesis of a specific glucose transporter (GLUT4) transporting glucose into the cells of these tissues. In adipocytes, glucose is used for the synthesis of triglycerides (the compounds composed of glycerol formed from glucose and fatty acids). Skeletal muscle cells capture glucose from the circulatory system and accumulate it in the form of glycogen, which is a key substrate for allowing muscles to produce energy and perform physical activity. Glucose present in the circulatory system is still taken up by cells and other tissues. This process is independent of the presence of insulin (and the tissues are called "insulin-independent") and takes place through cell membranes present in the specific glucose transporter GLUT family. For example, GLUT1 transporter is present in the cell membranes of various tissues and it is such responsible for glucose

uptake by red blood cells and brain. Fructose supplied in a diet is phosphorylated in the liver and enters the pathway of glucose (glycolysis pathway), and is used for the synthesis of glycogen, triacylglycerol, or in the process of gluconeogenesis. However, galactose formed during digestion of lactose is used by the liver primarily to the synthesis of glycogen [3,11,13].

The metabolic effects of carbohydrate foods

The type of supplied carbohydrates and type of food which is their source significantly determine the degree of release and absorption of these compounds in the gastrointestinal tract and their effect on glucose metabolism in the body. One of the key elements is the influence of the type of carbohydrates consumed on the postprandial glycemic image, which depends on the speed of flow of glucose and insulin-dependent speed of its absorption. Insulin is a hormone critical in the metabolism of carbohydrates in the human body. In a healthy person, there is close relationship between plasma concentration of glucose and insulin in the blood. Glucose is a factor stimulating the synthesis and secretion of insulin by beta cells pancreatic isles. Insulin stimulates the uptake of glucose by cells of muscle and adipose tissue. In addition, this hormone reduces hepatic gluconeogenesis, glycogenolysis and lipolysis, also activates of lipogenesis and synthesis of glycogen. The reduced production of insulin, as well as tissue resistance to insulin, which is abnormal insulin dependent cell response to a signal transmitted by insulin, are the disrupters of glucose metabolism, leading to the occurrence of excessive and long-persistent postprandial hyperglycemia and elevated levels of fasting glucose and ultimately contributing to development of diabetes. There is no doubt that diet can have a significant impact on the development of insulin resistance and type 2 diabetes. However, this relationship is a complex one. In humans, obesity plays the key role in the development of insulin resistance. The emergence of obesity is associated with excessive, in relation to the needs, shuttle of energy and its storage in adipose tissue. Numerous studies have shown that high intake of saturated fatty acids increases the risk of obesity, insulin resistance and type 2 diabetes [9,16].

Reducing the amount of energy from fat, lower consumption of saturated fatty acids and their substitution by polyunsaturated fatty acids is associated with decreased risk of developing insulin resistance and type 2 diabetes. However, too high levels of carbohydrates, particularly refined ones in the diet can also contribute to and make the phenomenon of insulin resistance worse and lead to

diabetes [4,11]. Thus, kind of carbohydrates supplied and source of their origin play a key role. These are the factors affecting the rate of absorption and glycemic response of the organism to the ingested carbohydrates. The importance of these elements is reflected in the concept of glycemic index foods [5,6,17,18].

Glycemic Index

The glycemic index (GI) describes the glycemic effect (the degree and rate of increase in blood sugar) of food that provides a certain amount of carbohydrates (classic 50g) over a standard home system, a solution of 50g of glucose or short-circuiting a portion of white bread providing 50 g of carbohydrates. The glycemic index significantly depends on the speed of digestion and absorption of carbohydrates supplied, which in turn is dependent on the characteristics of foods, such as the structure of the carbohydrate intake, food preparation methods (eg cooking), the presence of fiber and fat and protein content [5].

Consumption of foods with low glycemic index, compared to the consumption of foods with high glycemic index, is associated with a decrease of postprandial elevated blood glucose levels and with the slow normalization of the glucose levels, because of reduction of insulin secretion, and thus a lower postprandial hiperinsulinaemia [1,17,18]. Longer duration of absorption of carbohydrates causes prolonged in time inhibiting the release of free fatty acids from adipose tissue, and thus lower their supply to the liver. This is conducive to making the process of glucose uptake. As a result, rapid removal of glucose from the circulatory system is possible and lower blood glucose levels can be obtained in a specified period of time, despite the extended time of intestinal absorption of dietary carbohydrates provided. It was observed that consumption of foods with low glycemic index improves glucose tolerance after the next meal. Foods with low glycemic index reduce postprandial glucose and insulin level in subjects with normal metabolism of carbohydrates, as well as in people suffering from diabetes. Low glycemic index foods also normalize lipid metabolism, causing a decrease of LDL cholesterol and a decrease of triglycerides and promote an adequate level of cholesterol DHL, which is associated with a decrease in risk of atherosclerosis and cardiovascular disease, including coronary heart disease. The study population shows an inverse relationship between the glycemic index foods and the incidence of myocardial infarction [5,6,15,16,17,18].

The results of many investigations clearly show that the glycemic index is an important element in differentiating metabolic effects of food carbohydrates and

evaluate the relationship between dietary carbohydrates and the risk of diabetes, atherosclerosis, and certain cancers. The studies indicate, among others, a connection between diet with high glycemic index and risk of colorectal cancer or cancers of the breast. The concept of glycemic index shows that not only the amount of carbohydrates but also their nature and source of origin are important conditions of both short-and long-term metabolic effect and the consequent impact on health [1,5,6,10].

Recommendations for carbohydrate intake

Carbohydrates absorbed are one of the key elements of the diet and one of the main sources of energy substrates used by the body's cells. Currently it is believed that glucose is the only physiological substrate for brain energy and therefore diet must provide at least the amount of carbohydrates which covers the demand of the brain for glucose ranging 130g/24 hours both for children and adults. These recommendations may be met if the carbohydrates come from more than 45% of energy needs. At the same time it is believed that most of the energy supplied by the diet (i.e. above 50%) has come from carbohydrates, the key should be the provider of complex carbohydrates of the above products with low glycemic index. Currently, information on the glycemic index of many products and dishes is available. Particular attention is paid to the increased consumption of wholegrain cereals, vegetables, legumes. It is strongly recommended that highly processed and refined carbohydrates should be eliminated from the diet [9,11]. In addition, attention is drawn to reduce sugar intake. Naturally occurring mono-and disaccharides are mainly found in fruit and milk and dairy products and therefore the products that are an important source of vitamins and minerals. However, currently recorded an increase in consumption of sugars in the diet is associated primarily with increased consumption of highly processed products such as soft drinks and sweets [12]. A particular concern is the increased consumption of fructose, which is now added as a sweetener to many soft drinks, desserts, confectionery or sweets. Metabolic effect of fructose is significantly different from the effect of glucose. Fructose compared with glucose produces a much lower glycemic response and does not stimulate production and secretion of insulin. In the liver, fructose increases hepatic synthesis of triglycerides to a much higher degree than glucose, which may favor the development of hypertriglyceridaemia. Low glycemic response and the lack of induction of insulin secretion are considered important factors to facilitate glucose control in patients with type 2 diabetes. At the same time no significant effect on insulin secretion and also leptin, may

adversely affect the mechanisms that regulate energy intake and the development of obesity and insulin resistance. The high content of fructose in the diet and lack of stimulation of insulin production may be associated with the lack of insulin-dependent inhibition of lipolysis in adipocytes, lead to high levels of free fatty acids, promote the development of insulin resistance and impair glucose tolerance. This effect may be particularly pronounced in people with overweight and obesity. Research shows a direct link between high consumption of fructose and the development of insulin resistance, hyperinsulinemia, glucose intolerance, hypertriglyceridemia, and hypertension. Currently recorded a significant increase in consumption of added fructose as a sugar, can have adverse metabolic consequences, promote the development of obesity, metabolic syndrome, resulting in type 2 diabetes and atherosclerosis [3, 12,14].

Apart from digestible carbohydrates, dietary fiber is an important component of a diet. Fiber intake does not increase blood glucose levels. Fiber increases content of intestinal and fecal matter causing shortening of intestinal transit and increasing the frequency of bowel movements, thus preventing constipation. Polysaccharides present in fiber, degradable under the influence of intestinal bacteria to short-chain fatty acids and carbon dioxide, hydrogen and methane – can stimulate the development of intestinal flora and help to maintain the appropriate balance between the bacteria and the probiotic bacteria. The components of dietary fiber such as pectins, affect the metabolism of cholesterol by binding bile acids, thus reducing the resorption of these acids and increasing their excretion in the faeces. This leads to an increase in cholesterol being transformed to bile acids and an increase in excretion of it with bile. Therefore, high fiber diet has hypocholesterolemic effects. In addition, dietary fiber affects the absorption of digestible carbohydrates, causing a reduction in postprandial glucose, resulting in a reduction of insulin secretion. Foods rich in fiber are a group of products with a low glycemic index. Cereal and whole grains, vegetables and pulses as well as fruit are a good source of dietary fiber.

Glycemic Index of food and health - importance in nursing practice

The patient who is diagnosed as a diabetic must face the challenges of restructuring their diet. A health diet and proper management can enhance their health by promoting stable glucose. The diabetic uses oral hypoglycemic agents, insulin or both must still monitor their eating habits and know what food groups to choose from to help them control their blood glucose levels [7].

A healthy diet is essential for the diabetic client. The diabetic food pyramid is not much different from the food pyramid for the non-diabetic population. Total carbohydrates are the sum of all the sugars, starches, and fiber that the diabetic consumes. It has been proven that there are certain carbohydrates that can cause a rise in serum blood glucose levels. These carbohydrates are identified by their glycemic index. The glycemic index or GI is a measure of ingested carbohydrates effects on blood glucose levels [2,7]. Carbohydrates that are broken down quickly in the digestive tract are considered having a high glycemic index, whereas, carbohydrates that are broken down slowly have a low glycemic index. Depending on which type of carbohydrate a diabetic chooses or like to eat can have an impact on the blood glucose level. The glycemic index is not usually found on food labels. So how does one tell the difference between high and low glycemic index foods? It is not that hard to tell. Here is important role of nurses for promotion of healthy diet in diabetic patients. Processed sweets, foods high in sugar, cakes, sweets, sweet breads and candy contain carbohydrates with a high glycemic index, basically all the goodies. Foods that have a low glycemic index are those foods that take the digestive system longer to break down, such as grains, fibers, fruit and vegetables. These low glycemic foods help the diabetic balance their blood glucose levels because the foods do not cause a rush of sugar into the blood stream. Instead there is a gradual release of glucose. The diabetic who is on insulin or oral hypoglycemic agents will be able to keep their blood sugar from spiking. Blood glucose levels can still get very high with insulin and oral hypoglycemic agents. This is what the diabetic needs to avoid. This is what is meant by the term, "tight glycemi control". Nurse can help the diabetic not only in glycemi control and proper medication but also make educated healthy good choices about the foods that they like to eat [2,7]. The Glycemic Index recommends the following choices: use breakfast cereals based on oats, barley and bran; use breads with whole grains, stone-ground flour, sour dough; reduce the amount of potatoes consumed; eat all other types of fruit and vegetables and enjoy salads vegetables. It is recommended that the diabetic client lower their saturated fat intake. Cholesterol can be reduced by avoiding organ meats such as kidneys and liver, and by limiting egg yolks to two weekly. If at all possible, alcohol should be avoided, however if it is not possible, then the diabetic should try to limit their intake to two or fewer daily. Alcohol is just empty calories and has no nutritional value [8]. Eating healthy by making choices from nutritional food groups, food that have a low glycemic index, can help the diabetic achieve stable blood glucose levels in conjunction with their current diabetic medication.

Literature

- [1] *Bessesen D.H. The role of carbohydrates in insulin resistance. J. Nutr. 2001, 131, 2782S-2786S.*
- [2] *Dudek S.G. Nutrition Essentials for Nursing Practice, 5th ed., Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, copyright 2006.*
- [3] *Elliot S., Keim N., Stern J., Teff K., Havel P. Fructose weight gain, and the insulin resistance syndrome. Am. J. Clin. Nutr. 2002, 76, 911-922.*
- [4] *EURODIET. European Diet and Public Health. The continuing challenge. Working Part 1: Final Report, 14 June 2000; <http://eurodiet.med.uoc.gr/>.*
- [5] *Jakobsen M.U., Dethlesten C., Joensen A.M., Stegger J., Tjonneland A., Schmidt E.B., Overvad K. Intake of carbohydrates compared with intake of saturated fatty acids and risk of myocardial infarction: importance of the glycemic index. Am. J. Clin. Nutr. 2010, 91, 1764-1768.*
- [6] *Jenkins D., Kendall C., Augustin L., Franceschi S., Hamidi M., Marchie A., Jenkins A.L., Axelsen M. Glycemic index, overview of implications in health and diseases. Am. J. Clin. Nutr, 2002, 76(Suppl), 266S-273S.*
- [7] *Kimmel N. Addressing the Dietary Needs of the Diabetic. http://ezinearticles.com/?expert=Nancy_Kimmel.*
- [8] *Lewis, Sharon, Heitkemper, Margaret, Dirksen, Shannon, Medical Surgical Nursing, Publisher: Mosby, copyright 2006.*
- [9] *Lichtenstein A., Appel L., Brands M., Carnethon M., Daniels S., Franch H.A., Franklin B., Kris-Etherton P., Harris W.D., Howard B., Karanja N., Lefevre M., Rudel L., Sacks F., Van Horn L., Winston M., Wylie-Rosett J. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006. A Scientific Statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation 2006, 114, 82-96*
- [10] *Lu S., Willet W.C., Stampfer M.J. A prospective study of the dietary glycemic load, carbohydrate intake, and risk of coronary heart disease. Am. J. Clin. Nutr. 2000, 71, 1455-1461.*
- [11] *Macronutrients and health. In: Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients). 2005, The National Academy of Science, <http://nap.edu/openbook/0309085373/html/265.html>.*

- [12] Malik V.S., Schulze M.B., Hu F.B. Intake of sugar - sweetened beverages and weight gain a system review. *Am. J. Clin. Nutr.* 2006, 84, 274-288.
- [13] Nowicka G. Węglowodany - efekty metaboliczne i zdrowotne. *Lek w Polsce.* Vol.20, 6/7 (233), 2010, 64-70, (In Polish).
- [14] Parks E.J., Hellertin H.U. Carbohydrate induced hypertriacylglycerolemia: Historical perspective and review of biological mechanisms. *Am. J. Clin. Nutr.* 2000, 71, 412-413.
- [15] Pi-Sunyer F.X. Glycemic index and disease. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76 (Suppl), 280S-288S.
- [16] Report of the Joint WHO/FAO expert consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Geneva, Switzerland 2002.
- [17] Willett W.C, Manson J., Lin S. Glycemic index, glycemic load and risk of type 2 diabetes. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002, 76(suppl):274S-280S.
- [18] Willett W.C. Overview and perspective in human nutrition. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2008;17 Suppl 1:1-4.

Sacharidy, Glykemický index potravín a zdravia pacientov - význam v ošetrovateľskej praxi

Abstrakt

Celkový sacharidový príjem zahŕňa všetky cukry, škroby a vlákninu, ktoré pacient prijal. Glykemický index (GI) je miera, ktorá vyjadruje vplyv prijatých cukrov na hladinu glukózy v krvi. Komplexné sacharidy s nízkym glykemickým indexom normalizujú krvnú glukózu a metabolizmus tukov a znižujú riziko chorôb ako napríklad obezita, diabetes mellitus a ateroskleróza. Pacient s diagnózou diabetes mellitus je vystavený potrebe zmeniť svoje stravovanie. Správne diétne návyky môžu prostredníctvom stabilnej glukózy posilniť celkové zdravie pacienta. Správne stravovanie a vhodný výber potravín v spojení s aktuálnou medikáciou pomáha stabilizovať hladinu krvnej glukózy. V tomto bode je dôležitá práve úloha sestry, ktorá má diabetickému pacientovi ukázať a vysvetliť správnu diétu zameranú na potraviny s nízkym glykemickým indexom (GI).

Klíčová slova

Výživa. Cukry. Glykemický index. Diabetes. Ošetrovatel'stvo

Kontaktní údaje

Dr. Jan A. Rutowski, Ph.D. in Pharmacology
specialist in pharmacology and clinical analytics
Nursing and Health Sciences Institute, Faculty of Medicine,
University of Rzeszów
35-959 Rzeszów, ul.Warzywna 1.
E-mail: rutowski@mp.pl

Psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta počas anestézie

Zuzana Rybárová

Abstrakt

Zo súčasne dostupných prameňov, teoretických východísk a praktických skúseností z reálnej praxe je známe, že takmer všetky spôsoby anestézie, celková aj regionálna, sú spojené s množstvom rizík a komplikácií, ktoré ovplyvňujú chorobnosť a úmrtnosť pacienta. Pre anestéziologický tím spočíva prevencia rizík a nebezpečenstiev počas anestézie v starostlivom predanestetickom vyšetrení, optimálnej predanestetickej príprave, nepretržitom klinickom a prístrojovom monitorovaní pacienta, zabránení aspirácie pri úvode, sledovaní priebehu operácie a zabezpečení dozoru nad pacientom v bezprostrednom pooperačnom období. Riziká a nebezpečenstvá anestézie však môže ovplyvniť aj správna ošetrovateľská starostlivosť, ktorá musí byť poskytovaná nepretržite v celom perianestetickom období. I keď pacient zotráva v anestézii krátke časové obdobie, môže anestézia u pacienta vyvolať množstvo nepríjemných pocitov a zážitkov. Dôležitá je komunikácia s pacientom, spätná väzba, systémové zisťovanie pacientovho pohľadu na úroveň predanestetickej prípravy a jeho skúsenosti s anestéziou.

Kľúčové slová

Anestézia. Obavy. Strach. Nepríjemné zážitky. Skúsenosti.

Úvod

V príprave pacienta na anestéziu zohráva dôležitú úlohu psychologická príprava pacienta. Je dôležitou podmienkou pre hladký úvod a nekomplikovaný priebeh anestézie. Rozrušenie pacienta spôsobuje tachykardiu a hypertenziu, čo môže ovplyvniť zdravotný stav hlavne u pacientov s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Na pacientov nepriaznivo vplýva zvýšený ruch okolo nich, nervozita zdravotníckych pracovníkov a zaobchádzanie s ostatnými pacientmi. Mnohí pacienti veľmi citlivo vnímajú aj pohľad na množstvo zdravotníckej techniky. Taktiež pacienti môžu nepriaznivo vnímať priebeh anestézie a s ním môžu u pacienta vyvolať množstvo nepríjemných pocitov.

Z tohto hľadiska sú etické požiadavky na správanie a prejav zdravotníckych pracovníkov z hľadiska psychologického prípravy na operáciu a anestéziu prísne náročné. Preto musia za každých okolností zachovať pokoj, trpezlivosť a rozvahu, musia vedieť láskavo nadviazať osobný kontakt s pacientom a venovať dostatok pozornosti jeho ťažkostiam, prosbám a sťažnostiam. Taktiež by mali vedieť pacienta dostatočne edukovať o tom, čo pacient môže očakávať od anestézie a vedieť ho vhodným spôsobom povzbudiť. Musia pacientovi pomôcť pri vytváraní správneho vzťahu k prístrojovej technike, monitorovaniu alebo liečbe, prípadne nepríjemným procesom, ktorým sa podrobí (1).

Vzhľadom k preštudovanej problematike sme sa rozhodli venovať pozornosť hlavne nepríjemným pocitom a zážitkom počas anestézie. Ako predmet predvýskumu sme si stanovili aké skúsenosti má pacient s anestéziou. Na začiatku predvýskumu sme si kládli nasledovné otázky: Z čoho má pacient v predoperačnom období najväčšie obavy a strach? Aké sú najčastejšie negatívne zážitky pacientov v perianestetickom období? Aké sú osobné skúsenosti pacienta s anestéziou? Ako ciele predvýskumu sme si stanovili: 1. Identifikovať najčastejšie obavy a strach u pacientov v bezprostrednom predoperačnom období. 2. Identifikovať negatívne zážitky u pacientov v perianestetickom období. 3. Zistiť osobné skúsenosti pacienta s anestéziou.

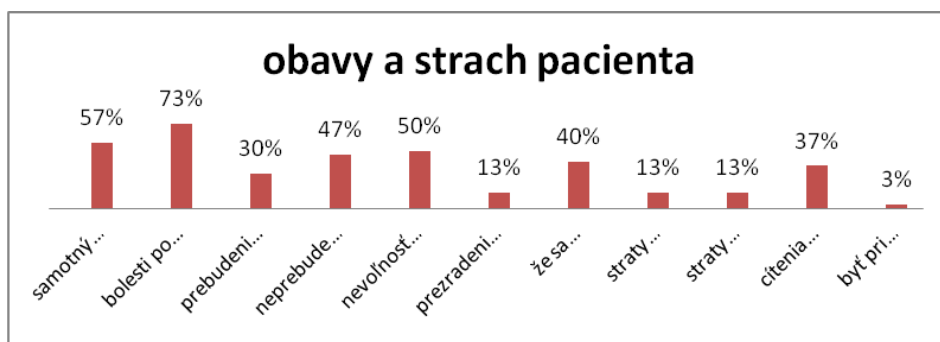
Do prvej časti výskumu bolo zaradených 30 respondentov. Ako zaraďovacie kritériá sme si stanovili pacientov s indikovaným operačným zákrokom v jednotlivých chirurgických odboroch – brušná chirurgia, úrazová chirurgia, neurochirurgia, gynekológia, pôrodnica, urológia v UN Bratislava Nemocnici akad. L. Dédera.

Ako výskumnú metódu sme si zvolili štruktúrovaný rozhovor, ktorý nám umožnil získať informácie o pacientových skúsenostiach s anestéziou. Použili sme vopred pripravený formulár. Formulár bol zadávaný pacientom po anestézii a bol zameraný na hodnotenie nepríjemných pocitov pacientov bezprostredne pred anestéziou a na zisťovanie negatívnych zážitkov pacienta po anestézii s jeho spätným pohľadom.

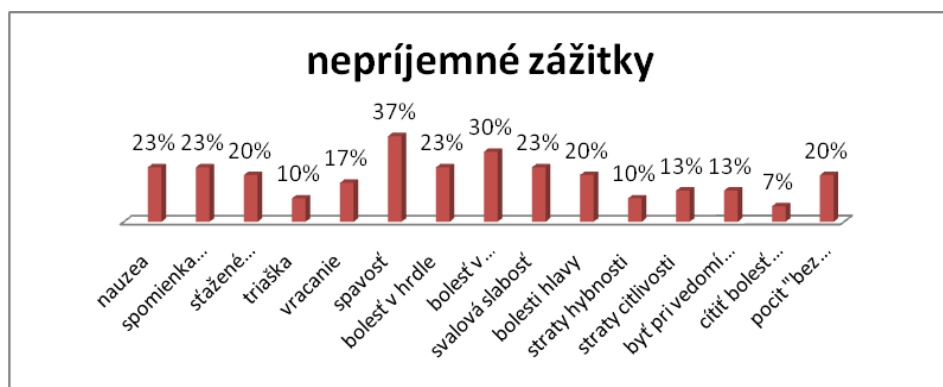
Výsledky predvýskumu

Prvým cieľom predvýskumu bolo identifikovať najčastejšie predoperačné obavy a strach u pacienta bezprostredne pred anestéziou. Jecková-Tholeová, Hallbaumová, Pichlmayrová (1998) popisujú typické predoperačné obavy a strach pacienta pred anestéziou v tom, že sa „*neprebudí z narkózy, v priebehu anestézie prezradí nejaké tajomstvo, operácia sa začne skôr než*

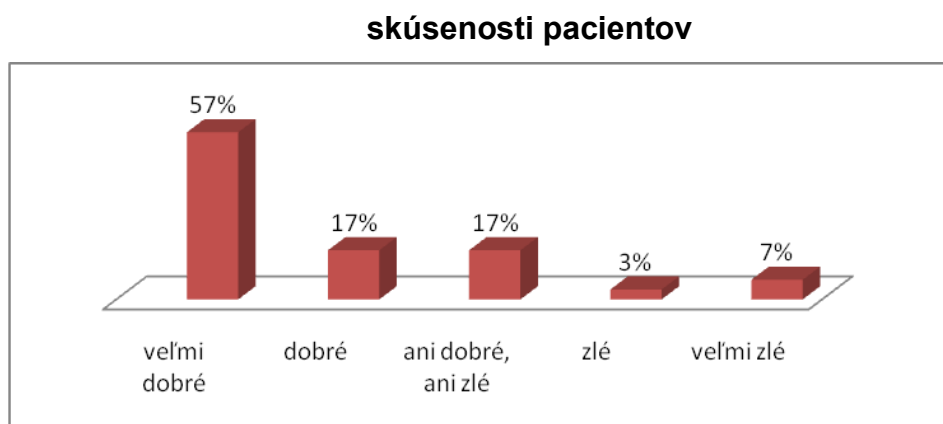
zaspí a on zažije veľkú bolesť, zobudí sa v priebehu operácie a bude všetko vnímať, operácia ho zmrzačí, po operácii bude trpieť veľkými bolesťami“. Bohuš (1992) udáva že: „Psychiku pacienta neovplyvňuje len strach z operácie, ale vplývajú na ňu aj negatívne momenty súvisiace s jeho pobytom v nemocnici.“ Po preštudovaní literatúry sme si zvolili 11 možných faktorov, ktoré by mohli ovplyvňovať pacientov psychický stav pred anestéziou. Na základe získaných údajov od pacientov sme zistili, že najväčší strach a obavy mali naši respondenti z bolesti po operácii 22 (73 %), nasledovali za ním strach a obavy zo samotného operačného výkonu 17 (57 %), nevoľnosť na zvracanie a zvracanie po operácii 15 (50%), neprebudenie sa z narkózy 14 (47 %), že sa operácia začne skôr než pacient zaspí 12 (40 %), cítenia bolesti počas anestézie 11 (37 %), prebudenie počas anestézie 9 (30%), prezradenia tajomstva, straty hybnosti a straty citlivosti 4 (13 %), najmenší strach mali pacienti z pocitu byť pri vedomí a všetko počuť 1 (3 %).



Nasledujúcim cieľom bolo zistenie nepríjemných zážitkov u pacientov v perianestetickom období. Na základe výskum Macaria, Weingera, Carneyho (1999) sme si stanovili 10 možných nepríjemných zážitkov u pacientov v perianestetickom období. Pomocou výskumu Macar, Weinger, Carney (1999) dospeli k záveru, že najčastejším negatívnym zážitkom u pacientov v perianestetickom období je bolesť v operačnej rane, po ňom nasleduje nevoľnosť, bolesť v krku, triaška, svalová slabosť, vracanie... Výsledky nášho prevýskumu nám však dali nasledovné poradie: spavosť 11 (37 %), bolesť v operačnej rane 9 (30 %), nauzea, spomienka bez bolesti, bolesť v hrdle a svalová slabosť 7 (23 %), sťažené dýchanie, bolesti hlavy a pocit „bez problémov“ 6 (20 %), vracanie 5 (17 %), strata citlivosti, byť pri vedomí a všetko počuť 4 (13 %), triaška, strata hybnosti 3 (10 %), najmenej vyskytovaný nepríjemný zážitok bol cítenie bolesti počas operácie 1 (7 %).



Posledným cieľom predvýskumu bolo zistenie aké sú osobné skúsenosti pacienta s anestéziou. Na základe našich zistení sme dospeli k nasledovnému. Veľmi dobré skúsenosti malo 17 pacientov (57 %), dobré skúsenosti 5 (17 %), ani dobré, ani zlé skúsenosti 5 (17 %), zlé skúsenosti 1 (3 %), veľmi zlé 2 (7 %).



Na základe týchto zistení sme dospeli k záveru, že u pacienta v perianestetickom období sa vyskytuje množstvo nepríjemných pocitov a zážitkov. Menšie množstvo pacientov udáva, že má zlé, alebo veľmi zlé skúsenosti s anestéziou. Vzhľadom na to by sme stanovili nasledovné vízie do budúceho výskumu: Zistiť, či úroveň informovanosti pacienta o anestézii a jej rizikách zvyšuje psychickú pohodu pacienta a zlepší pooperačnú adaptáciu pacienta. Zistiť, či nepríjemné zážitky u pacientov v perianestetickom období sú závislé od objektívnych demografických údajov (vek, pohlavie, rodinný stav, vzdelanie, voľba anestézie). Zistiť, či nepríjemné pocity u pacienta v perianestetickom období súvisia s nepriaznivými faktormi (prostredie, čas,

emócie, schopnosti komunikujúceho). Zistiť, či úroveň informovanosti a psychická pohoda je ovplyvnená predchádzajúcimi skúsenosťami.

Záver

Obdobie počas anestézie je pre pacienta veľkou záťažou po psychickej stránke. Takmer všetci pacienti majú pred anestéziou strach. Sú však v rozličnej miere pripravení si ich strach a obavy pripustiť a hovoriť o nich (3). Nesmierne dôležité je, aby samotná operácia a anestézia prebiehali v priateľskej atmosfére a aby bola vytvorená dostatočná komunikácia medzi sestrou a pacientom.

Zoznam bibliografických odkazov

- [1] BOHUŠ, O. 1992. *Anestéziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť*. Martin: Osveta, 1992. 416 s. ISBN 80-217-0436-5.
- [2] JECKOVÁ-THOLEOVÁ, S. - HALLBAUMOVÁ, I. - PICHLMAYROVÁ, I. 1998. *Anestéziológia praktická príručka*. Martin : Osveta, 1998. 312 s. ISBN 80-88824-81-8.
- [3] LARSEN, R. 2004. *Anestezie*. Praha : Grada Publishing, 2004. 1392 s. ISBN 80-247-0476-5.
- [4] MACARIO, A. - WEINGER, M. - CARNEY, S. 1999. Which Clinical Anesthesia Outcomes Are Important to Avoid? The Perspective of Patients. [online]. [citované 03.07.2010]. Dostupné na internete: <<http://www.anesthesiaandanalgesia.net/content/89/3/652.full.pdf+html>>.

Kontaktné údaje

PhDr. Zuzana Rybárová
SZU Bratislava Katedra intenzívnej ošetrovateľskej starostlivosti
Limbová 12
833 03 Bratislava
tel.: 02/59370 300
e-mail: zuzana.rybarova@szu.sk

Kvalita komunikácie s onkologickým pacientom

Viera Ryšková, Lada Cetlová

Abstrakt

Zisťovali sme spokojnosť s kvalitou komunikácie s onkologickým pacientom v ústavných zariadeniach a vnímanie úrovne komunikácie z pohľadu pacienta a jeho rodiny.

Výskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky sme spracovali štatisticky.

Zistili sme, že spokojnosť s kvalitou komunikácie s onkologickým pacientom v ústavných zariadeniach je dobrá a vnímanie jej úrovne zo strany pacientov a rodinných príslušníkov je pozitívne. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Navrhujeme zvyšovať úroveň komunikácie do takej miery, aby sa zvyšovalo uspokojovanie psychických a sociálnych potrieb pacienta. Motivovať sestry neustálemu kontinuálnemu vzdelávaniu v komunikácii s onkologickým pacientom.

Kľúčová slova

Onkologický pacient, komunikácia, potreby, kvalita.

ÚVOD

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Skutočnosť, že umieranie na rakovinu trvá relatívne dlho je spojená s výrazným psychickým a fyzickým utrpením.

V posledných rokoch na Slovensku zomiera asi 11.000 ľudí na zhubné nádory čo predstavuje 20% úmrtnosť. U mužov sa najčastejšie vyskytuje karcinóm pľúc, rakovina kože, hrubého čreva, konečníka, močového mechúra a žalúdka. U žien sú na prvom mieste nádory prsníka a ženských pohlavných orgánov.

Dvadsať storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viacej boja utrpenia než samotnej smrti. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa

viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú.

Komunikácia ako spôsob vzájomnej medziľudskej interakcie má nezastupiteľnú účasť aj v procese ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnej dobe sa kladie čoraz väčší význam aj na ciele zameranie sa na pacientove potreby, prežívanie a správanie sa. Nakoľko sa jedná o problematiku veľmi aktuálnu, poznanie pacientovej osobnosti umožňuje zdravotníckym pracovníkom komplexne spoznať postoje pacienta k jeho ochoreniu (Kopáčiková, 2009).

Komunikácia

Rozhodujúcou súčasťou práce sestry, zdravotníckych pracovníkov je komunikačná činnosť. Základom jej cieľavedomej práce je vhodné dorozumenie sa s pacientom. V ošetrovateľskej praxi patria tri druhy komunikácie: sociálna, štrukturovaná a terapeutická. Sociálna komunikácia je naplánovaná, často sa odohráva pri neformálnych stretnutiach a spravidla prebieha v ležérnom tempe. Uspokojuje obe zúčastnené strany. Štruktúrovaná komunikácia má určitú naplánovanú náplň. Terapeutická (liečebná) komunikácia sa využíva pri rozličných okolnostiach, pri upokojovaní úzkostného pacienta pred zákrokom, pri pomáhaní chorému s rakovinou vyrovnáť sa so svojou diagnózou. Komunikácia má verbálnu a neverbálnu stránku, ktorá sa musí vhodne spájať. (Kopáčiková, 2010)

Získavanie dôvery nie je jednoznačný akt, ale dlhodobý proces o ktorom rozhoduje často prvý kontakt medzi ošetrojúcim personálom a pacientom. Pacient má právo na otvorenú komunikáciu. Najdôležitejším prvkom je dôvera. Pacient musí veriť, že ošetrovateľský personál urobí všetko potrebné, aby výsledok bol čo najlepší. Postoj k pacientovi má byť pravdivý a zachovávajúci vždy nádej na vyliečenie. Ak je prognóza dobrá, treba to chorému povedať, ale súčasne mu vysvetliť nutnosť ďalšieho sledovania po liečbe a ak je zlá treba zachovať dôveru a nádej chorého. Pacientovi treba pomôcť vyrovnáť sa s vážnym ochorením, pretože žiť s nádorovým ochorením znamená i redukciu jeho osobných plánov, zmenu základných životných postojov hodnotovej orientácie. Pacient musí svoju chorobu uniesť a povinnosťou ošetrovateľského personálu je urobiť proces ochorenia znesiteľnejším. Situáciu v komunikácii s pacientom často komplikuje tabuizácia otázky konečnosti ľudského pozemského života a preto závažnosť týchto situácií viedla i k vytvoreniu samostatnej psychoonkológie. Dnes je známe čo onkologický pacient prežíva a preto postoj a skutky lekára a sestry sú do veľkej miery ovplyvňované ich

osobnou a osobnostnou zrelosťou. Medzinárodná únia proti rakovine odporúča onkológom, aby pacientom umožnili aktívnu účasť na rozhodovaní o liečbe a upozornili ich na možné komplikácie a prípadnú neúčinnosť niektorého liečebného postupu. Toto je možné len pri dobrej informovanosti pacienta a výskyte, výskume rakoviny a najnovších diagnostických a liečebných postupoch. Cieľom komunikácie medzi ošetrovateľom a pacientom je dodať odvahu hovoriť o rakovine, klásť otázky a nebáť sa, že odpovedanému neporozumejú a hlavne nebáť sa, že v boji s rakovinou bude pacient sám. Podľa uznávaného profesora psychiatrie a psychológie Eduarda Zarifiana umožní dialóg s pacientom pochopiť chorobu a vedieť ju predstaviť. V boji s chorobou treba využiť skutočnosť, že naša psychika pôsobí na naše telo rovnakým spôsobom ako ono pôsobí na našu psychiku.

Komunikácia s onkologickým pacientom

Podpora onkologického pacienta je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládnutí stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať a neopúšťajú sa. Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplyvajú na priebeh onkologického ochorenia a liečby znázorňuje tabuľka č. 1.

Tabuľka 1 Pozitívne a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologického ochorenia www.solen.sk/viapracticas2/2007

Čo môže pomôcť chorobu zvládnuť	Čo môže chorobu komplikovať
kvalitná komunikácia, informácie o chorobe a možnostiach liečby	tendencia uzatvárať sa do seba a vyhýbať sa informáciám o chorobe
aktívny postoj k chorobe a liečbe	pasívna odovzdanosť chorobe
udržiavanie dobrej fyzickej kondície	psychická dekompenzácia a nevyhľadávanie odbornej pomoci
podpora rodiny a priateľov	malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Medzi hlavné osobitosti ošetrovania onkologicky chorých pacientov zaraďujeme komunikáciu. Onkologicky chorý potrebuje cítiť podporu svojho okolia, spoluúčasť a záujem zo strany ošetrojúceho personálu. Pri komunikácii je potrebné navodiť ovzdušie dôvery, ktoré by pacienta upokojovalo, zbavovalo ho

obáv a strachu. Na dosiahnutie kvalitnej obojstrannej komunikácie sestry s pacientom je potrebné rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky:

Empatia – schopnosť vcítiť sa do toho, čo pacient prežíva, ako hodnotí svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva, čo si o nej myslí. Porozumenie a spoluúčasť prináša pacientovi úľavu a sestre dôležité informácie,

Individuálny prístup – znamená prispôsobenie nášho správania k pacientovým špecifickým zvláštnostiam,

Úcta k pacientovi – znamená vážiť si ho vždy za každých okolností ako človeka,

Pozitívny vzťah k pacientovi – prejavuje sa vo výraze tváre, v pohľade, v pohyboch tela i v odstupe sestry, vo verbálnej a neverbálnej komunikácii (Andrášiová, 2007).

Etický problém sa stáva najčastejšou dilemou sestier a lekárov v poskytovaní paliatívnej starostlivosti. Často sa personál stretáva s prosbami a žiadosťami na ukončenie života. Sestry musia byť schopné reagovať takými spôsobmi, aké rešpektujú pacienta, rodinu, ale na druhej strane pritom zostať verné svojmu morálnemu a právnomu presvedčeniu (Kopáčiková, 2009). Podľa Charty práv pacienta v Slovenskej republike má pacient má právo byť jemu zrozumiteľným spôsobom informovaný o svojom zdravotnom stave. Povedať, či nepovedať pravdu o ochorení človeku je otázkou dlhodobých diskusií. Povedať pravdu môžeme považovať rovnako za etické, lebo pravda oslobodzuje, ale aj za neetické, pretože pravdivé slová môžu ublížiť (Kopáčiková, Stančiak, 2010).

Cieľom práce je zistiť spokojnosť respondentov s kvalitou komunikácie pri ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach z pohľadu pacienta a rodiny a to:

zistiť ako vnímajú pacienti a rodinní príslušníci kvalitu komunikáciu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti,

ako hodnotia pacienti a ich rodinní príslušníci komunikačné prejavy ošetrovateľského tímu a čas, ktorý venujú komunikácii.

MATERIÁL A METODIKA

CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNEJ VZORKY A METÓDY

Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu vo Fakultnej nemocnici na Paliatívno- onkologickej klinike v Trnave. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov (45 pacientov a 55 rodinných príslušníkov). Výber

respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- hospitalizovaní onkologickí pacienti s potrebou paliatívnej starostlivosti a ich rodinní príslušníci.

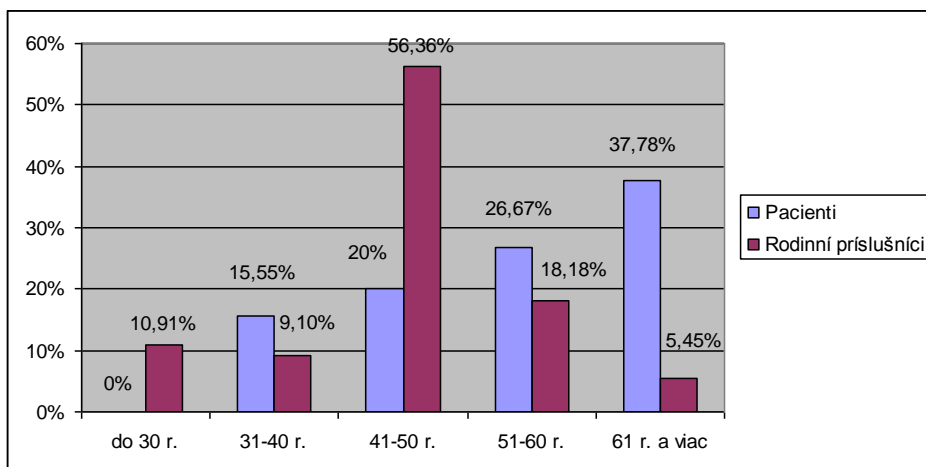
Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

Prieskum sme realizovali v mesiacoch január až júl 2009. Návratnosť dotazníkov bola 100%. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

VÝSLEDKY

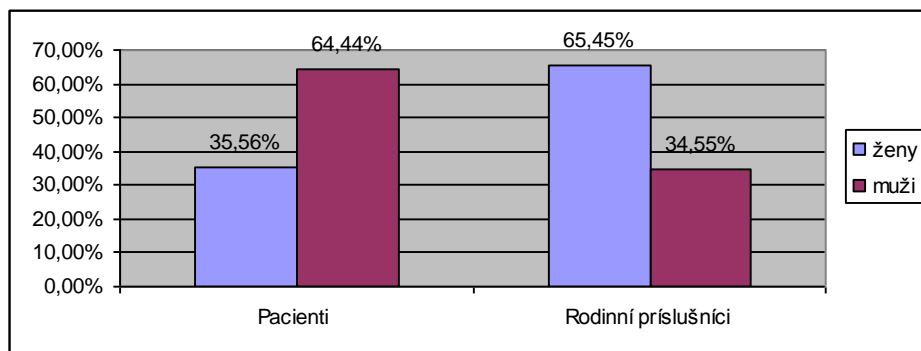
Vo vekovej kategórii do 30 rokov nebol ani jeden pacient, od 31 do 40 rokov 15,55% (7) pacientov, od 41 do 50 rokov 20,00% (9) respondentov, od 51 do 60 rokov 12 (26,67%). Navyššie zastúpenie pacientov bolo vo vekovej kategórii nad 61 rokov 37,78% (17) pacientov. Z rodinných príslušníkov bola najviac zastúpená veková kategória od 41 do 50 rokov 56,36% (31) respondentov, do 30 rokov bolo 10,91% respondentov, od 31 do 40 rokov 9,10% respondentov, od 51 do 60 rokov 18,18% respondentov a nad 61 rokov 5,45% respondentov (graf 1).

Graf 1 Vekové rozloženie respondentov



Z celkového počtu pacientov bolo 35,56% 16 žien a 64,44% 29 mužov. Z celkového počtu rodinných príslušníkov bolo 65,45% žien a 34,55% mužov. (graf 2)

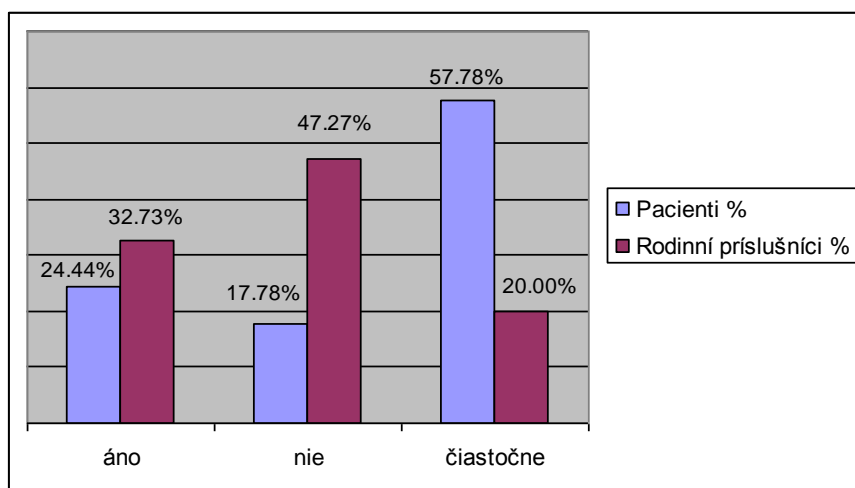
Graf 2 Rozdelenie respondentov podľa pohlavia



Z opýtaných pacientov sme zistili, že 11 pacientov (24,44%) pozná mená ošetrovateľského personálu, 8 pacientov (17,78%) sa vyjadrilo, že mená ošetrovateľského personálu nepozná a 26 pacientov (57,78%) sa vyjadrilo, že mená ošetrovateľského personálu poznajú iba čiastočne.

V súbore príbuzných 55 (100%) respondentov sa vyjadrilo 18 respondentov (32,73%), že pozná mená ošetrovateľského personálu, 26 respondentov (47,27%) nepozná a čiastočne pozná mená ošetrovateľského personálu 11 respondentov (20,00%). (graf 3)

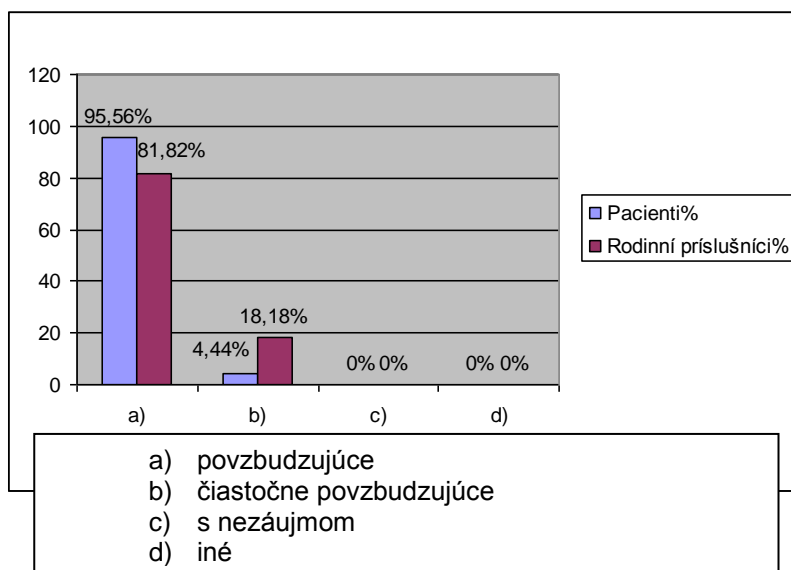
Graf 3 Znalosť mena ošetrujúceho personálu



Zo súboru 45 pacientov (100%) 43 pacientov (95,56%) hodnotilo komunikačné prejavy ako povzbudzujúce a iba 2 pacienti (4,44%) vyjadrili čiastočne povzbudzujúce. Ani jeden pacient nehodnotil komunikačné prejavy ako nezaujímaj.

45 rodinných príslušníkov (81,82%) vyjadrilo spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu a 10 respondentov (18,18%) vyjadrilo čiastočnú spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu. (graf 4)

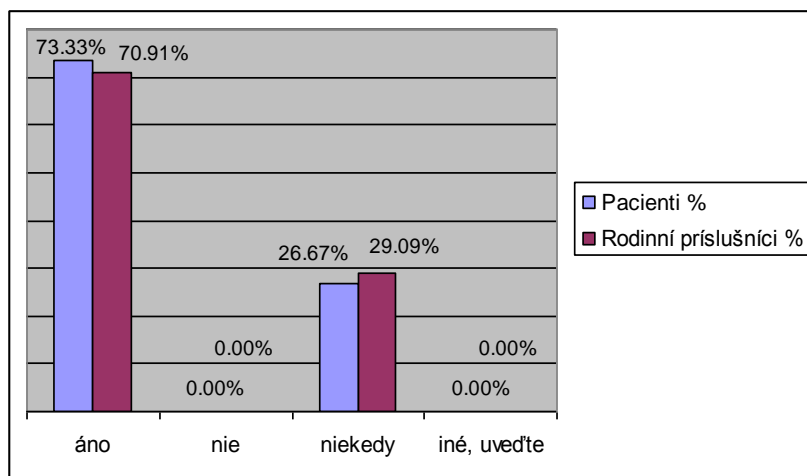
Graf 4 Komunikačné prejavy ošetrovateľského personálu



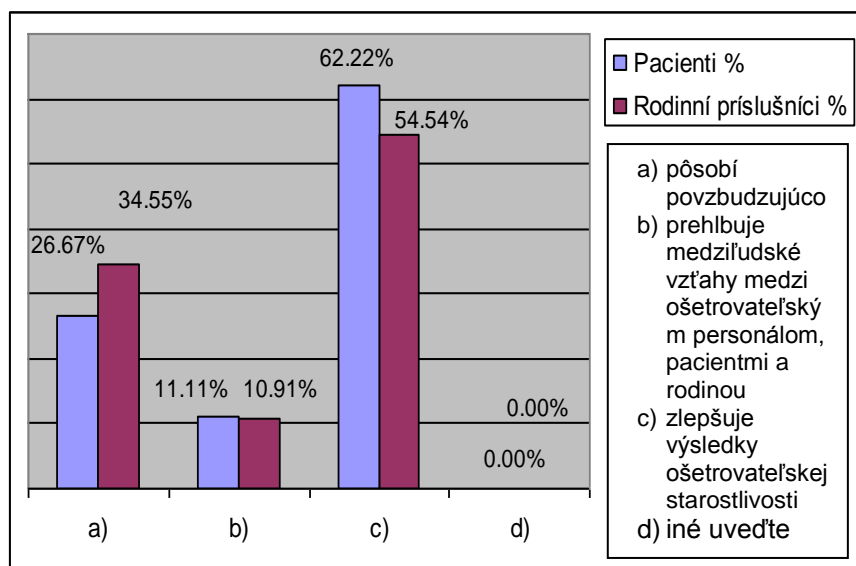
33 pacientov (73,33%) sa vyjadrilo, že ošetrovateľský personál venuje dostatok času pacientom na rozhovor a 12 pacientov (26,67%) sa vyjadrilo, že niekedy.

Z rodinných príslušníkov 39 respondentov (70,91%) uviedlo, že sú spokojní s dostatkom času, ktorý venuje ošetrovateľský personál pacientom na rozhovor a 16 respondentov (29,09%) uviedlo, že iba niekedy. Ani jeden respondent sa nevyjadril, že ošetrovateľský personál nevenuje dostatok času rozhovoru. (graf 5)

Graf 5 Rozhovor počas hospitalizácie



Graf 6 Význam komunikácie



Väčšina opýtaných pacientov 28 (62,22%) sa vyjadrila, že dobrá komunikácia pomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, že pôsobí na nich povzbudzujúco sa vyjadrilo 12 pacientov (26,67%) a pomáha prehľbovať medziludské vzťahy podľa 5 pacientov (11,11%).

30 rodinných príslušníkov (54,54%) sa vyjadrilo, že dobrá komunikácia pomáha zlepšovať ošetrovateľskú starostlivosť, 19 rodinných príslušníkov (34,55%) sa

vyjadrilo, že dobrá komunikácia medzi ošetrovateľským personálom a rodinou pôsobí povzbudzujúco a 6 respondentov (10,91%) si myslí, že dobrá komunikácia pomáha prehľbovať medziľudské vzťahy medzi ošetrovateľských personálom a rodinou.

Väčšina respondentov hodnotí pozitívne komunikačné prejavy a čas, ktorý venuje ošetrovateľský tím pacientom a rodine, vzhľadom na záujem vyriešenia pacientových problémov, ale výsledky budú rozdielne u pacientov a príbuzných.

DISKUSIA A ZÁVER

K najvýznamnejším znakom súčasného obdobia patrí neustále sa zvyšujúci počet onkologicky chorých pacientov. Dobrá komunikácia napomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, pôsobí na nich povzbudzujúco a pomáha prehľbovať medziľudské vzťahy. Efektívna komunikácia pôsobí na pacientov a ich rodinných príslušníkov povzbudzujúco a zvyšuje ich spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou počas hospitalizácie. Vzhľadom na dokonalú efektivitu komunikácie, kedy si sestra s pacientom a jeho príbuznými dokáže vytvoriť hodnotnejší vzťah s pacientom, ktorý si vyžaduje veľké úsilie v rozpoznaní stavu pacienta navrhujeme permanentné vzdelávanie sestier a dopĺňanie informácií z oblasti komunikácie s onkologickým pacientom. Na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť vplyva aj samotná osobnosť sestry. Záleží na jej ľudských, morálnych, odborných a psychologických schopnostiach, ktoré môže využívať pri zabezpečovaní kvality života pacienta respektíve návratu pacienta do normálneho života a udržania jeho psychickej rovnováhy (Kopáčiková, 2010).

Problematika komunikácie medzi sestrou, ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom s onkologickým ochorením je veľmi aktuálna. Závisí od odbornej pripravenosti, tvorivosti, schopnosti prispôbiť sa situácii sestry, na individuálnom prístupe k pacientovi. Pre zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov, do ktorej nevyhnutne patrí aj komunikácia, je dôležité uvedomiť si, že my sme tam pre nich. Nemocničné zariadenie je nielen pôsobiskom sestier, ale tiež dočasným domovom pacientov.

Literatura

- [1] ANDRÁŠIOVÁ, M. a kol. 2002. *Hospice a paliatívna starostlivosť* I. vyd., Bratislava, Oto Németh, 2002, 54s. ISBN 80-96 8416-0-2

- [2] DOSTÁLOVÁ, O. 1986. *Psychoterapeutické prístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. 208s. ISBN neudané.
- [3] KOPÁČIKOVÁ, M., BŘENDOVÁ, M., STANČIAK, J. 2009. *Komunikácia pri ošetrovaní pacienta s poruchou sluchu*. In: Zborník z medzinárodnej konferencie *Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2009, s. 130-138. ISBN 978-80-8082-315 -3.
- [4] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J. 2010. *Efektívnosť komunikácie pri ošetrovaní seniora*. In: zborník *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*, Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, KU, 2010, s. 94 – 102. ISBN 978-80-8084-548-3.
- [5] KOPÁČIKOVÁ, M., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J., LAUKOVÁ, M. 2009. *Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v domácich podmienkach*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, 2009, s. 58-68. ISBN 978-80-244-2381-4.
- [6] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. *Etický problém – pravda pri ošetrovaní chorých*. In: zborník *Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti v teórii a praxi*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva KU. Verbum, 2010, s. 18 – 26. ISBN 978-80-8084-616-9.
- [7] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. *Etický prístup k podávaniu informácií*. In: Zborník z XIII. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov s medzinárodnou účasťou *Výchova a vzdelávanie v ošetrovateľstve zamerané na súčasné trendy vo vzdelávaní vo vednom odbore Ošetrovateľstvo a vo vednom odbore Verejné zdravotníctvo, Varia*. Skalica : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, detašované pracovisko Skalica, 2010. s. 83 – 91. ISBN 978-80-89271-91-7, EAN 9788089271917.
- [8] KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Osveta, Martin 2004, 164 s., ISBN 80-8063-107-7
- [9] www.solen.sk/viapracticas2/2007

Quality of Communication with Cancer Patients

Abstract

The aim of this study was to assess the satisfaction of the oncologic patients and their family members with the quality of communication in the health care institutes.

The sample consisted of 100 random selected respondents. Questionary method were used for this research. The results were analyzed statistically.

Our findings show that the satisfaction of the oncologic patients and their family members with communication is good. Anyway we found some limitations.

We suggest to improve communication skills to increase satisfaction of psychical and social needs of the patients. It is also necessary to motivate nurses to systematic, continual education in communication with oncologic patient.

Key words

Oncology patient, communication, needs, quality.

Kontaktné údaje

Mgr. Viera Ryšková
FN Trnava
Onkologické oddelenie
917 00 Trnava

Stratégie písania anglického jazyka u zdravotníckych pracovníkov

Mária Semanišinová

Abstrakt

Komunikácia v písomnej forme a neustály rozvoj písania sú nevyhnutnou súčasťou rozvoja komunikačnej kompetencie, ktorá je cieľom moderného jazykového vzdelávania. Vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov sa stretávame so skupinou klientov, ktorá má svoje špecifické potreby a preto je nevyhnutné aplikovať prístup k učeniu známy ako angličtina pre špecifické účely (ESP - English for Specific Purposes).

Klíčová slova

Komunikácia. Zdravotnícke odbory. Angličtina pre špecifické účely. Terminológia.

Abstract

Written communication and continuous development of writing are an essential part of development of communicative competence that is a goal of modern foreign language learning. In education of healthcare workers we work with a group of people that has its specific needs and therefore it is inevitable to apply the approach known as English for Specific Purposes.

Key words

Communication. Healthcare fields. English for specific purposes. Terminology.

Úvod

Súčasnú podmienku a možnosti pre uplatnenie sa na pracovnom trhu vedú študentov v odbore ošetrovatelstvo ako aj iných zdravotníckych odborov k tomu, že si sami uvedomujú nevyhnutnosť ovládať cudzí jazyk pre to, aby sa stali rovnocennými a kvalifikovanými osobami na svetovom pracovnom trhu. Štúdium cudzieho jazyka je nikdy nekončiaci proces. Tak ako sa vyvíja samotný jazyk, tak sa jeho používaním vyvíja aj schopnosť človeka efektívne ho využívať, alebo

naopak, pri nepoužívaní jazyka je táto schopnosť ovplyvnená negatívne. Študenti musia vedieť ako sa učiť, musia sa stať spoluzodpovednými za svoje vzdelávanie a byť pripravení pre stále sa meniace prostredie aj potreby spoločnosti (Common European Framework, 2001).

Hlavnou vzdelávacou snahou by malo byť, aby sa diverzita nevnímala ako bariéra, ale aby viedla k vzájomnému obohacovaniu a pochopeniu. Tento proces je možný len prostredníctvom lepšieho poznania európskych moderných jazykov, čo umožní komunikáciu a interakciu medzi Európanmi, ktorých materinské jazyky sú odlišné. To prispeje k podpore mobility, vzájomného porozumenia a spolupráce, ako aj k prekonávaniu predsudkov a diskriminácie.

Aj keď je komunikácia študovaná a kladená na prominentné miesto učebných programov, či už cudzích jazykov alebo zdravotníckych odborov, realita ústnej ako aj písomnej komunikácie v cudzom jazyku nie je celkom optimálna. Rozhodujúcim je prístup ako študentov, tak aj vyučujúcich, ich vôľa, erudovanosť, snaha, skúsenosť a ochota. Viac a viac dospelých sa učí cudzí jazyk z osobných alebo profesijných dôvodov aj mimo inštitúcií, a preto je príprava v oblasti autonómneho učenia dôležitá. Študenti sa musia naučiť ako sa učiť, musia sa stať spoluzodpovednými za svoje vzdelávanie a byť pripravení pre stále sa meniace prostredie aj potreby spoločnosti (Common European Framework, 2001).

Zvýšená migrácia osôb a otvorený pracovný trh prispievajú k tomu, že jazykové zručnosti v cudzom jazyku patria k nevyhnutnej profesionálnej výbave zdravotníckych pracovníkov.

V navrhovaných stratégiách sa snažíme aplikovať poznatky z oblasti angličtiny pre špecifické účely (ESP). ESP je prístup k učeniu sa jazyka, ktorý je založený na potrebách učiaceho sa (Hutchinson, 1996).

Študenti prichádzajú jazykovo vybavení z predchádzajúcich foriem vzdelávania. ESP uspokojuje potreby najmä dospelých študentov, ktorý sa potrebujú učiť anglický jazyk pre použitie vo svojej špecifickej oblasti, či už ide o vedu, technológiu alebo medicínu. Sami študenti sa môžu zúčastňovať na posudzovaní vlastných potrieb a spolupodieľať sa na tvorbe kurzov (Gatehouse, 2009).

V rámci zdravotníckych odborov sú vo vzdelávaní zaujímavé oblasti ako napríklad príprava informačných letákov, posterov, prezentácií, kazuistík, záznamov o pacientoch a plánov starostlivosti, v ktorých sa zameriavame na opis fungovania jednotlivých systémov tela, podávanie inštrukcií, opis

jednotlivých intervencií alebo plánovanie starostlivosti. Zameriavame sa na to, aby študenti dostali čo najväčší priestor na seberealizáciu. Táto seberealizácia je samozrejme usmerňovaná, čo je úlohou vyučujúceho, ktorý im radí ako sa efektívne učiť, ako rozvíjať už nadobudnuté vedomosti, využívať medzipredmetové vzťahy a v prípade robenia chýb nielen upozorniť na chybu, ale aj viesť študenta k porozumeniu a k tomu, aby chybu opravil a neopakoval. Študenti sú povzbudzovaní k tomu, aby využívali literatúru v anglickom jazyku ako zdroj svojho ďalšieho odborného rastu, nakoľko prevažná časť nových poznatkov je uvádzaná práve v anglickom jazyku.

Aj písanie v anglickom jazyku ako jedna zo zručností je dôležitá vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, nakoľko písomná komunikácia tejto skupiny je bežnou činnosťou v praxi. V písomnej komunikácii sa sústredíme na zaznamenávanie údajov o pacientoch do formulárov, následnú tvorbu kazuistík, kde študenti uvádzajú zistené informácie ako napríklad: dôvod prijatia pacienta, jeho anamnézu, údaje o jednotlivých systémoch tela. Po spracovaní nadobudnutých údajov sú študenti schopní zaznamenať aj informácie týkajúce sa plánovaných alebo realizovaných činností, prípadne výsledkov a zmien, ktoré u pacientov po vykonaní činností nastali. Pri realizácii písomných výstupov v tejto časti študenti využívajú už nadobudnuté vedomosti o postupoch písania a zároveň aplikujú nové poznatky o tvorbe výstupov aj s použitím odborných termínov. Študenti tiež spracovávajú informácie z odborných textov pre ich ďalšie použitie pri tvorbe informačných letákov pre laickú verejnosť, ktoré obsahujú názov ochorenia, stručnú charakteristiku ochorenia, rizikové skupiny, etiológiu, symptómy ochorenia, liečbu a prevenciu (primárnu a sekundárnu).

Materiál a metódy

Cieľom príspevku je zistiť aké stratégie používajú študenti pri písaní v anglickom jazyku. Naším zámerom bolo analyzovať zistenia o používaní stratégií a následne posúdiť výhody a nevýhody používaných stratégií z pohľadu teoretických zdôvodnení a praktických skúseností. Hlavnou metódou zberu dát bol nami zostavený dotazník, ktorý obsahoval 13 položiek – jednotlivých stratégií. Dotazník sme distribuovali 72 študentom zdravotníckych odborov na Fakulte sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre. Návratnosť a použiteľnosť dát z dotazníkov boli 100 %-né.

Výsledky a diskusia

V tabuľke 1 prezentujeme získané výsledky, týkajúce sa navrhovaných stratégií na výučbu anglického jazyka z pohľadu študentov. Kvantitatívnu analýzu údajov sme výsledky spracovali a pre popis získaných dát uvádzame relatívnu (n) a absolútnu početnosť (%).

Tab. 1 Stratégie výučby anglického jazyka v súčasnosti z pohľadu študentov

Stratégia	používané		nepoužívané	
	n	%	n	%
urobím si zoznam slov/výrazov v AJ	28	39	44	61
niečo napíšem v AJ; prečiarknem to a začnem odznova	16	22	56	78
niečo napíšem v AJ a potom to upravujem	48	67	24	33
niečo napíšem v AJ a potom rozmýšľam ďalej	48	67	24	33
vopred rozmýšľam, čo napísať	60	83	12	17
hneď na začiatku si naplánujem, čo dať do každej časti	36	50	36	50
naplánujem si, čo napísať a robím si poznámky v AJ	32	44	40	56
ujasním si, čo idem písať a pre koho je text určený	66	92	6	8
používam zadanie (zo školy), predlohu	54	75	18	25
napíšem text v rodnom jazyku a potom ho preložím	26	36	46	64
napíšem text v rodnom jazyku a potom ho preložím pomocou programu	4	6	68	94
vyhľadám si paralelné texty v AJ, resp. texty s podobnou tematikou	46	64	26	36
napíšem text, po pár dňoch sa k nemu vrátim a upravím ho	14	19	58	81

V najväčšom zastúpení uviedli respondenti najviac využívané pri štúdiu anglického jazyka stratégie v nasledovnom poradí. Najviac využívajú študenti stratégiu „**ujasním si, čo idem písať a pre koho je text určený**“. Túto možnosť označilo zo všetkých respondentov n = 66 (92 %). V poradí druhou

stratégiou je: „**vopred rozmýšľam, čo napísať**“, kde sa k tejto možnosti vyjadriло kladne n = 60 (83 %) respondentov. Stratégiu „**používam zadanie (zo školy), predlohu**“ označilo n = 54 (75 %) respondentov. V rovnakom počte n = 48 (67 %) uviedli respondenti dve stratégie: „**niečo napíšem v anglickom jazyku a potom to upravujem**“ a „**niečo napíšem v anglickom jazyku a potom rozmýšľam ďalej**“. Pri výučbe anglického jazyka využíva stratégiu „**vyhľadám si paralelné texty v anglickom jazyku, resp. texty s podobnou tematikou**“ n = 46 (64 %) respondentov. Ďalšiu stratégiu „**hneď na začiatku si naplánujem, čo dať do každej časti**“ vo výučbe anglického jazyka uviedlo n = 36 (50 %) respondentov. K stratégii „**naplánujem si, čo napísať a robím si poznámky v anglickom jazyku**“ sa vyjadriло, že používa n = 44 (40 %) respondentov. Na využívanie stratégie „**urobím si zoznam slov v anglickom jazyku**“ odpovedalo kladne n = 28 (39 %) respondentov. Stratégiu „**napíšem text v rodnom jazyku a potom ho preložím**“ uviedlo, že používa n = 26 (36 %) respondentov. Pri výučbe anglického jazyka n = 16 (22 %) respondentov používa stratégiu „**niečo napíšem v anglickom jazyku, prečiarknem to a začnem odznova**“ a n = 14 (19 %) respondentov používa „**napíšem text, po pár dňoch sa k nemu vrátim a upravím ho**“. V najmenšom zastúpení pri výučbe anglického uviedli respondenti v počte n = 4 (6 %) „**napíšem text v rodnom jazyku a potom ho preložím pomocou programu**“.

Viacerí autori (Hedge, 2005; Hamp-Lyons, Heasley, 1995; Pincas, 1991) sa venujú problematike písania v cudzom jazyku. Poskytujú východiská pre metodiku vzdelávania, testovanie a analýzu získaných údajov. Mnohé štúdie (Graham et al., 2007; Cheng, 2007, 2008; Hyland, 2007; Whitney et al., 2008) uskutočnené v rôznych krajinách sveta a zamerané na výučbu anglického jazyka ako cudzieho, uvádzajú teoretické východiská, ako aj praktické odporúčania v sledovanej oblasti. Štúdie sa sústredia nielen na gramatiku alebo obsah textov, ale zakladajú svoje teórie na textoch, ktoré budú musieť študenti písať a čítať v danom cieľovom kontexte. Používanie autentických materiálov je neoddeliteľnou súčasťou prípravy študentov. Študenti sú schopní vyberať si a používať voľne prístupné materiály, čo im dáva schopnosť opravovať alebo posudzovať vlastný výstup, a tým riadiť svoje vlastné učenie sa (Sheerin, 1989). To ich podporuje v tom, aby boli schopní aktívnej participácie v reálnom svete.

Písanie v cudzom jazyku je náročné z viacerých dôvodov ako napríklad gramatika, slovná zásoba, presnosť apod.. Študenti by mali mať dostatočné možnosti písať texty, ktoré majú pre nich zmysel, pri ktorých si môžu predstaviť potenciálneho čitateľa. Je potrebné simulovať také podmienky, ktoré úzko súvisia s písaním v praxi.

Pri písaní sú dôležité ako proces, tak aj výsledok. Proces má niekoľko stupňov, pri ktorých autor postupne objavuje, čo chce vlastne povedať. Výsledok má byť čitateľný, gramaticky správny a má spĺňať základné pravidlá písomnej výpovede.

K dôležitých pravidlám pri písaní môžeme zaradiť nasledovné: Kľúčová je **príprava**. Potrebné je dopredu rozmýšľať o tom, čo budeme písať. Z nášho prieskumu sme zistili, že najviac využívajú študenti stratégiu „**ujasním si, čo idem písať a pre koho je text určený**“. V poradí druhou stratégiou je: „**vopred rozmýšľam, čo napísať**“.

Vždy je dobré, ak máme k dispozícii **vzor** podľa ktorého píšeme, napr. kazuistika. Stratégia „**používam zadanie (zo školy), predlohu**“ bola treťou v poradí.

V praxi je často dôležité **byť stručný**, teda vybrať, čo je dôležité a „k veci“. **Výber vhodného jazyka**: používanie terminológie v komunikácii na odbornej úrovni je nevyhnutné (napr. formulovanie ošetrovateľských diagnóz), ale naopak pri písomnej komunikácii s laickou verejnosťou je potrebné pri použití odborných termínov tieto termíny vysvetliť (napr. tvorba informačných letákov).

Pri písaní pomáha, ak sa autor **vžije do pozície čitateľa**, teda sa sústreďí na cieľovú skupinu. Napísanie **prvej verzie** a jej **prepísovanie** vedie k vylepšeniu výsledného produktu. V prieskume sme zistili, že stratégie „**niečo napíšem v anglickom jazyku a potom to upravujem**“ a „**niečo napíšem v anglickom jazyku a potom rozmýšľam ďalej**“ boli štvrtými v poradí.

Záver

Vyučujúci a správne zvolené stratégie pri písaní v cudzom jazyku pomáhajú študentom lepšie pochopiť a rozvíjať písanie a poskytujú im užitočnú a podporujúcu spätnú väzbu o výsledkoch písania.

Príspevok podporený projektom UGA VII/14/2010 – Anglický jazyk vo vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov.

Literatura

- [1] CHENG, A. *Analyzing Genre Exemplars in preparation for Writing: The Case of an L2 Graduate Student in the ESP Genre-Based Instructional Framework of Academic Literacy* [online], [citované 10.03.2008]. Dostupné na Internete <http://www.eric.ed.gov/>.
- [2] *Common European Framework*. 2001. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 264 p. ISBN 0-521-00531-0.
- [3] FAWCETT, S. 2005. *10 Secrets for Everyday Writing Success*. [online], [citované 15.03.2009]. Dostupné na Internete <http://writinghelptools.com/secrets.html>.
- [4] GATEHOUSE K. 2009. Key Issues in English for Specific Purposes (ESP) Curriculum Development [online], [citované 11.05.2009]. Dostupné na Internete <http://iteslj.org/Articles/Gatehouse-ESP.html>.
- [5] GRAHAM, S. et al. *Best Practices in Writing Instruction, Solving Problems in the Teaching of Literacy* [online], [citované 15.04.2008]. Dostupné na Internete <http://www.eric.ed.gov/>.
- [6] HUTCHINSON, T., WATERS, A. *English for Specific Purposes*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 183 p. ISBN 0-521-31837-8.
- [7] SHEERIN, S. *Self-Access*. Oxford : Oxford University Press, 1989. 200 p. ISBN 0-19-437099-2.
- [8] WHITNEY, A. et al. *Beyond Strategies: Teacher Practice, Writing Process, and the Influence of Inquiry* [online], [citované 10.03.2008]. Dostupné na Internete <http://www.eric.ed.gov/>.

Kontaktní údaje

Mária Semanišinová
Katedra ošetrovateľstva FSVaZ UKF v Nitre
Kraskova 1
949 74 Nitra
Slovenská republika

Negativní dopady přílišné liberalizace společnosti při sledování vybraných antropometrických parametrů

Jan Schuster, Vlasta Kursová

Abstrakt

Zvýšená tělesná hmotnost predikuje výskyt některých závažných onemocnění v pozdějším věku. K realizaci komplexních a efektivních preventivních programů je nutné mít k dispozici kvalitní údaje o prevalenci nadváhy a obezity v různých subpopulačních skupinách. Tyto hodnoty lze zjistit pouze metodologicky správně provedeným screeningem. K jeho provedení je nutný odpovědný přístup české populace, u dětí a mládeže především rodičů. Přílišná liberalizace společnosti v tomto směru neumožňuje efektivní aplikaci komplexních řešení.

Klíčová slova

Nadváha, obezita, screening, přístup, prevence

Úvod

Zvýšená prevalence nadváhy a obezity v české populaci je stále více diskutované téma. Diskuze je otázkou nejen odborné, ale dnes i laické veřejnosti. Hlavním důvodem jsou především stále se zvyšující dopady zdravotní a sociálně ekonomické. Patologicky zvýšená tělesná hmotnost způsobuje řadu problémů bez ohledu na geografické a sociální zařazení postižených jedinců. V posledních letech je prevalence obezity v lidské populaci tak veliká, že se hovoří o pandemii. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je ve světě asi 250 miliónů obézních osob, v některých zemích tvoří obézní 50% populace“ (VIGNEROVÁ, BLÁHA, 2001). Příčiny vzniku tohoto stavu jsou stále z větší části ovlivněny naším způsobem života, kdy vytváříme ideální podmínky pro vznik energetické disbalance v našem organismu. Velmi důležitým aspektem je přístup samotného jedince a jeho okolí k běžně dostupným preventivním možnostem, které mohou zachytit nástup zvýšení tělesné hmotnosti, ať je příčina jakákoliv.

Obezita jen v ojedinělých případech vzniká jako následek jedné příčiny. Nárůst prevalence obezity je především důsledkem rychlé globalizace provázené

západním životním stylem. „Obezita sama je však multifaktoriálním onemocněním, které je výsledkem interakce vnějších faktorů s faktory genetickými“ (HAINER, BENDLOVÁ 2004, 109).

Příčiny vzniku obezity se dají rozdělit do několika základních okruhů. Obecnou příčinu je nerovnoměrnost mezi příjmem a výdejem energie. Tento fakt je možné demonstrovat na ovlivnění energetického příjmu prostředím, kdy změnu prevalence obezity dokazují studie u indiánů Pima. Pima indiáni žijící v Arizoně v USA jsou v průměru o 25 kg těžší než Pima indiáni žijící v Mexiku. Dalším faktorem skórujícím v prevalenci obezity je etnická diferenciacce, kdy tento vnitřní faktor za přispění faktorů vnějších v podobě změny stravovacích návyků a snadné dostupnosti jídla značně zvyšuje prevalenci obezity některých etnik. Ve výskytu obezity v USA lze pozorovat fakt, kdy je 22 % bělošek obézních, zatímco mezi Afroameričankami je 30 % obézních a obezita u Američanek mexického původu se vyskytuje dokonce ve 34 % (HAINER, 2004).

Přes možná doporučení a inklinaci k výskytu obezity nejsou výchozí podmínky pro vznik obezity jednotlivce stejné. Na vytvoření tohoto stavu se podílí řada individuálních proměnných, které jsou mnohdy ovlivněné i přístupem okolí. Přesto lze vytýčit některá dílčí krizová období v ontogenezi, kdy je člověk z různých příčin senzitivnější pro vznik obezity. Důležitým aspektem je systematické sledování vybraných tělních parametrů, které mohou včas diagnostikovat anomálie ve vývoji tělesné hmotnosti jedince. Sledování hodnot základních tělesných charakteristik dětí a dospívající mládeže je nejjednodušším způsobem posuzování zdravotního a výživového stavu jedinců i skupin populace. Česká antropologie má v tomto ohledu zřejmě světový primát vzhledem ke studiím Jindřicha Matiegy, který sledoval růst českých dětí již od konce 19. století. První rozsáhlý antropologický výzkum dětí a mládeže v českých zemích Rakousko-Uherska provedl český lékař a antropolog prof. J. Matiega v roce 1895, kdy prostřednictvím učitelů obecných a měšťanských škol antropometricky vyšetřil téměř 100 000 školních dětí ve věku 6-14. Tímto komplexním měřením byl dán základ systematickému sledování antropometrických parametrů české populace, kterým je celostátní antropologický výzkum dětí a mládeže probíhající v desetiletých intervalech od roku 1951 (PAŘÍZKOVÁ, 2007). I přes tento primát se dostávají v posledních letech tyto komplexní, i některé dílčí studie, do situace, kdy na základě neobjektivních důvodů není možné změřit větší část vybrané subpopulační skupiny. Situace je složitá především u profesí nezdravotnického charakteru.

Materiál a Metody

Výzkumný záměr této práce má profil experimentálního šetření, jehož předmětem byla aplikace intervenčního pohybového programu „Vliv sebekontroly a sebeúcty na snížení nadváhy a obezity“ vyprofilovaného v rámci projektu GAČR 406/05/2431 (KREJČÍ, 2005) a modifikovaného autorem pro pubescentní a adolescentní populaci. Dílčím cílem práce bylo na základě nabídky aplikace vybraných antropometrických a biofyzikálních metod zjistit přístup pubescentů a adolescentů k možnosti ověření svých tělesných parametrů.

Na základě náhodného výběru bylo do výzkumného projektu vybráno 11 základních a 9 středních škol. Všechny vybrané subjekty měly kvalitní zázemí pro výuku tělesné výchovy a aplikaci zájmových pohybových aktivit. K dispozici byly tělocvičny a venkovní hřiště. V jedné ZŠ byl dokonce k dispozici školní bazén. K zjištění prevalence nadváhy a obezity byly použity metody:

- měření tělesné výšky
- zjištění osobní hmotnosti
- BMI
- obvod pasu
- kaliperace podle Pařízkové
- bioelektrická impedanční analýza pomocí přístroje Bodystat 500.

Nabídka aplikace zvolených metod byla provedena pomocí informačního dopisu, který popisoval zamýšlený vědecký projekt, jehož součástí byl zvolený dílčí cíl studie. Informační dopis obsahoval objektivní skutečnosti prevalence nadváhy a obezity v České republice a možnosti kompenzace tohoto stavu. Dále byly definovány metody, z jejichž použití bude prevalence nadváhy a obezity zjišťována. K realizaci zvoleného cíle dopis obsahoval žádost o spolupráci na těchto měřeních s možností pozitivního a negativního vyjádření s podpisem rodičů nebo právních zástupců. Informační dopis byl distribuován za podpory vedení škol a třídních učitelů. Dopisy byly zpět shromažďovány v distribučním centru na každé škole. Po vyhodnocení kladných a záporných odpovědí byl sestaven časový plán měření v jednotlivých školách s konkrétními termíny. Během měření v jednotlivých školách byla k dispozici vždy samostatná místnost, ve které byly postaveny 3 stanoviště pro zjištění antropometrických a biofyzikálních parametrů tak, aby měření a zapisování výsledků probíhalo bez účasti ostatních účastníků měření. K měření byli žáci rozděleni do skupin po 10, na chlapce a dívky. Měření probíhala v pořadí výška/hmotnost, obvod pasu,

kaliperace a BIA. Všechny naměřené hodnoty byly zapisovány do připravených protokolů.

Výzkumné šetření probíhalo v souborech pubescentů a adolescentů obojího pohlaví. Probandi pocházeli ze škol českobudějovického mikroregionu. Jednalo se o školy na území města České Budějovice a příměstských oblastí, které jsou svou infrastrukturou napojeny na metropoli. Z těchto škol byly metodou náhodného výběru selektovány školy pro účely výzkumu. Bylo vybráno 11 základních škol, 9 středních škol (s proporcionálním začleněním gymnázií, středních odborných škol a odborných učilišť). Měření probíhala kompletně v 7. a 8. třídách vybraných ZŠ, kompletně v 2. a 3. ročnících vybraných SŠ. Celkově bylo osloveno ke spolupráci 1136 probandů ze základních škola (725 dívek a 411 chlapců) a 1251 probandů ze středních škol (423 dívek a 121 chlapců).

Výsledky a diskuze

Z 1166 oslovených žáků základních škol se k účasti a antropometrických měřeních 251 vyjádřilo zamítavě a 298 vyjádření neposkytlo. V konečné fázi se v termínu k měření nedostavilo 25 žáků přestože, jejich původní vyjádření bylo ANO. Na základě komplikovaného administrativního procesu a organizačně náročné akce bylo nakonec fakticky měřeno 592 žáků z původně 1166 oslovených.

Tabulka č. 1 Celkové zhodnocení účasti žáků základních škol na antropometrických měření

	Počet	Vyjádření v %
počet oslovených základních škol	11	
počet oslovených žáků	1166	100%
počet vrácených dopisů	868	74,4%
počet nevrácených dopisů	298	25,5%
vyjádření ano	617	52,9%
vyjádření ne	251	21,5%
fakticky měřeno	592	50,7%
k měření se nedostavilo	25	2,1%
měřeno dívek	302	51%
měřeno chlapců	290	48,9%

Z našeho hlediska jde o znepokojující fakt a to především ze strany oslovených rodin. 47 % oslovených žáků se měření nezúčastnilo na základě zamítavého postoje rodičů, kteří vyjádřili svůj nesouhlas nebo své stanovisko nesdělili. K tomuto číslu musíme přidat ještě 25 žáků, resp. 2,1%, kteří bez udání důvodu měření neabsolvovali, přestože jejich původní vyjádření bylo kladné. Toto stanovisko českých rodin k měřením, která jsou avizována jako preventivní je v jistém smyslu projevem nezodpovědnosti a jde o velmi závažný jev v konceptu prevence, protože můžeme usuzovat, že k měření dochází z větší části u dětí, které problém s obezitou nemají a většina problémové populace zůstává skryta. Tento fakt potvrzují i závěry uskutečněné na základě rozhovorů s učiteli, kteří na školách vyučují tělesnou výchovu. Podle jejich informací zůstali jedinci se zvýšenou tělesnou hmotností většinou mimo proces měření.

Jako bezproblémová se projevila spolupráce se školami. Ze strany škol bylo ve většině případů vyvinuto maximální úsilí k zajištění bezproblémového průběhu měření. Vždy byly zajištěny prostory vhodné k provádění měření a žáci byli průběžně uvolňováni z výuky. Všechny školy projevily zájem o výsledky a tím o získání zpětné vazby.

Na středních školách byl osloven téměř totožný počet studentů jako žáků škol základních. Z 1251 oslovených se 364 studentů vyjádřilo zamítavě a 316 svůj postoj nesdělilo. V konečné fázi se v termínu k měření nedostavilo 27 studentů přestože, stejně jako u žáků základních škol, bylo jejich původní vyjádření ANO. Na základě totožné metodiky jako na základních školách bylo fakticky měřeno 544 žáků z původně 1251 oslovených.

Tabulka č. 2 Celkové zhodnocení účasti studentů středních škol na antropometrických měřeních

	Počet	Vyjádření v %
Počet oslovených středních škol	9	
Počet oslovených studentů	1251	100%
Počet vrácených dopisů	935	74,7%
Počet nevrácených dopisů	316	25,2%
Vyjádření ANO	571	45,6%
Vyjádření NE	364	29%

fakticky měřeno	544	43,4
k měření se nedostavilo	27	4,9%
měřeno dívek	423	77,7%
měřeno chlapců	121	22,2%

Situace na středních školách z hlediska zájmu o účast na antropometrických měřeních má sestupnou tendenci oproti školám základním. O důvodech můžeme opravdu pouze spekulovat, kdy v závěrech je nutné ještě zohlednit tlak společnosti na habituální vzezření jedince, kdy tento fakt adolescenti jistě vnímají, což se projevuje snahou o aplikaci různých diet, ale i návštěvami fitcenter. Účast na prezentovaných měřeních na hladině 43% je vysokým propadem vzhledem k počtu oslovených studentů. Tento fakt je o to více znepokojující, protože lze předpokládat, že úlohu prevence adolescenti chápou komplexněji než pubescenti. Otázkou ovšem zůstává do jaké míry je i zde rozhodnutí ovlivněno „rodičovským faktorem“. Přestože lze rozhodnutí o účasti na měřeních považovat v jistém smyslu za společné, primární problém této situace je ten, že bez dostatečně validního screeningu je uplatňování preventivních metod problematické.

Závěr

Přístup rodin a následně žáků a studentů k zjišťování základních antropometrických parametrů dokladuje lhostejnost, strach či nepochopení objektivních nebezpečí, která zvýšená tělesná hmotnost přináší. Podobná pravidla však platí i u patologického snížení tělesné hmotnosti. Situaci by jistě zlepšilo institucionální sledování vybraných antropometrických metod na základě přesně specifikované metodiky v hodinách tělesné výchovy či přírodopisu, biologie nebo obsahově podobných předmětů. Na základě systematického sledování by bylo možné včas a cíleně aplikovat účelné intervence a korigovat tak zdravotní a sociálně psychické dopady nadváhy a obezity.

Literatura

- [1] HAINER, V. Epidemiologia a zdravotní rizika obezity. In HAINER, V. A KOL. 2004. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0233-9.

- [2] HAINER, V., BENDLOVÁ, B. 2004. Metody genetického vyšetření u obézních – současnost a perspektivy. In HAINER, V. A KOL. 2004. *Základy klinické obezitologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0233-9.
- [3] PAŘÍZKOVÁ, J. 2007. Faktory vzniku obezity. In PAŘÍZKOVÁ, J., LISÁ, L. *Obezita v dětství a dospívání*. Praha: Galén, Karolinum, 2007. ISBN 978-80-7262-466-9 (Galén), ISBN 978-80-246-1427-4 (Karolinum).
- [4] VIGNEROVÁ, J., BLÁHA, P. 2001. *Sledování růstu českých dětí a dospívajících*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2001. ISBN 80-7071-173-6.

Kontaktní údaje

Mgr. Jan Schuster, Ph.D.
Katedra výchovy ke zdraví
Pedagogická fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
e-mail: schuster@pf.jcu.cz
tel. 387 773 149

Mgr. Vlasta Kursová, Ph.D.
Katedra výchovy ke zdraví
Pedagogická fakulta
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
e-mail: kursova@pf.jcu.cz
tel. 387 773 148

Antropometrické parametre súčasnej sestry

Viera Simočková, Mária Zamboriová

Abstrakt

Významnú úlohu v starostlivosti o zdravie osôb zohrávajú sestry, ktoré tvoria najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych profesionálov. Sú predstaviteľkami povolania, prostredníctvom ktorého môžu významne vplyvať na široké skupiny klientov v oblasti prevencie a podpory zdravia. Zaujímalo nás, či sestry majú schopnosť manažovať samých seba a tým aj svoje zdravie v zmysle podpory, udržiavania a prevencie chorôb. Self manažment zdravia sme sledovali cez monitorovanie vybraných antropometrických ukazovateľov slovenských a českých sestier a ich komparáciu.

Kľúčové slová

Sestra. Zdravie. Antropometrické ukazovatele. Antropometrické merania.

Úvod

Zdravie patrí v každej spoločnosti k neustále diskutovanej téme. V zdravej spoločnosti sa môže vyvíjať zdravý jedinec a zdraví jedinci tvoria zdravú spoločnosť. Na zdravie človeka vplyva celý rad faktorov. Medzi najvýznamnejšie determinanty zdravia radíme genetickú výbavu, socioekonomické prostredie, zdravotnú starostlivosť a spôsob života jednotlivca.

V systéme starostlivosti o zdravie tvoria sestry najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych profesionálov, ktorá v podstatnej miere zabezpečuje fungovanie zdravotníctva. Sestry sú predstaviteľkami povolania, prostredníctvom ktorého môžu významne vplyvať na široké skupiny klientov všetkých vekových kategórií od narodenia až po smrť v oblasti prevencie a podpory zdravia. Zaujímalo nás, nakoľko sú sestry svojimi antropometrickými parametrami pre klientov vzorom.

Antropometria je jedna zo základných výskumných metód antropológie, teda vedy o človeku. Antropometria je systém meraní a pozorovaní ľudského tela a jeho častí. Antropometrické merania výškových, dĺžkových, šírkových a obvodových rozmerov poskytujú informácie o veľkosti a zložení tela. Medzi somatické charakteristiky patrí meranie výšky, hmotnosti, výpočet hmotnostného indexu, meranie kožnej riasy, obvodu svalu ramena, obvodu

pása. Výška kožnej riasy u starého človeka nemusí mať spoľahlivú výpovednú hodnotu z dôvodu straty elasticity kože a podkožia. Hmotnostný index určuje, či je hmotnosť primeraná výške.

V klinickej praxi sa využívajú tri indexy hodnotenia obezity: hmotnostný index (Body Mass Index – BMI), obvod pásu, pomer obvodu pásu a bokov (waist-hip ratio – WHR).

BMI udáva rozsah alebo stupeň telesnej hmotnosti a mieru zdravotného rizika. Je vyjadrený rovnicou: $BMI = \text{hmotnosť (kg)} / \text{výška (m)}^2$. Za normu sa považuje hodnota BMI v rozmedzí 19 – 25. Nadhmotnosť a obezita znižuje kvalitu života, negatívne ovplyvňuje pocit celkového zdravia na fyzickej a psychickej úrovni. Obezita je samostatný rizikový faktor, ktorý zohráva dôležitú rolu vo vzniku závažných neinfekčných ochorení hromadného výskytu.

Metodika a charakteristika súboru

Cieľom prierezovej štúdie bolo stanoviť antropometrický profil slovenských a českých sestier.

Zber dát sa uskutočnil na prelome rokov 2008 – 2009 pomocou dotazníkovej metódy. Rozdaných bolo spolu 2000 dotazníkov. 1300 dotazníkov bolo distribuovaných do zdravotníckych zariadení v Slovenskej republike (SR), 700 dotazníkov bolo distribuovaných do zdravotníckych zariadení v Českej republike (ČR). 76 dotazníkov sme vyradili pre neúplnosť. Pre štatistické spracovanie bolo použitých 1397 dotazníkov, čo je 69,9 %.

Pre hodnotenie štatistických jednotiek a vzťahov medzi nimi sme využili metódy jednorozmernej a dvojrozmernej deskriptívnej a induktívnej štatistiky. Pre dané premenné sme vypočítali absolútnu a relatívnu početnosť, aritmetický priemer, medián, modus, variačné rozpätie, smerodajnú odchýlku. Na porovnanie výskytu sledovaného znaku medzi skupinami bol použitý Chí-kvadrát test. Za významné sme pokladali hodnoty na hladine významnosti $p < 0,05$.

Výberový súbor tvorilo spolu 1397 sestier. 97 % sestier bolo ženského pohlavia, 3 % boli zastúpené mužským pohlavím. 943 respondentov (68 %) malo trvalé bydlisko v Slovenskej republike a 454 respondentov (32 %) v Českej republike. Priemerný vek všetkých zúčastnených respondentov bol 37,47 roka. Variačné rozpätie veku respondentov predstavovalo 47 rokov, pričom minimálny vek bol 20 rokov, maximálny vek 67 rokov a $SD \pm 10,29$.

Analýza získaných výsledkov

Tab. 1 Telesné rozmery respondentiek

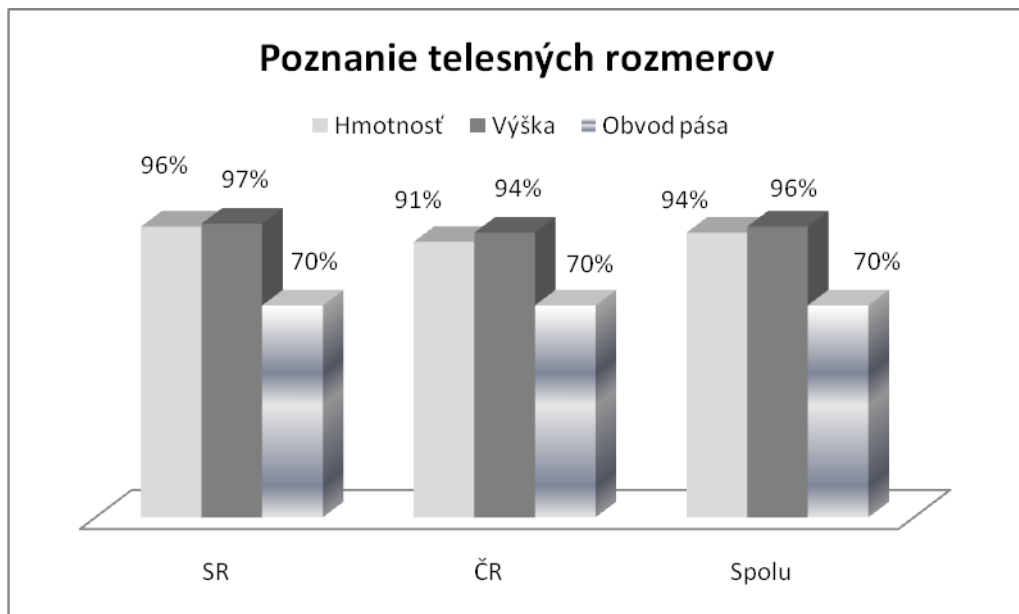
Položka dotazníka	Absolútny počet	Priemer	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Smerodajná odchýlka
Výška v cm	1336	165,9	165	165	147	192	± 6,27
Hmotnosť v kg	1317	66,2	64	60	42	125	± 12,07
Obvod pásu v cm	980	77,5	76	70	52	140	± 11,57
BMI	1317	24	23	22	16	43	± 4,06

Tab. 2 Vybrané charakteristiky slovenských sestier

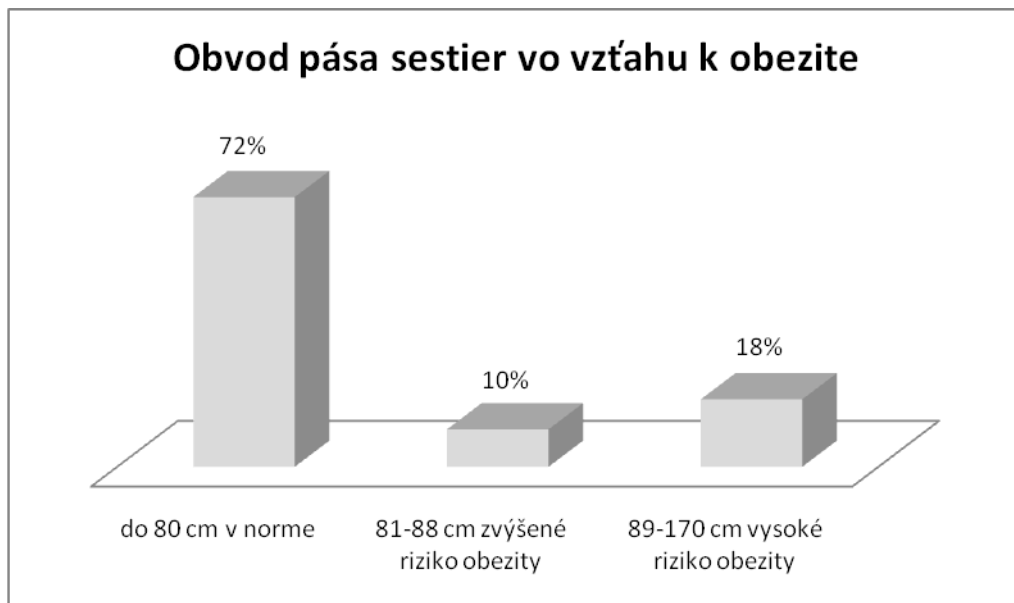
Položka dotazníka	Absolútny počet	Priemer	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Smerodajná odchýlka
Vek v rokoch	943	37,33	36	30	20	62	± 9,80
Dĺžka praxe v rokoch	943	16,92	16	1	1	42	± 10,46
Výška v cm	909	165,61	165	165	147	192	± 6,15
Hmotnosť v kg	905	65,73	64	60	42	120	± 12,16
Obvod pásu v cm	663	77,65	75	70	55	140	± 11,68
BMI	905	23,96	23	22	16	42	± 4,21

Tab. 3 Vybrané charakteristiky českých sestier

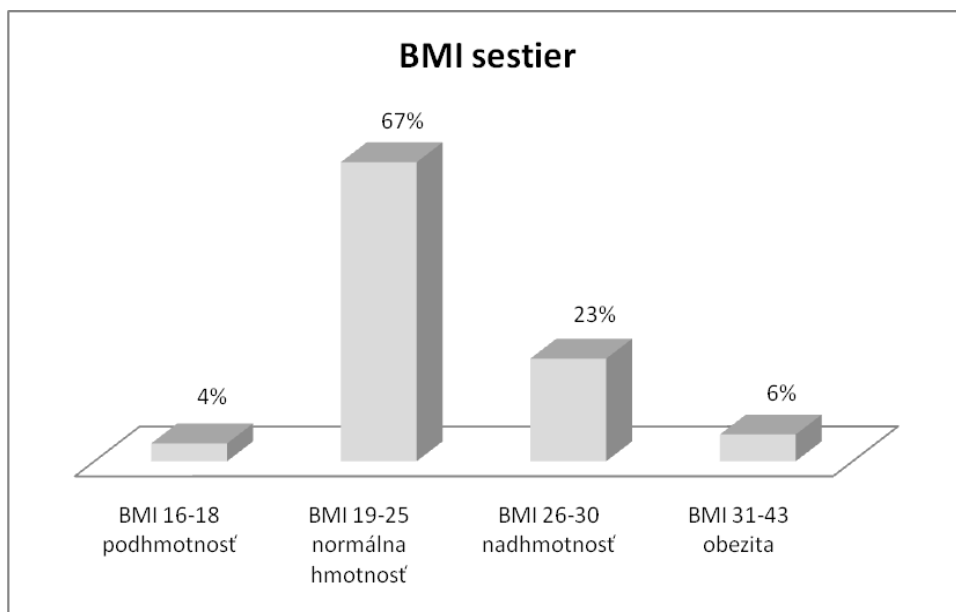
Položka dotazníka	Absolútny počet	Priemer	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Smerodajná odchýlka
Vek v rokoch	454	37,75	36	33	20	67	± 11,25
Dĺžka praxe v rokoch	454	16,69	15	1	1	50	± 11,40
Výška v cm	427	167,74	168	170	150	192	± 6,31
Hmotnosť v kg	412	67,28	65	65	46	125	± 11,72
Obvod pásu v cm	317	77,47	76	80	52	120	± 10,11
BMI	412	23,87	23	23	17	43	± 3,74



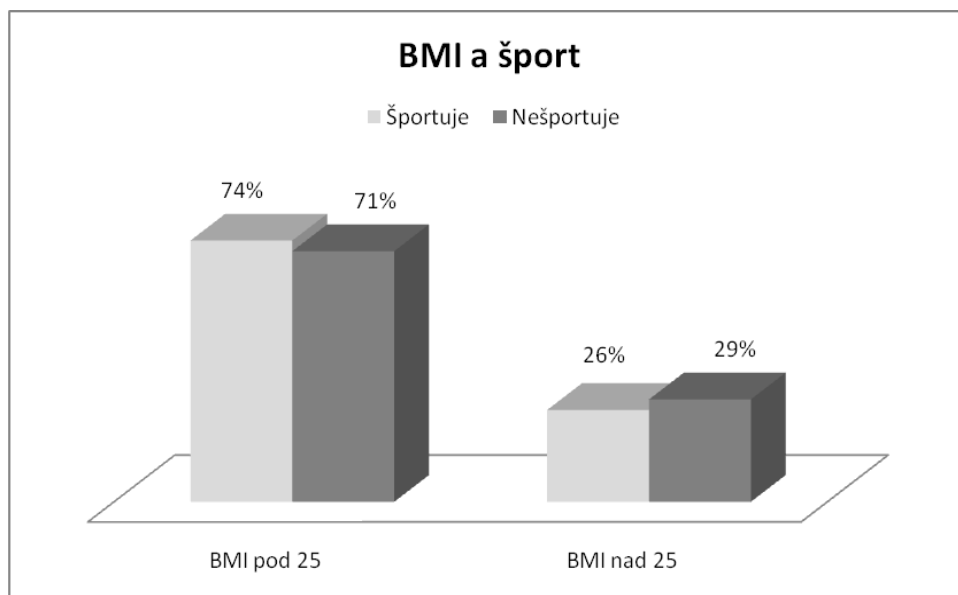
Graf 1 Poznanie osobných telesných rozmerov sestrami



Graf 2 Riziko obezity sestier na základe obvodu pása



Graf 3 Výpočet BMI sestier na základe udaných rozmerov



Graf 4 Vzťah medzi BMI a športovaním sestier

Signifikantný vzťah medzi BMI a športovaním sestier sa v našej štúdii nepotvrdil ($\chi^2=1,7405$, $p>0,05$).

Diskusia

Predmetom nášho záujmu bolo monitorovanie vybraných antropometrických ukazovateľov slovenských a českých sestier. Medzi výsledkami skúmaných premenných v oboch republikách neboli výrazné rozdiely. V tab. 1, 2, 3 uvádzame vybrané charakteristiky slovenských a českých sestier.

Príkladom analyzovania rizikových faktorov životného štýlu sú štúdie realizované v Kanade a v Severnej Amerike, ktoré v pravidelných intervaloch mapujú uvedené faktory (National Survey ..., 2008), štúdie v Dánsku (Friis et al., 2005). V Českej republike sa otázkam zdravia sestier venuje Sovová et al. (2005). V našich podmienkach bola problematika postojov sestier k svojmu zdraviu riešená v štúdiách Simočková, Zamboriová (2006, 2009), Dimunová (2009).

Výživa tvorí dôležitú súčasť správnej životosprávy. Stravovací a pitný režim ovplyvňuje odolnosť človeka proti chorobám, zlepšuje pracovný výkon a v konečnom dôsledku vplýva na dĺžku života. Valovičová (2007) uvádza, že

60 – 70 % onkologických ochorení vzniká v dôsledku nesprávnej výživy a nezdravého životného štýlu. Dôležitým ukazovateľom stavu telesnej hmotnosti jedinca je index telesnej hmotnosti (Body Mass Index – BMI). V sledovanej skupine respondentov sme na základe údajov o výške, hmotnosti a obvode pása vyhodnotili BMI (graf 1, 2, 3). 23 % respondentov má nadhmotnosť a 6 % respondentov trpí obezitou. Nami zistené výsledky sa približujú hodnotám BMI uvádzaných Sovovou (2005), kde u českých sestier bola zistená nadhmotnosť u 20 % a obezita u takmer 9 % respondentov. V podobnej štúdií dánskych sestier nadhmotnosťou trpelo 34 % skúmaného súboru a obezitou 7 % sestier (Friis et al. 2005).

Relax je jednou z podstatných zložiek primárnej prevencie zdravia. Nadmerné pracovné zaťaženie neprispieva ani k efektívnosti práce. Preto je v rámci hygieny práce potrebné sa zamyslieť nad využívaním relaxačných techník sestrami. Široká ponuka alternatívnych spôsobov trávenia voľného času zdraviu prospešnými činnosťami, najmä primeraným športovaním a kultúrnym vyžitím má protektívny účinok. Pravidelná pohybová aktivita okrem iných benefitov redukuje depresiu, zlepšuje spánok a potvrdila sa aj skutočnosť, že znižuje chronickú únavu u sestier pracujúcich na zmeny. Vieira et al. (2008) uvádzajú, že sestry majú nedostatok pohybovej aktivity. Monitorovali sme činnosti, ktoré sestry využívajú v čase odpočinku najradšej. Väčšinou uvádzali pasívne relaxačné činnosti ako je čítanie knihy, pozeranie televízie. 48 % respondentov považuje za najvýznamnejší relaxačný prostriedok spánok. Športovanie uvádza 28 % sestier. Zisťovali sme, či je signifikantný vzťah medzi športovaním sestier a BMI. Štatistická významnosť sa nepotvrdila (graf 4).

Záver

Zdravotný stav obyvateľstva v našich podmienkach nie je uspokojivý. Jednou z hlavných príčin zlého zdravotného stavu je nízke zdravotné uvedomenie a nedostatok vedomostí o zdraví a chorobe. Závodná (2005) uvádza, že z výchovného hľadiska je dôležité presvedčiť ľudí, aby prevzali zodpovednosť za svoje zdravie.

Získané výsledky naznačujú, že je potrebné zamerať sa viac na motiváciu sestier k aktívnemu záujmu o svoje zdravie a preferenciu zdravého životného štýlu, pretože sestry pracujúce v oblasti podpory zdravia, by mali byť príkladom nielen postoja k vlastnému zdraviu, ale aj svojimi antropometrickými ukazovateľmi by mali byť vzorom pre svojich klientov.

Ošetrovateľstvo samotné sa zaoberá osobami v zdraví, chorobe ale aj tými, ktorých zdravie je ohrozené. Sestry by mali preukázať schopnosť manažovať samých seba a tým aj svoje zdravie v zmysle podpory, udržiavania a prevencie chorôb.

Literatúra

- [1] DIMUNOVÁ, L. 2009. Práca na zmeny u sestier a jej dopad na výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov. In *Cesta k profesionálnému ošetrovateľstvu IV*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2009. 188 s. ISBN 978-80-7248-521-5, s. 29-32.
- [2] FRIIS, K. et al. 2005. Comparison of lifestyle and health among Danish nurses and the Danish female population: is it possible to generalize findings from nurses to the general female population? In *Scand J Caring Sci*, 2005, vol. 19, p. 361-367.
- [3] *National Survey of the Work and Health of Nurses*. 2008 [online]. [cit. 2008-04-02]. Dostupné na internete: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/zion_20070815_e.html>.
- [4] SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2006. Možnosti ovplyvňovania zdravého životného štýlu u sestier. In *Deficit starostlivosti o seba a jeho vplyv na zdravie*. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita, 2006. 366 s. ISBN 80-969611-884-0-1, s. 236-240.
- [5] SIMOČKOVÁ, V., ZAMBORIOVÁ, M. 2009. Chorobnosť sestier vo vzťahu k vybraným faktorom. In *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III*. [CD-ROM]. 1. vyd. Nitra : UKF Nitra; FSZ, Katedra ošetrovateľstva, 2009. 1189 s. ISBN 978-80-8094-554-1, s. 844-853.
- [6] SOVOVÁ, E. et al. 2005. Výskyt rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení u ošetrovateľského personálu. In *Pracovní lékařství*. 2005, roč. 57, č. 4, s. 149-152.
- [7] VALOVIČOVÁ, E. 2007. Správna výživa nielen v prevencii, ale aj pri komplexnej liečbe onkologických pacientov. In *Via practica*. ISSN 1336-4790, 2007, roč. 4, č. 2, s. 18-23.
- [8] VIEIRA, E. et al. 2008. Smoking, no-exercise, overweight and low back disorder in welders and nurses. In *J of Industrial Ergonomics*. ISSN 0169-8141, 2008, vol. 38 (2), p. 143-149.

[9] ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin : Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-193-X.

Kontaktní údaje

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

doc. PhDr. Mária Zamboriová, PhD.

Univerzita P. J. Šafárika, Košice, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovatel'stva

Trieda SNP 1

040 01 Košice

E-mail: maria.zamboriova@upjs.sk

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s nádorovou bolesťou

Alica Slamková, Ľubica Poledníková

Abstrakt

Ústredným tématom príspevku bolo využití klasifikačných systémů ošetrovatelství: NANDA - International (North American Association for Nursing Diagnosis International) a NIC (Nursing interventions Classification) při zvládání bolesti u pacientů s onkologickým onemocněním v podmínkách hospicové péče. Hlavním cílem výzkumu bylo aplikovat vybraný soubor NIC u pacientů se sesterskou diagnózou Chronická bolest - 00133, porovnat rozdíly v aplikaci sesterských činností sester pracujících v experimentální a kontrolní skupině pacientů, zjistit názory a postoje sester k využití klasifikačních systémů ošetrovatelství vzhledem k usnadnění řešení problémů v souvislosti se zdravotní péčí u pacientů použitím jednotného standardizovaného jazyka. Autorka poukazuje na základě výsledků výzkumu na efektivní využití klasifikačních systémů ošetrovatelství při léčení chronické bolesti u pacientů s nádorovou bolestí v terminálním stádiu onemocnění.

Klíčová slova

Chronická bolest. Klasifikační systémy ošetrovatelství. Hospic. Pacient s onkologickým onemocněním. Sestra.

Úvod

Medzi najčastejšie sa vyskytujúce symptómy u paliatívnych pacientov s lekárskou onkologickou diagnózou patrí bolesť. Nemčíková (2005, s. 230) definuje nádorovú bolesť nasledovne: „Dlhotrvajúca alebo recidivujúca bolesť spojená s kontinuálnym nociceptívnym stimulom a ovplyvnená psychologickými faktormi“. Európska federácia algeziologických spoločností (EFIC) delí bolesti na tri základné skupiny a to bolesť akútne, chronická a nádorová bolesť, ktorá má aspekty bolesti aj akútnej aj chronickej (Martuliak, 2005). Podľa International Association for the Study of Pain (IASP) sa bolesť definuje ako nepríjemný senzorický a emočný zážitok spojený so skutočným alebo potenciálnym poškodením tkaniva (Gulášová, 2008). Bolesť je vždy subjektívna, nie je možné ju objektivizovať, merať alebo vážiť. Pri jej diagnostike sme preto vždy odkázaní

predovšetkým na vieru v slová a prejavy trpiaceho (Martuliak, 2005). Prioritným prvkom paliatívnej starostlivosti je podrobné a efektívne posúdenie pacientovej bolesti. Anamnéza bolesti obsahuje údaje ako: prejavy bolesti – neverbálne, lokalizácia, intenzita, kvalita, časový priebeh, faktory vyvolávajúce bolesť, skúsenosti pacienta s bolesťou, názor pacienta na bolesť, obranné spôsoby a efektívne odpovede na bolesť (Gurková et al., 2009).

Sesterská diagnóza Chronická bolesť 00133 je zaradená do 12 Domény – *komfort* a do triedy - *telesný komfort*. Má náhly a pomalý nástup akejkoľvek intenzity od miernej po veľkú, môže byť stála alebo opakujúca sa, bez očakávaného alebo predvídateľného konca a obdobie dlhšie ako 6 mesiacov (Herdman, 2007). K definujúcim charakteristikám patrí napr.: zmenená schopnosť pokračovať v doterajších činnostiach, zmeny v rytme spánku, depresia, nepokoj, hlásenie bolesti (Marečková, 2005).

Výskum a metodika

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo overiť vybraný súbor klasifikačného systému NIC „Manažment bolesti 1400“ u pacientov so sesterskou diagnózou Chronická bolesť – 00133 v podmienkach hospicovej starostlivosti. **V hypotéze H** sme predpokladali, že použitím vybraného súboru klasifikačného systému NIC „**Manažment bolesti 1400**“ sa zvýši počet dokumentovaných uskutočnených sesterských činností v experimentálnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou.

Výberový súbor

Základným kritériom výskumného súboru boli pacienti s lekárskou onkologickou diagnózou, u ktorých sa potvrdila sesterská diagnóza Chronická bolesť 00133, v podmienkach hospicovej starostlivosti. *Experimentálnu skupinu* tvorilo n=50 onkologických pacientov. Výskum sme uskutočnili v nasledujúcich zdravotníckych zariadeniach: Hospic Dom pokoja a zmiery u Bernadety v Nitre (25 pacientov), Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne (25 pacientov). *Kontrolnú skupinu* tvorilo tiež n=50 onkologických pacientov z tých istých zdravotníckych zariadení. *Druhú výskumnú vzorku* predstavovalo n=20 sestier z oboch zariadení. Realizácia výskumu sa uskutočnila na základe súhlasu manažmentu zdravotníckych zariadení a prekonzultovania etických otázok výskumného procesu.

Metódy

Literárna metóda, experiment, obsahová analýza dokumentov – chorobopisov a ošetrovateľskej dokumentácie. Na opis premenných sme použili *aritmetický priemer* (AM), *smerodajnú odchýlku* (SD) a *t-test* pre dva nezávislé výbery.

Výskum sa uskutočnil v období od augusta 2009 do konca decembra 2009. Sestry, ktoré pracovali v experimentálnej skupine boli oboznámené s problematikou klasifikačných systémov ošetrovateľstva a nami pripravenou dokumentáciou. Pacientov sme vyberali podľa daných kritérií. Zberom informácií od ošetrojúceho personálu, lekárov, obsahovou analýzou dokumentov – štúdiom zdravotnej dokumentácie, pozorovaním a voľným rozhovorom s pacientmi sme zisťovali subjektívne a objektívne údaje (definujúce charakteristiky) na validizáciu sesterskej diagnózy *Chronická bolesť - 00133*.

Výsledky a diskusia

Predstavujeme štatistickú deskripciu skúmaných kvantitatívnych premenných – sesterské činnosti realizované v experimentálnej skupine ako vybraný súbor NIC „Manažment bolesti 1400“ a v kontrolnej skupine sesterské činnosti počas bežnej ošetrovateľskej praxe. Uvádzame výsledky komparačnej analýzy (t-test pre dva nezávislé súbory) pre verifikáciu **hypotézy**. Vybraný súbor „Manažment bolesti 1400“ obsahuje 43 sesterských činností. V *experimentálnej skupine* sestry uskutočňovali všetky činnosti. V *kontrolnej skupine* sme vychádzali z posúdenia bežnej ošetrovateľskej praxe a ošetrovateľskej dokumentácie na vybraných pracoviskách. Jednotlivé zaznamenané sesterské činnosti sme zatriedili do kontextových jednotiek podľa činností vo vybranom súbore klasifikačného systému NIC „*Manažment bolesti 1400*“ a predstavovali počet - 25 sesterských činností.

Štatisticky významné rozdiely v porovnaní sesterských činností *experimentálnej a kontrolnej skupiny* (uskutočňované a zaznamenané sesterské činnosti v kontrolnej skupine: NIC 1, NIC 2, NIC 7, NIC 27, NIC 35 vyjadrené ako $p = 0,001$ sme zistili v uvedených sesterských činnostiach.

Tab. 1 Porovnanie najviac volených sesterských činností v experimentálnej a kontrolnej skupine.

NIC	Experimentálna skupina ES	NIC	Kontrolná skupina KS	p
1	AM - 18,86	1	AM - 15,26	0,001.
2	AM - 16	2	AM - 13,6	0,001.
7	AM - 14,58	7	AM - 13,48	0,001.
27	AM - 15,38	27	AM - 11,9	0,001.
35	AM - 14,44	35	AM - 13,58	0,001.

NIC 1 - *Uskutočniť dôkladne zhodnotenie bolesti a zahrnúť do toho miesto, charakteristiku, začiatok – trvanie, frekvenciu, kvalitu, intenzitu a vážnosť bolesti, ako aj faktory, ktoré ju zhoršujú: ES AM = 18,86, SD = 3,51; KS AM = 15,26, SD = 3,7.*

NIC 2 - *Pozorovať neverbálne prejavy bolesti, zvlášť u tých, ktorí nie sú schopní efektívne komunikovať: ES AM = 16, SD = 5,17; KS AM = 13,6, SD = 4,45.*

NIC 7 - *Určiť vplyv bolestivého zážitku na kvalitu života (napr. spánok, chuť k jedlu, aktivity, poznávanie, nálady, vzťahy, výkonnosť v práci, zodpovednosť): ES AM = 14,58, SD = 3,93; KS AM = 13,48, SD = 4,87.*

NIC 27 - *Pacientovi poskytnúť optimálnu úľavu od bolesti pomocou predpísaných analgetík: ES AM = 15,38, SD = 5,11; KS AM = 11,9, SD = 5,18.*

NIC 35 - *Podporovať primeraný odpočinok / spánok ako podporu úľavy od bolesti: ES AM=14,44, SD=7,98; KS AM=13,58, SD=6,65.*

Svoje skúsenosti s klasifikačnými systémami ošetrovateľstva hodnotí 55% sestier výskumnej vzorky skôr pozitívne a 15% sestier pozitívne. 40% sestier uvádza, že v súčasných podmienkach je realizácia ošetrovateľského procesu s využitím klasifikačných systémov zaťažujúca. Zdôrazňujú okrem iných odporúčaní predovšetkým prioritnú potrebu ošetrovateľskej dokumentácie v elektronickej podobe.

Na základe dosiahnutých výsledkov výskumu možno konštatovať, že výsledky sú partikulárne, pretože výskum sme realizovali len u pacientov s onkologickou diagnózou v terminálnom štádiu ochorenia. Klasifikačné systémy ošetrovateľstva sú vhodné pre liečbu bolesti aj u iných skupín pacientov.

Záver

Z analýzy výsledkov výskumu sme zistili, že vybrané súbory klasifikačných systémov ošetrovateľstva NIC poskytujú sestram návod na riešenie sesterských diagnóz. Použitím vybraného súboru NIC „Manažment bolesti 1400“ sa zvýšil počet dokumentovaných sesterských činností v experimentálnej skupine v porovnaní s kontrolnou skupinou. Na základe výskumu sme zistili, že sestry v bežnej praxi nezaznamenávajú všetky činnosti do ošetrovateľskej dokumentácie. Väčšinou sa viac sústreďujú na zaznamenávanie závislých činností. Z výsledkov výskumu vyplýva potreba vychádzať pri skvalitňovaní ošetrovateľskej starostlivosti z klasifikačných systémov ošetrovateľstva, aplikovať vhodné prvky aj v našich podmienkach.

Literatura

- [1] BULECHEK, G. M., BUTCHER, H.K., McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th Edition, Missouri U.S.A. : Mosby, Inc., 2008. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- [2] GULÁŠOVÁ, I. 2008. *Boleť ako ošetrovateľský problém*. Martin : Osveta, 2008. 95 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
- [3] GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP J., et al. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta. 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- [4] Herdman, T.H. et al.(ed.) 2007. *NANDA International. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2007 – 2008*. 7th Edition, Philadelphia : NANDA International 2007, 154 p. ISBN 978-0-9788924-0-1.
- [5] MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovateľského procesu*. 2 vyd. Ostrava : Repronis, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-058-0.
- [6] MARTULIAK, I. 2005. *Liečba bolesti v paliatívnej medicíne*. In DOBRÍKOVÁ-PORUBČANOVÁ et al.: *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. 1. vyd. Trnava : Spolok svätého Vojtecha, 2005. s. 130-149. ISBN 80-7162-581-7.

Príspevok je súčasťou grantového projektu UGA-VIII/9/2009.

Kontaktní údaje

PhDr. Alica Slamková PhD.
UKF FSVaZ Katedra ošetrovateľstva Nitra
Kraskova 1, 94974 Nitra, SR;
e-mail: aslamkova@ukf.sk

Učenie komunikácie a psychoterapeutického prístupu v kontexte ošetrovateľského vzdelávania

Andrea Solgajová, Dana Zrubcová

Abstrakt

V študijných programoch ošetrovateľstva sa ošetrovateľský proces identifikuje ako základný element pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Pri aplikácii vedomostí študentov o ošetrovateľskom procese do klinickej praxi sa mnohokrát stretávame s problémami ako sú nesprávna diagnostika, absencia použitia meracích nástrojov v diagnostike, ako aj nedostatočné uplatnenie komplexných intervencií v pláne starostlivosti. Príspevok načrtáva bariéry vzdelávania v ošetrovateľstve a prípravu sestier pre prax, konkrétne cez implementovanie intervencií v oblasti ošetrovateľského, psychoterapeutického a komunikačného prístupu. Stratégie súčasného vzdelávania vedú študenta, následne sestru v praxi k uprednostňovaniu intervencií z oblasti ošetrovateľského prístupu zameraného na jednostranné uspokojovanie biologických potrieb pacienta. Aplikáciou štandardizovaných plánov starostlivosti sa môže vytvoriť želaný obsah vzdelávania sestier a prax – holisticky orientovaného ošetrovateľstva. Cieľom príspevku bolo zhodnotiť rozdiely uskutočňovaných činností v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského prístupu sestier podľa ich vzdelania a dĺžky odbornej praxe. Zistenia výskumu poukazujú na rozdiely v úrovni psychoterapeutického, komunikačného prístupu sestier. Výsledky podporujú dôležitosť vzdelávania vzhľadom na psychoterapeutický a komunikačný prístup sestier.

Kľúčová slova

Ošetrovateľský proces, plán starostlivosti, psychoterapeutický prístup, komunikácia, ošetrovateľské intervencie

Úvod

Klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií (NIC - Nursing Interventions Classification) predstavuje efektívny nástroj kvality ošetrovateľskej starostlivosti,

ktorý pomáha sestre pri rozhodovaní o výbere vhodných intervencií podľa individuálnych požiadaviek pacienta. Niektoré činnosti v klasifikačnom systéme NIC sú odôvodnené, vychádzajú z princípov založených na dôkazoch (EBP - Evidence-Based Practice), zviditeľňujú čo sestry a iní zdravotnícki pracovníci robia, čím sú ich výsledky pôsobenia na pacienta preukázateľné.

U pacientov s demenciou sa plán starostlivosti zameriava na uspokojovanie psychických a emocionálnych potrieb pacienta, v zásade na narušené kognitívne funkcie, na udržiavanie orientovanosti a maximálnej možnej úrovne sebestačnosti, na zmiernenie úzkosti a strachu, podporu sebaúcty pacienta a na zaistenie najvyššieho možného komfortu pre pacienta a jeho rodinu (Marková, Venglářová, Babjaková, 2006; Pidrman, Kolibáš 2005; Zvolský, 2001).

Na psychický stav pacienta vplýva aj schopnosť rečovej aktivity chorého vo vzájomnej interakcii s ním. Komunikáciu prispôbujeme tak, aby sme neprehľbovali zmeny v duševnom stave chorého. Gurková, Žiaková, Čáp (2009) popisujú, že pri každej interakcii s chorým sa odporúča predstaviť sa, osloviť ho menom, rozprávať pomaly, zrozumiteľne, poskytovať jednoduché informácie a opakovať ich.

Súčasťou pôsobenia na psychický stav pacienta je aj psycho-socioterapia (tréning kognitívnych funkcií a behaviorálnych postupov). Psychoterapia predstavuje správny psychologický prístup k chorému, ktorý si vyžaduje od opatrujúcich veľmi veľkú trpezlivosť. Zameriava sa na riešenie aktuálneho problému ako na reštrukturalizáciu osobnosti a má byť zameraná na uchovávanie bežných denných aktivít a návykov, ktoré chorému ešte zostali zachované. Emočne orientované psychoterapeutické prístupy zahŕňujú podpornú terapiu na zvládanie funkčnej nedostatočnosti a frustrácie, reminiscenčnú terapiu pôsobiacu na zlepšenie správania i nálady, a validizačnú terapiu zameranú na senzorickú integráciu (Koukolík, 1998).

Gurková, Žiaková, Čáp (2009) popisujú, že pri komunikácii s chorým s demenciou je vhodné používanie takých otázok, na ktoré je možná odpoveď áno/nie. Nie je vhodné rozprávať sa o chorom s inou osobou pred ním, ani rozprávať sa s viacerými naraz pred chorým, pretože množstvo informácií a neporozumenie obsahu môže u pacienta vyvolať zmätenosť.

Na základe uvedených skutočností je potrebné v starostlivosti o pacienta s demenciou pôsobiť psychoterapeuticky, prispôbovať komunikáciu a uskutočňovať tréning kognitívnych funkcií s cieľom, čo najdlhšie udržiavať schopnosť vykonávať aktivity denného života.

Z moderných trendov ošetrovateľstva predstavuje klasifikačný systém ošetrovateľských intervencií efektívny nástroj starostlivosti. V rámci daného systému ošetrovateľské intervencie NIC zahŕňajú fyziologickú aj psychologickú oblasť v starostlivosti. Väčšina intervencií sa používa individuálne, ale mnohé je možné použiť v rodinách a komunitách. Klasifikácia zahŕňa závislé a nezávislé činnosti, ktoré sestry vykonávajú pri priamej i nepriamej starostlivosti. NIC môže byť použitá vo všetkých oblastiach starostlivosti (od JIS, domácej starostlivosti, hospicu až po primárnu starostlivosť) a vo všetkých špecializáciách (od kritickej starostlivosti, cez ambulatnú až po dlhodobú starostlivosť) (Vörösová, 2007).

V klinickej praxi sa sestry kategorizujú podľa úrovne vzdelania a podľa dĺžky odbornej praxe. Sledovali sme rozdiel v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského prístupu podľa typu vzdelania, dĺžky praxe na jednotlivých úsekoch starostlivosti.

Vychádzajúc zo súčasných požiadaviek európskej únie o odbornej spôsobilosti sestier, ktoré vnímame ako pozitívne zmeny v systéme vzdelávania, predpokladáme, že toto pozitívum sa prenáša aj do kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Predpokladáme, že sestry s rôznym typom vzdelania sa budú líšiť v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského prístupu v starostlivosti o pacienta s demenciou.

Dĺžka praxe by malo byť kritérium nielen pre postup sestier v ich odbornom raste ale i v prístupe k pacientom. Predpokladáme, že podľa dĺžky praxe sa u sestier bude líšiť ich psychoterapeutický, komunikačný a ošetrovateľský prístup pri poskytovaní starostlivosti pacientom s demenciou.

Materiál a metódy

Výberový súbor tvorilo 90 sestier z troch úsekov Fakultnej nemocnici v Nitre. Určujúcim kritériom pre zaradenie respondentov do výskumu bolo: povolanie sestry na úseku starostlivosti poskytujúci starostlivosť pacientom s demenciou (psychiatrická, neurologická a interná klinika). Na každom úseku starostlivosti bolo vo výskumnej skupine 30 sestier, pre pozoruhodnosť len na úseku psychiatrickej kliniky boli vo výskumnej vzorke 30 sestier – 4 muži. Respondenti boli rozdelení do skupín podľa typu vzdelania a dĺžky odbornej praxe.

Prostredníctvom vytvoreného dotazníka sme zhodnotili názory sestier na uskutočňovanie ošetrovateľských intervencií v starostlivosti o pacienta s demenciou. Použili sme klasifikačný systém ošetrovateľských činností, ktorý zahŕňa intervencie týkajúce sa fyzickej aj psychologickéj oblasti. Z ponúkaných

ošetrovateľských intervencií sme vybrali **činnosti pre psychoterapeutický prístup** (hodnota intervalu 0 – 8), **činnosti pre komunikáciu** (hodnota intervalu 0 – 7) a **činnosti pre vykonávanie sebaobslužných aktivít** (hodnota intervalu 0 – 9). Skóre sme vytvorili spočítaním kladných odpovedí v konkrétnych činnostiach (8, 7, resp. 9 činností).

Ďalšou posudzovanou položkou v dotazníku bolo aj vyjadrenie **názoru sestier k uskutočňovaniu ošetrovateľských činností u pacientov s demenciou v oblasti fyzickej a psychologickej**. Sestry sa vyjadrovali vo forme súhlasu (v hodnote intervalu 1 - silný nesúhlas; 5 silný súhlas), že činnosti smerujúce k aktivitám denného života u pacientov s demenciou sú uskutočňované častejšie ako činnosti k podpore kognitívnych funkcií.

Pre štatistické vyhodnotenie hypotéz sme na porovnanie úrovne psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského prístupu sestier podľa typu vzdelania, dĺžky klinickej praxe a podľa úseku starostlivosti použili Kruskal-Wallisov H-test (neparametrická analýza rozptylu). Pre skúmanie diferencií medzi vybranými dvomi skupinami sme použili Mann-Whitneyho U-test (Hendl, 2004). Okrem deskriptívnych charakteristík priemerného poradia uvádzame kvôli jednoduchšej orientácii vo výsledkoch priemerné hodnoty.

Výsledky a diskusia

V nasledovnej časti uvádzame rozdiely v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského pôsobenia v troch oblastiach podľa vzdelania, dĺžky praxe a úseku starostlivosti.

V tabuľke 1 predstavujeme rozdiely v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského pôsobenia výsledky podľa vzdelania sestier.

Medzi skúmanými vzdelanostnými skupinami sme zistili rozdiely v troch premenných, v psychoterapeutickom prístupe sestier, v komunikačnom prístupe sestier a v hodnotení pomeru aktivít súvisiacich s fyzickými činnosťami (zamerané na uspokojovanie aktivít denného života) v porovnaní s psychologickými činnosťami ($p=.030$, resp. $.043$ a $.019$). V psychoterapeutickom prístupe sa líšia sestry so stredným odborným vzdelaním od sestier s vyšším odborným vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním ($p=.076$, resp. $.024$). V komunikačnom prístupe sa sestry líšia tiež, významne skupina sestier so stredným odborným a vyšším odborným vzdelaním ($p=.023$). V hodnotení pomeru uskutočňovania fyzických a psychologických činností sa líšia sestry so stredným odborným vzdelaním od

ostatných dvoch skupín, podobne ako pri psychoterapeutickom prístupe ($p=.007$, resp. $.049$). Týmito zisteniami môžeme vyjadriť, že sestry s vyšším odborným vzdelaním vnímajú intenzívnejšie nepomer uskutočňovania činností zameraných na aktivity denného života vs. psychoterapeutických činností v starostlivosti o pacientov s demenciou.

Tab.1 Prístup sestier podľa typu vzdelania

Prístup	Vzdelanie	N	Priemerné poradie	AM	H	p
psychoterapeutický	stredné odborné	47	38,93	5,85	6,986	,030
	vyššie odborné vzdelanie	23	50,20	6,52		
	vysokoškolské vzdelanie	20	55,55	6,75		
komunikačný	stredné odborné	47	39,85	5,06	6,273	,043
	vyššie odborné vzdelanie	23	55,80	5,74		
	vysokoškolské vzdelanie	20	46,93	5,40		
ošetrovateľský	stredné odborné	47	45,60	6,62	2,388	,303
	vyššie odborné vzdelanie	23	39,87	6,22		
	vysokoškolské vzdelanie	20	51,75	6,90		
fyzický > psychologický	stredné odborné	47	38,62	3,66	7,911	,019
	vyššie odborné vzdelanie	23	55,04	4,30		
	vysokoškolské vzdelanie	20	50,70	4,15		

Tabuľka 2 popisuje zistené rozdiely v úrovni psychoterapeutického, komunikačného a ošetrovateľského pôsobenia výsledky podľa dĺžky odbornej praxe.

Tab.2 Prístup sestier podľa dĺžky praxe

Prístup sestier	Dĺžka praxe	N	Priemerné poradie	AM	H	p
psychoterapeutický	do 5 rokov	39	51,91	6,59		
	6-10 rokov	24	38,31	5,75	4,696	0,096
	nad 10 rokov	27	42,63	6,11		
komunikačný	do 5 rokov	39	50,28	5,54		
	6-10 rokov	24	44,19	5,29	2,872	0,238
	nad 10 rokov	27	39,76	5,00		
ošetrovateľský	do 5 rokov	39	47,24	6,64		
	6-10 rokov	24	43,29	6,58	0,386	0,825
	nad 10 rokov	27	44,94	6,48		
fyzický > psychologický	do 5 rokov	39	41,21	3,77		
	6-10 rokov	24	45,58	3,96	2,822	0,244
	nad 10 rokov	27	51,63	4,15		

Pri skúmaní rozdielov v prístupe sestier vzhľadom na dĺžku praxe sme zistili že v rôznych prístupoch sa sestry štatisticky významne nelíšia v sledovaných troch kategóriách. Pri porovnaní všetkých dvojíc sme zistili, že sestry s dĺžkou praxe 6-10 rokov sa líšia od sestier s praxou do 5 rokov. Výsledok môže byť ovplyvnený skôr vzdelaním sestier.

Diskusia

Prioritnou oblasťou v starostlivosti o pacienta s demenciou podľa rôznych autorov (Pidrman, 2007; Marková, Venglářová, Babjaková, 2006; Hegyi, Krajčik, 2006; Zvolský, 2001) je udržanie maximálne možnej sebestačnosti. Ackley, Ladwig (2008) podľa NANDA-I popisujú pre demenciu vybrané ošetrovateľské diagnózy, ich vzájomné prepojenie s ošetrovateľskými intervenciami NIC. Vörösová (2007) popisuje klasifikačný systém NIC ako systém v starostlivosti, ktorý sa orientuje na fyzickú aj psychologickú oblasť v starostlivosti o pacientov. Práve činnosti so zameraním na psychoterapeutický prístup, komunikáciu a uskutočňovanie činností k aktivitám denného života boli v centre záujmu predstavovaného výskumu.

Sestry podľa požiadaviek európskej únie by mali prioritizovať potreby pacientov. Pre naplnenie nových rolí a funkcií sestier bolo potrebné vykonať zmeny vo vzdelávaní v záujme zvyšovania kvality poskytovania starostlivosti. Systém vzdelávania sestier bol upravený v zmysle požiadaviek smernice EÚ. Nariadenie vlády o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania pre povolania sestry vymedzuje podľa smernice EÚ, že: „*sestra spĺňa odbornú spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností získaním vysokoškolského vzdelania I. Stupňa v bakalárskom študijnom programe alebo vyššieho odborného vzdelania*“ (Farkašová, 2008, s.15).

Vzdelávanie odlišuje sestry v psychoterapeutickom, komunikačnom prístupe a v tom, nakoľko kriticky hodnotia rozdiel medzi množstvom činností venovaných fyzickej oblasti v neprospech psychologicky orientovaných činností. Sestry s vyšším odborným vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním vykonávajú viac činností psychoterapeutického charakteru, ale i napriek tomu hodnotia psychoterapeutický prístup v nepomere oproti biologicky zameraným činnostiam. Na základe zistení môžeme konštatovať, že sestry s vyšším odborným vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním sú viac pripravené vnímať viaceré oblasti v starostlivosti pacienta a viac uskutočňovať psychoterapeutického pôsobenie.

Týmito zisteniami môžeme zároveň konštatovať, že zmenou vo vzdelávaní sestier išlo o pozitívnu zmenu aj pre kvalitu zdravotnej starostlivosti. Podľa Mesárošovej, Krištofovej, Líškovej (2005) je utváranie nových profesionálnych postojov študentov ošetrovateľstva dôležitou súčasťou študijného programu, ktorým prechádzajú počas prípravy na povolanie. Aj problematika klasifikačných systémov ošetrovateľstva, ktorá je súčasťou študijného obsahu v odbore Ošetrovateľstvo, predstavuje jednu z možností ako poskytovať holistickú starostlivosť, so zameraním a rešpektovaním všetkých oblastí ľudského bytia – človeka v bio-psycho-sociálnom poňatí.

Dĺžka odbornej praxe je kritériom, ktoré sa zohľadňuje pri zaradovaní do systému platového ohodnotenia sestier. Neznamená to ale, že sestry s kratšou dĺžkou odbornej praxe majú lepší alebo horší prístup k poskytovaniu ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnosti je veľa sestier, ktoré majú ochotu neustále sa vzdelávať, čím pracujú na svojom odbornom raste a prispievajú k zlepšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Pri skúmaní rozdielov v prístupe sestier vzhľadom na dĺžku praxe sme zistili, že sa sestry štatisticky významne nelíšia v sledovaných troch kategóriách. Pri porovnaní všetkých dvojíc sme zistili, že sestry s dĺžkou praxe 6-10 rokov sa líšia od sestier

s praxou do 5 rokov. Predpokladáme, že na toto zistenie má vplyv väčší záujem o vzdelávanie skôr u mladších sestier, s kratšou dĺžkou praxe. Zaujímavé by bolo prehodnotiť vzdelanie a dĺžku praxe u sestier vzhľadom na realizované činnosti v ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry s kratšou dĺžkou odbornej praxe by mali byť viac otvorené zmenám, potrebám pacientov i k ich psychickému stavu z hľadiska krátkodobého orientovania sa v danej problematike, faktoru „zvedavosti“, novosti v učení sa.

Súčasťou našich zisťovaní so zameraním na zhodnotenie psychoterapeutického prístupu bolo i zmapovanie názorov sestier na uskutočňovanie fyzickej vs. psychologickkej starostlivosti o pacientov s demenciou. Predpokladali sme, že činnosti smerujúce k aktivitám denného života u pacientov s demenciou sú uskutočňované sestrou častejšie ako činnosti k podpore kognitívnych funkcií u pacientov s demenciou. Sestry s vyšším odborným vzdelaním a vysokoškolským vzdelaním vykonávajú viac činností psychoterapeutického charakteru, ale i napriek tomu hodnotia psychoterapeutický prístup v nepomere oproti fyziologicky zameraným činnostiam. Týmto môžeme konštatovať, že sestry s vyšším vzdelaním viac vedia o dôležitosti psychoterapeutickom pôsobení a jeho pôsobení na pacientov, a preto si uvedomujú dôležitosť jeho uskutočňovania. Významný signifikantný rozdiel v súhlase sestier, že viac je starostlivosť v súčasnosti orientovaná na fyzickú starostlivosť vs. psychologickú, je medzi stredným odborným vzdelaním a vyšším odborným vzdelaním. Ďalší významný signifikantný rozdiel sa prezentuje aj medzi názormi sestier z psychiatrickej kliniky vs. interná klinika, čo môže svedčiť o vyššej uvedomelosti sestier o význame psychoterapeutického pôsobenia, nakoľko na psychiatrickej klinike je jeho vplyv na výsledkoch u pacienta badateľný v dennodennej praxi viac ako na internej klinike. Sestry zo všetkých troch úsekov vyjadrovali ako najčastejšie dôvody neuskutočňovania činností psychoterapeutického pôsobenia najmä nedostatok personálu i času, ako aj zaťaženie sestier rozsiahlym dokumentovaním.

Záver

Zmeny vo vzdelávaní sestier súvisia aj so zmenami v kvalite poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, kde sa pacient chápe v bio-psycho-sociálnom poňatí. Na základe zistení potvrdzujeme, že vzdelanie sestier je významným faktorom ovplyvňujúcim poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Nový trend vo vzdelávaní sestier smeruje pozitívnym smerom, v ktorom treba

postupovať a pôsobiť na zlepšovanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti najmä vybudovaním „dobrého“ základu u sestier.

Literatura

- [1] BULECHEK, G. M, BUTCHER, H.K., McCLOSKEY DOCHTERMAN, J. 2008. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th Edition, Missouri U.S.A.: Mosby, Inc., 2008. 938 p. ISBN 978-0-323-05340-2.
- [2] ELEXOVÁ, H., PETR, T. 2006. Organizační formy ošetrovateľskej péče. In *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2006. s.52-59. ISBN 80-247-1151-6.
- [3] GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. et al. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin : Osveta, 2009. 238 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
- [4] HENDL, J. 2004. *Přehled statistických metod zpracování dát*. Praha : Portál, 2004, 696 s. ISBN 80-71788-820-1.
- [5] JIRÁK, R. 2004. Organické duševní poruchy. In HÖSCHL, C., LIBI-ADLGER, J., ŠVESTKA, J. 2004. *Psychiatrie*. 2.vyd. Praha: Tigris, 2004. s. 468-486. ISBN 80-900130-7-4.
- [6] FARKAŠOVÁ, D. 2008. Sestry v 21. storočí. In *Sestry a európske stratégie zdravia v 21. storočí. Zborník z 3. medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava : SZU, 2008. s.12-18. ISBN 978-80-89352-10-4.
- [7] HEGYI, L., KRAJČÍK, L. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. 2. vyd. Bratislava : Herba, 2006. 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
- [8] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABI-ADLAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [9] MESÁROŠOVÁ, J., KRIŠTOFOVÁ, E., LÍŠKOVÁ, M. 2005. Formovanie postojov k povolaniu sestry u študentov ošetrovateľstva. In *Didaktika – kráľovna pedagogiky?. Sborník příspěvků z mezinárodní konference*. Ústí nad Labem : 2005, UJEP, Ústí nad Labem., s.61-62. ISBN80-7044-658-7.
- [10] PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. 2005. *Změny v jednání seniorů*. Praha : Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

- [11] VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve*. Martin : Osveta, 2007. 113 s. ISBN 978-80-8063-242-7.
- [12] ZRUBCOVÁ, D., SEMANIŠINOVÁ, M., SCHMIDTOVÁ, Z. 2009. Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o duševné zdravie. In *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III. Zborník z medzinárodného sympózia*. Nitra : FSVaZ, Katedra ošetrovateľstva, UKF v Nitre, s. 1033-1040. ISBN 978-80-8094-554-1.
- [13] ZVOLSKÝ, P. 2001. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

Kontaktní údaje

PhDr. Andrea Solgajová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF Nitra
Kraskova 1

949 74 Nitra. Slovenská republika

Tel.: +421 904 80 79 76, e-mail: asolgajova@ukf.sk

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, UKF Nitra
Kraskova 1

949 74 Nitra. Slovenská republika

e-mail: dzrubcova@ukf.sk

Negatívne účinky návykových látok na priebeh tehotenstva

Jaroslav Stančiak, Mária Kopáčiková, Jozef Novotný

Abstrakt

Problém užívania drog sa dotýka ľudí na celom svete. Je to problém nie len historický, ale aj globálny. Drogová závislosť predstavuje čoraz väčší zdravotný a sociálny problém aj v súvislosti s tehotnosťou. Až 80 % drogovu závislých žien je vo fertilnom veku. Pri sledovaní tehotných, ktoré sú drogovu závislé, treba brať do úvahy množstvo komplikácií u ženy, vo vývoji prenatálneho dieťaťa a u novorodenca.

Kľúčová slova

Droga, tehotnosť, prenatálna starostlivosť, komplikácie

Úvod

Problém užívania drog sa dotýka ľudí na celom svete. Je to problém nie len historický, ale aj globálny. V celom svete rovnako ako u nás žijú tisíce užívateľov drog. Drogy a ich distribúcia predstavuje fenomén prekročovania hranice krajín a kontinentov, ktorá vedie k výrazným medicínskym, sociologickým a ekonomickým dôsledkom.

Reprodukčné zdravie je definované ako stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, vo všetkých prípadoch vzťahujúcich sa k reprodukčnému systému. Z tohto aspektu drogová závislosť predstavuje čoraz väčší zdravotný a sociálny problém aj v súvislosti s tehotnosťou. Až 80% drogovu závislých žien je vo fertilnom veku. Pri sledovaní tehotných, ktoré sú drogovu závislé, treba brať do úvahy množstvo komplikácií u ženy, vo vývoji prenatálneho dieťaťa a u novorodenca.

Drogy

História ľudstva potvrdzuje, že v každej spoločnosti sa užívali drogy s cieľom dosiahnuť zmenu nálady, myslenia a vnímania.

Vo farmaceutickom slovníku je droga charakterizovaná ako surovina upravená na ďalšiu prípravu liekov. Svetová zdravotnícka organizácia definuje drogu ako „akúkoľvek látku, ktorá po vstupe do organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viacero funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku“ (1). Každá droga, či už získaná legálne alebo nelegálne, je predmetom zneužívania. Závislosť je daná tendenciou zvyšovania dávky, psychickou a často aj fyzickou závislosťou na jej účinkoch, neodolateľným želaním, nutkaním alebo potrebou pokračovať v užívaní drogy a získať ju akýmkoľvek spôsobom. Spoločensky neprípustnými drogami dostupnými na našom trhu sú na prvom mieste heroín a pervitín. V našej spoločnosti konzumácia legálnych drog – alkohol, analgetiká, prášky na spanie, cigarety - je bežná, tolerovaná.

Prenatálna starostlivosť

Prenatálna starostlivosť je charakterizovaná ako účinná starostlivosť zameraná na tehotnú ženu a dieťa v priebehu tehotnosti a pôrodu. Jej cieľ je ovplyvňovaný rozdielnymi prioritami spoločnosti a jednotlivcov. Výsledný efekt je závislý od zdravotnej a sociálnej politiky štátu, ako aj vlastného sociálneho postavenia tehotnej ženy a jej postoja k tehotnosti. Najdôležitejšou úlohou prenatálnej starostlivosti je včasné zistenie akéhokoľvek rizika pre matku a prenatálne dieťa (2).

Riziková tehotnosť možno rozoznať na základe sledovania rôznych faktorov. V každom prípade je potrebné riziko špecifikovať a spresniť jeho možný vplyv na priebeh tehotnosti a pôrodu. Mnohé faktory môžu v priebehu tehotenstva dieťa poškodiť, pričom následky v prvom rade závisia od doby ich pôsobenia. Pritom môže dochádzať k odumretiu plodu, k deformáciám alebo k infekcii dieťaťa s možnými následnými poškodeniami.

Tehotnosť okrem biologických faktorov nepriaznivo ovplyvňujú aj faktory sociálne. Nepriaznivé ekonomické podmienky, vplyv zamestnania, zvýšené pracovné napätie, nedostatok odpočinku a spánku, ako aj fajčenie, alkoholizmus a toxikománie zvyšujú riziko predčasného pôrodu a znižujú pôrodnú hmotnosť novorodenca (2).

Ak konzumuje tehotná žena drogy ohrozuje život svoj, aj svojho nenarodeného dieťaťa. Väčšina drog prestupuje placentárnou bariérou a priamo ovplyvňuje prenatálne dieťa. Potencionálne poškodenie prenatálneho dieťaťa nesie so sebou mnoho zdravotníckych, etických, ekonomických a legislatívnych problémov.

Negatívne účinky návykových látok na priebeh tehotnosti

Tehotné toxikomanky si vyžadujú zvýšenú pozornosť. Tehotnosť u nich nie je plánovaná a je aj nechcená. Vzhľadom na nepravidelný cyklus je zistenie tehotnosti neskoré, je premeškaný čas na skriningové vyšetrenia. Najčastejšou komplikáciou spôsobenou užívaním drog v tehotnosti je potrat, partus praematurus, predčasný odtok plodovej vody, odumretie plodu, hypotrofický plod, abrupcia placenty, eklampsia. Výkyvy hladín drogy v krvi matky sú rizikové a nebezpečné. Pomerne častý je výskyt venerických ochorení, hepatitíd a infekcií HIV. Narkomanky sú väčšinou veľmi mladé, vo veľkej väčšine sú slobodné, buď úplne bez partnera, alebo partner je takisto narkoman. Sú bez zamestnania alebo o prácu postupne prišli v dôsledku drogovej závislosti. Prehlbujúca sa závislosť vedie k postupnému asociálnemu správaniu – k prostitúcii a ku krádežiam.

Drogovo závislé tehotné ženy trpia nedostatočnou výživou z týchto dôvodov:

- namiesto jedla si kúpia drogu,
- inhibícia centrálnych mechanizmov riadiacich pocit hladu a sýtosti,
- problémy pri vstrebávaní výživných látok v súvislosti s veľkým poškodením čriev, pankreasu a pečene.

Negatívne účinky návykových látok na prenatálne dieťa, novorodenca a dieťa

Prenatálne dieťa sa stáva pasívnym konzumentom drogy, lebo väčšina drog prestupuje placentou do krvi prenatálneho dieťaťa. Drogy, ktoré počas tehotenstva ovplyvňovali prenatálne dieťa, sa podieľajú na vzniku abstinenčného syndrómu. [Abstinenčný syndróm](#) sa môže vyvinúť už v maternici, ak si závislá matka aplikuje látku nepravidelne alebo ju vynechá. Prenatálne dieťa máva abstinenčné príznaky skôr ako matka. Reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou, ktorá sa môže vystupňovať do kŕčov a až do intrauterinného úmrtia. Práve výkyvy v hladine drogy sú pre prenatálne dieťa veľmi nebezpečné, lebo kŕče vyvolávajú nedostatočné zásobenie mozgu kyslíkom a jeho možné poškodenie.

K najviac rozšíreným exogénnym škodlivým faktorom patrí fajčenie a alkohol. U tehotných *fajčiarok* dochádza približne v 30% k poškodeniu prenatálneho dieťaťa. Zvýšené je riziko odlučovania placenty, krvácania v priebehu tehotnosti a predčasný odtok plodovej vody, predčasného pôrodu, odumretia prenatálneho dieťaťa. Nikotín negatívne ovplyvňuje metabolizmus a nutričný stav tehotnej

ženy, znižuje absorpciu bielkovín a vitamínov. Uvedené faktory sa spolupodieľajú na nízkej pôrodnej hmotnosti novorodencov (3, 4). Tabakový dym spôsobuje poruchu vývinu pľúcnych štruktúr (4). S patologickou štruktúrou súvisí aj zvýšený výskyt náhleho úmrtia dojčiat (SIDS – sudden infant death syndrom). Po pôrode sa u detí stretávame s poruchami popôrodnej adaptácie. Následky toxického účinku nikotínu sa prejavia u novorodenca tachykardiou, poruchami periférnej perfúzie, príjmu výživy, dráždivosťou, tremorom a zvýšenou reakciou na zvukové podnety (5). Pri náhlom znížení hladiny nikotínu v krvi dieťaťa po narodení môže vzniknúť abstinenčný syndróm (bledosť, zvýšená dráždivosť, tras končatín, tachypnoe, tachypnoe, záchvaty cyanózy a bradykardie). Negatívny vplyv na gravidnú má, samozrejme, aj pasívne fajčenie. Pobyt tehotnej v zafajčených priestoroch zvyšuje okrem iného aj riziko vzniku atopického ekzému a rozvoja alergie v rannom detskom veku (6).

Konzumácia *alkoholu* počas tehotenstva je rozšírená najmä v populácii sociálne slabších žien so základným vzdelaním, vo veku od 20 až 35 rokov, ktoré sú fajčiarky, osamelé a viacrodičky. Pri priemernej konzumácii 40 g alkoholu a viac denne sa môže vyvinúť syndróm alkoholovej fetopatie. V súčasnosti sa so syndrómom alkoholovej fetopatie rodí 1-3 deti na 1 000. Riziko poškodenia dieťaťa stúpa s dĺžkou trvania a množstvom konzumovaného alkoholu. Pri ťažkej, dlhodobej závislosti na alkohole činí riziko poškodenia až 50 %. Alkohol ako i nikotín zhoršuje prekrvenie fetoplacentárnej jednotky, zvyšuje riziko spontánneho potratu, predčasného pôrodu, porodenia mŕtveho prenatálneho dieťaťa, hypotrofie prenatálneho dieťaťa. Konzumácia alkoholu súvisí so zvýšeným výskytom kongenitálnych maloformácií, s poruchami rastu, nízkou úrovňou aktivity, syndrómom náhlej smrti, astmy a infekcií dýchacieho systému (7). Dieťa s fetálnym alkoholovým syndrómom sa rodí s typickými príznakmi - zúženými očnými štrbinami, stlačeným koreňom nosa, krátkymi nosnými krídlami, široko posadenými očnicami, mentálnou retardáciou, chybami srdca a malou pôrodnou hmotnosťou.

V dojčenskom veku nie sú zriedkavé ani poruchy spánku a sania. S pribúdajúcim vekom sa zvyrazňuje hyperaktivita, neposednosť, impulzivnosť, neschopnosť koncentrácie pozornosti, rýchle striedanie záujmov. Približne 90% detí má zníženú mentálnu úroveň. Z poznávacích schopností môžu mať deti problémy s riešením aritmetických úloh, priestorovou orientáciou, tvorbou úsudku, abstraktným myslením a môžu byť skombinované so zníženými pamäťovými schopnosťami a poruchou koncentrácie.

Užívanie *heroínu* tehotnou ženou sa prejaví poškodením prenatálneho dieťaťa. Heroín spôsobuje príjemné uvoľnenie a upokojenie, pasívne prežívanie okamihu a odstránenie problémov každodenného života. Pri predávkovaní môže dôjsť k ospalosti, spánku, bezvedomiu až smrti, pretože tlmí centrum dýchania. Pri nedostatku drogy dochádza k abstinénčnemu syndrómu, ktorý sa prejavuje bolesťou kĺbov, svalov, potením, vracaním, kŕčmi a teplotou. Tehotenstvo nebýva užívaním heroínu výrazne ovplyvnené, ale často sa končí predčasne. Pri pichaní drogy je prenatálne dieťa ohrozené infekciou. Heroín prechádza placentou k prenatálnemu dieťaťu do jednej hodiny po podaní. Tlmí pohybovú aktivitu prenatálneho dieťaťa a hromadí sa v plodovej vode.

Novorodenec má nižšiu pôrodnú hmotnosť a nižšie Apgar skóre v dôsledku chronického nedostatku kyslíka počas tehotenstva. U týchto novorodencov sa častejšie vyskytujú vrodené vývojové chyby. U päťdesiatich až osemdesiatich percent novorodencov dochádza k abstinénčnemu syndrómu do 48 – 72 hodín po pôrode. Neskorší abstinénčný syndróm sa u niektorých novorodencov prejavuje až šiesty deň po pôrode. Abstinénčný syndróm novorodenca sa prejavuje poruchami spánku, kŕčmi, teplotou, kýchaním, hnačkou a vracaním. Deti, ktoré sa narodili matkám závislým od heroínu, majú medzi tretím až šiestym rokom nižšiu telesnú hmotnosť a výšku. Majú aj nižšie IQ.

Zdravie a vývoj dieťaťa sú neoddeliteľne spojené so zdravím matky, s jej výživou a reprodukčnou starostlivosťou, ktorú dostáva. Konzumentky ilegálnych drog bývajú tiež závislé na nikotíne a alkohole, majú nevhodnú životosprávu. Pre stanovenie diagnózy FAS je dôležitý dôkaz konzumácie alkoholu v tehotenstve. Väčšina matiek nepripúšťa pitie ani tých najmenších dávok alkoholu. Ľahšie formy novorodeneckého abstinénčného syndrómu často unikajú pozornosti, pretože majú príznaky podobné hypotrofii prenatálneho dieťaťa a podobné adaptačné problémy po narodení. Je potrebné zamerať intervencie pôrodnej asistencie na zefektívnenie zdravotno-výchovného pôsobenia pôrodnej asistentky, upozorňovať dievčatá i budúce matky na veľké riziko konzumácie alkoholických nápojov počas tehotenstva v akýchkoľvek množstvách, fajčenia a za ich veľkú zodpovednosť za zdravie svojich detí (6).

Drogovo závislé ženy nevyhľadávajú poradňu pre tehotné a ak sa dostanú ku gynekológovi vyžaduje si to dôkladné odobratie anamnézy. Anamnestické údaje je potrebné priebežne dopĺňať, pretože nejavia ochotu spolupracovať. Pri posudzovaní hľadať vpichy na končatinách. Úspešnosť liečby závisí od vôle ženy zmeniť svoj životný štýl, ochoty podrobiť sa liečbe a prerušiť kontakty s komunitou, kde sa užívajú drogy. Cieľom makroúrovňovej analýzy je zistiť

prijímanie nových myšlienok a praktík (stotožnenie sa s myšlienkami a použitie metód ovplyvnenia postoja) podľa špecifik komunity (2).

Zamerať aktivity pôrodnej asistencie na prevenciu už v rámci predkoncepčnej starostlivosti. Zodpovednosť za prevenciu drogových závislostí má celá spoločnosť, iniciatívu by mali prevziať najmä pôrodné asistentky a všetci zdravotnícki pracovníci, svojím vlastným príkladom ovplyvňovať správanie žien. Pred začiatkom systémového vplyvu na správanie je potrebné analyzovať populáciu, ktorá je cieľovou skupinou vplyvu (2).

Záver

Podpora a udržiavanie reprodukčného zdravia je nesmierne dôležitá úloha do budúcnosti. Predstavuje veľkú výzvu pre pôrodnú asistenciu i ošetrovatelstvo. Ak dokážeme obmedziť užívanie drog v tehotnosti, môžeme predísť aj všetkým negatívnym vplyvom drog na prenatálne dieťa, novorodenca i dieťa.

Literatura

- [1] STANČIAK, J. 2008. *Kontrola alkoholu a preventívne prístupy*. In: *Základy kontroly tabaku a alkoholu*. Úrad verejného zdravotníctva SR, 2008, s. 57-61, ISBN 978-80-7159-168-9
- [2] KOPÁČIKOVÁ, M. 2007. *Organizácia a systém prenatálnej starostlivosti na Slovensku*. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencija*, roč. V., č.1, 2007, s. 274- 280, ISSN 1336-183X
- [3] CURTIS, K.M.-SAVITZ, D.A.-ARBUCHKE, T.E. 1997. *Effects off cigarette smoking caffeine consumption and alcohol intake on fecundability*. *Amer J Epidemiol* 146, 1997,1, s. 32-41
- [4] WAGNER, C.L. – KATIKENI, L.D. et al. 1998. *The impact of prenatal drug exposure on the neonate*. *Obstetr Gynecol Clin North Amer* 25. 1998, 1, s. 169 – 194
- [5] CLOHERTY, J. STARK, A.R. 1998. *Manual of neonatal care*. Lippicott, N.Y., 1998, 764 s.
- [6] KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.; 2009. *Fajčenie v gravidite – stále aktuálny problém*. In: *Boledovičová, M. a kol.: Ošetrovatelstvo 21. storočia v procese zmien III.: Zborník z medzinárodného sympózia*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre,

Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 424-431. ISBN 978-80-8094-554 -1

- [7] KLIMENT, M. 2007. *Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa. Via practika, 2007, ročník 4 (7/8): s. 360 – 362. Dostupné na http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2501.*
- [8] STANČIAK, J.; NOVOTNÝ, J.; HRAŠNOVÁ, K. 2007. *Problems of alcoholics' health and nursing care. Journal of health sciences management and public health Volume 8, Number 1, 2007, 1-198, ISSN 1512 – 0651*

Negative Effects of Drugs on Pregnancy

Abstract

Drug addiction nowadays presents either healthy and/or social problem in connection with pregnancy. 80 % of drug dependent women is in fertile age. When following drug addicted women we have to take into account very many complications during foetal and baby periods.

Key words

Drug addiction – pregnancy – prenatal welfare – complications.

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Jaroslav Stančiak, PhD., MPH
e-mail: stancia@vspj.cz

PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
e-mail: kopaci@vspj.cz

Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v České republice

Dita Svobodová, Dana Jurásková

Abstrakt:

Zdravotnická zařízení v České republice věnují významnou pozornost kontinuálnímu zvyšování kvality péče. Jednou z možností, jak kvalitu ošetrovatelské péče hodnotit, představuje analýza zvolených indikátorů kvality. Pády u hospitalizovaných pacientů patří v ošetrovatelské praxi k nejčastějším mimořádným událostem a v České republice je zdravotníci sledují již od roku 2002. Koordinátorem projektu je Česká asociace sester, která vyhodnocuje výsledky vždy ve čtvrtletním a ročním souhrnu. Smyslem je efektivní srovnávání výsledků a zkušeností ve sledování pádů v českých nemocnicích. V roce 2002 se projektu zúčastnilo 15 zdravotnických zařízení, v roce 2009 již 33 a v roce 2010 38 zdravotnických zařízení. Tento článek soustřeďuje výsledky sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2004–2010. Indikátor kvality – podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů – se postupně od roku 2004 (0,4) nepatrně zvyšuje; v roce 2010 činil 0,56. Na zvyšování hodnoty sledovaného indikátoru se vedle toho, že zdravotníci stále pečlivěji hlásí mimořádné události, podílejí různé rizikové faktory, které se doposavad nepodařilo úplně eliminovat.

Prevence pádů je v ošetrovatelské praxi závažnou oblastí, protože poranění tohoto typu mají dlouhotrvající charakter a doprovází je snížená mobilita pacientů.

Klíčová slova

Kvalita péče, indikátor kvality, pády.

Abstract

Healthcare facilities in the Czech Republic pay significant attention to continuous improving the quality of care. The quality of healthcare can be precisely defined and measured with an analysis of selected indicators. The most frequent incidents in hospitals – falls – are a common cause of injuries and can also lead to fatal complication, even to death. It is accepted that falls are caused by numerous factors. The fall monitoring system in the Czech Republic

is coordinated by the Czech Nurses Association. Its purpose is to effectively compare the results and experiences of the fall monitoring. The project launched in 2002 with 15 participating hospital facilities. This year, 38 hospital facilities take part in this project. This case study The Fall Monitoring System in the Czech Republic summarizes results and experiences from last six years (2004–2010). The most common used statistic to measure and track patients' falls is so called "fall rate", calculated as number of patients falls/number of patients' days. In our case study, the quality indicator is slowly increasing from 0,4 (2004) to 0,56 (2010). Identification of fall risk factors leads to positive steps and safe intervention for preventing falls, which is one of the topmost priorities of nursing practice at the present time.

Key word

Healthcare Quality, Quality Indicator, fall.

Úvod

Kvalita ošetrovatelské péče a její hodnocení jsou zakotveny ve *Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (viz Metodické opatření č. 9. – Koncepce ošetrovatelství)* a determinovány ošetrovatelskými standardy, které chápeme jako dohodnutou profesní normu kvality. Rozumíme jimi avšak též legislativní předpisy, metodická opatření a normy, které vypracovaly profesní organizace či zdravotnická zařízení.

Zdravotnická zařízení v České republice by měla dodržovat normy dané legislativou a přijmout akreditační či vlastní standardy, které vycházejí ze standardů rámcových, doporučených Ministerstvem zdravotnictví ČR a akreditačními autoritami. Vedoucí pracovníci ve zdravotnictví jsou proto povinni průběžně hodnotit kvalitu poskytované péče na svém pracovišti, neboť garantují kvalitu poskytované péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR publikovalo pro účely sledování kvality ošetrovatelské tzv. *Rámcové standardy ošetrovatelské péče podle zaměření*, které jsou dostupné na webových stránkách <http://portalkvality.mzcr.cz/>. Standardy „*jsou vlastně ukazatelé úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality; nejsou fixní, protože se mění s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče.*“ [1]

Jednu z možností, jak procesuálně hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče představují *indikátory kvality*. Podle renomovaného odborníka na kvalitu Daniela R. Longa je indikátor „*odborně určená, klinicky validní a opakovatelně měřitelná dimenze péče.*“ [2] Indikátor – statistický ukazatel – je samozřejmě vyjádřen

kvantitativně, tj. číslem či procentem. Pokud se tato hodnota vymyká stanovenému rozmezí, chápeme ji jako výstražný signál. Shrňme: *kvantitativní údaje informují zdravotníky o kvalitě procesů ve zdravotnických zařízeních.*

Indikátor lze pojmout také jako tzv. riziko nebo mimořádnou událost. Hodnocení těchto ukazatelů je procesem identifikování, vyhodnocování a řešení potenciálních nebo již nastalých problémů, které mohou být (jsou) zdrojem zranění, poškození či finanční ztráty. Pro bližší porozumění uvádíme výčet nejčastěji sledovaných indikátorů: pooperační komplikace, opakované rentgenologické snímky, medikační chyby, nozokomiální nákazy, spotřeba antibiotik, délka hospitalizace, sledování výskytu dekubitů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, čekací lhůty na diagnostické a léčebné výkony, náklady na zdravotnickou péči, nemocniční mortalita, neshody v laboratořích, pády pacientů...

Indikátorem kvality může být také počet tzv. mimořádných událostí nebo neshod/rizik ve zdravotnickém zařízení. Vyjmenované příklady indikátorů jsou často obsahem mimořádných událostí či neshod/rizik. Smyslem jejich sledování není sankce, nýbrž prevence a redukce chyb. Příčiny událostí/neshod se mohou zakládat např. na nefunkčním systému řízení nebo kontroly, nedostatečném vzdělávání, neadekvátní pracovní náplni, nefunkčních technologiích či špatné ekonomické situaci. Monitorovat všechny procesy ve zdravotnickém zařízení nelze. Je proto nezbytné pečlivě vybírat indikátory, které nám poskytnou relevantní data.

S ohledem na současnou úroveň kvality poskytované péče, by mělo mít každé zdravotnické zařízení v České republice vypracovaný systém hlášení/kontroly mimořádných událostí/neshod či rizik především proto, že *„systém hlášení ve zdravotnických zařízeních může vést nejen k prevenci mimořádných událostí, ale také k ochraně pacientů, zaměstnanců nebo návštěvníků daného zdravotnického zařízení.“* [3]

Sledování indikátoru Pády u hospitalizovaných pacientů v České republice

Pády hospitalizovaných pacientů jsou ve zdravotnických zařízeních mimořádnou a rizikovou událostí, které je nezbytné věnovat soustavnou pozornost. Často komplikují léčbu především u seniorů – způsobují poranění, prodlužují léčbu a ztěžují základní onemocnění. Pádem rozumíme *„mimořádnou událost vyústující v nezamyšlené spočinutí pacienta na zemi nebo na jiném, níže položeném povrchu.“* [4] Indikátor kvality Pády u hospitalizovaných pacientů sledují zdravotníci v České republice již od roku 2002 (v prvním roce

se projektu zúčastnilo 15 zdravotnických zařízení, v roce 2009 již 33 zdravotnických zařízení a v roce 2010 celkem 38 zdravotnických zařízení).

Sledování výskytu pádů ve zdravotnických zařízeních koordinovala Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze, která výsledky první studie zveřejnila na základě údajů z let 2002–2003. Jejimi hlavními cíli bylo získat data pro vytvoření standardu *Prevence a péče o pacienty v souvislosti s pády*, podpořit sledování mimořádných událostí, stanovit metodiku efektivního nástroje srovnávání výsledků a zkušeností při sledování tohoto indikátoru a navrhnout vzdělávací program pro pacienty a zdravotníky. Stanovené cíle studie byly splněny, což vyústilo v pokračování projektu ve větším počtu vybraných zdravotnických zařízeních. V roce 2008 se koordinátorem projektu stala Česká asociace sester (ČAS).

Pro efektivní sledování zmíněného indikátoru realizovala ČAS s garancí Ministerstva zdravotnictví ČR *Regionální projekt vzdělávání* (2008). Jeho cílem bylo proškolit v oblasti *Bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádu a zranění při hospitalizaci a používání omezovacích pomůcek* manažery ošetrovatelské péče, všeobecné sestry, fyzioterapeuty a zdravotně-sociální pracovníky. Dohromady se ve 14 krajích České republiky uskutečnilo 14 seminářů, kterých se zúčastnilo 717 zájemců.

Metodika Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v ČR

Zdravotnická zařízení, která pády u hospitalizovaných pacientů sledují, mají k dispozici doporučený standardní postup *Prevence pádu a zranění pacienta*. Dokument je pro členy ČAS přístupný na webových stránkách www.cnna.cz.

Výsledky sledování hlásí odpovědní pracovníci každé čtvrtletí v měsíčním členění elektronickou poštou, a to nejpozději do 15. dne následujícího měsíce. Zpracované výsledky se odesílají zpět koordinátorovi projektu ČAS (hlavní autorka tohoto článku) nejpozději poslední den následujícího měsíce po ukončeném čtvrtletí. Sledovaný údaj je vždy hodnocen jako *indikátor kvality péče* – podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovacích dnů. Pacienti jsou, z důvodů srovnání s již publikovanými výsledky, rozděleni do dvou věkových skupin: do 65 let a nad 65 let. Indikátor se dále vztahuje na skupiny oborů tak, jak byly rozděleny ve studii v letech 2002–2003; tzn. interní obory, chirurgické obory, pediatrické obory a lůžka následné péče. [5] Zranění se podrobněji nespecifikují, avšak je třeba rozdělit je na lehká a těžká. Za lehká zranění považujeme povrchové odřeniny, hematomy a blíže nespecifikované bolesti končetin nebo dalších částí těla, za zranění těžká označujeme bezvědomí,

komoce a kontuze mozku (která vznikla v přímé souvislosti s pádem), fraktury, tržné rány včetně těch, jež se šíjí náplast'ovými stehy.

Souhrn výsledků (2004–2009)

1) 2004

V roce 2004 se do projektu zapojilo 17 zdravotnických zařízení, které hospitalizovaly 730 825 pacientů – 31,3 % tvořili pacienti ve věku 65 let a více.

Zdravotníci zaznamenali 5479 pádů; z toho 2349 pádů se zraněním (1823 lehkých, 526 těžkých) V oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 2678 pádů (265 538 hospitalizovaných pacientů) – tedy téměř 49 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1043 pádů (356 654); dětské obory 71 pádů (80 488); obory následné péče 1687 pádů (28 145). Počet lehkých zranění je opět nejvyšší u interních oborů (905 – 50 %) a oborů následné péče (538 – 30 %). Obdobné výsledky jsme zaznamenali též u zranění těžkých (279 – 53 %; 160 – 30 %)

Indikátor kvality dosáhl v roce 2004 hodnoty 0,4. V oblasti sledování pádů to představuje velmi dobrý výsledek, protože za optimální se považují hodnoty v rozmezí 0,4–0,8.

2) 2005

V roce 2005 se do *Studie* zapojilo 18 nemocnic v České republice. Hospitalizováno bylo celkem 678 788 pacientů – 32,4 % tvořili pacienti ve věku nad 65 roků. Oproti roku 2004 se počet zaznamenaných pádů zvýšil o 1171 pádů – 6650; z toho bylo 2651 pádů se zraněním (2098 lehkých, 549 těžkých).

V oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 3485 pádů (252 175 hospitalizovaných pacientů) – tedy více jak 50 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1165 pádů (320 390); dětské obory 88 pádů (79 448); obory následné péče 1912 pádů (26 775). Počet lehkých zranění je opět nejvyšší u interních oborů (1162 – 55 %) a oborů následné péče (557 – 27 %). Stejně výsledky jsme zaznamenali u zranění těžkých (289 – 53 %; 179 – 32 %).

Indikátor kvality byl v roce 2005 téměř identický s hodnotou z předchozího roku – 0,44.

3) 2006

V tomto roce se projektu zúčastnilo 20 zdravotnických zařízení. Hospitalizováno bylo celkem 723 150 pacientů – 35,5 % tvořili pacienti ve věku nad 65 roků.

Oproti roku 2005 se počet zaznamenaných pádů zvýšil o 849 pádů – 7499; z toho bylo 3155 pádů se zraněním (2534 lehkých, 621 těžkých).

Počet pádů se zvýšil ve všech sledovaných oblastech: v oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 3974 pádů (258 190 hospitalizovaných pacientů) – tedy více jak 50 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1375 pádů (350 010); dětské obory 89 pádů (86 551); obory následné péče 2061 pádů (28 399). Počet lehkých zranění je opět nejvyšší u interních oborů (1366 – 54 %) a oborů následné péče (651 – 26 %). Stejně výsledky jsme zaznamenali u zranění těžkých (349 – 56 %; 165 – 27 %).

Indikátor kvality dosáhl v roce 2006 hodnoty 0,52.

Součástí projektu se v tomto roce stalo také sledování pádů v pediatrických oborech. Ve všech třech letech (2004, 2005, 2006) zdravotníci zaznamenali nízké množství pádů (méně než 100), z nichž těžké zranění identifikovali v průměru u čtyř pacientů ročně. V oblasti pediatrických oborů je identifikace pádů velmi náročná kvůli lokomočním dovednostem, které se s věkem rychle mění. Výsledky sledování pádů v těchto oborech proto považujeme pouze za orientační. Za nejfrekventovanější příčiny zranění u dětí považujeme pády z postýlky nebo vypadnutí z náruče pečovatele.

4) 2007

V roce 2007 se do *Studie* zapojilo 22 zdravotnických zařízení. Tento rok byl posledním, kdy ji koordinovala Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze. Sledování indikátoru bylo naposledy bezesmluvní a bezplatné.

Rok 2007 byl zlomový pro množství nahlášených pádů. Zúčastněné nemocnice hospitalizovaly 780 232 pacientů; 38,5 % tvořili pacienti ve věku 65 let a více.

Hospitalizováno bylo celkem 723 150 pacientů – 35,5 % tvořili pacienti ve věku nad 65 roků. Oproti předchozím letům se počet zaznamenaných pádů zvýšil jen o 22 – 7521 (v letech 2004–2006 se zvyšoval každoročně téměř o 1000 pádů). Z toho bylo 3040 pádů se zraněním (2448 lehkých, 596 těžkých).

V oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 4153 pádů (272 210 hospitalizovaných pacientů) – tedy více jak 55 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1587 pádů (386 425); dětské obory 116 pádů (100 852); obory následné péče 1665 pádů (20 745). Počet lehkých zranění je opět nejvyšší u interních oborů (1340 – 55 %) a oborů následné péče (529 – 22 %). Stejně výsledky jsme zaznamenali u zranění těžkých (341 – 57 %; 165 – 17 %).

Indikátor kvality v roce 2007 činil 0,54.

5) 2008

V tomto roce zúčastněné nemocnice hospitalizovaly 987 279 pacientů; 38,7 % tvořili pacienti ve věku 65 let a více. Projekt převzala největší profesní organizace nelékařských zdravotnických povolání v České republice – *Česká asociace sester*. Zapojilo se již 27 zdravotnických zařízení.

V počtech pádů jsou výsledné hodnoty podobné s rokem 2007. Zdravotníci zaznamenali 7933 pádů; z toho bylo 3245 pádů se zraněním (2631 lehkých, 614 těžkých).

V oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 4613 pádů (313 250 hospitalizovaných pacientů) – tedy více jak 58 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1588 pádů (390 377); dětské obory 123 pádů (95 922); obory následné péče 1609 pádů (187 730). Počet lehkých zranění je nejvyšší u interních oborů (1542 – 58 %) a oborů následné péče (490 – 19 %). Stejně výsledky jsme zaznamenali u zranění těžkých (362 – 59 %; 113 – 19 %).

Indikátor kvality v roce 2008 činil 0,56.

6) 2009

V roce 2009 se projektu zúčastnilo 33 nemocnice, které hospitalizovaly 902 022 pacientů – 32,4 % tvořili pacienti ve věku 65 let a více. Zdravotníci zaznamenali 8522 pádů; z toho 3472 pádů se zraněním (2772 lehkých, 700 těžkých).

V oblasti interních oborů zdravotníci nahlásili 4900 pádů (324 858,5 hospitalizovaných pacientů) – tedy více jak 58 % všech pádů. Chirurgické obory zaznamenali 1889 pádů (439 062,5); dětské obory 103 pádů (113 300,5); obory následné péče 1533 (22 214). Počet lehkých zranění je jako v předešlých letech nejvyšší u interních oborů (1564 – 57 %) a oborů následné péče (1533 – 18 %). Stejně výsledky jsme zaznamenali u zranění těžkých (415 – 59 %; 110 – 15 %).

Indikátor kvality v roce 2009 činil 0,55.

7) 2010

V roce 2010 se projektu v České republice zúčastnilo již 38 nemocnice. Celkový počet hospitalizovaných byl 973 462 pacientů, z čehož téměř 33 % bylo pacientů ve věku nad 65 let a více. Celkový počet pádů, který byl v tomto roce registrovat činil 9814, což je o 1292 pádů více jak v roce předchozím.

Celkem 3101 pádů bylo vykázáno s lehkým zraněním a 760 pádů s těžkým zraněním. Těžká zranění se oproti roku 2009 zvýšila o 60 případů.

Zdravotníci v rámci interních oborů evidovali 5 461 pádů (349 357 hospitalizovaných pacientů). Chirurgické obory zaznamenali 2065 pádů (470 477); dětské obory 113 pádů (121 955); obory následné péče 2147 (32 033). Počet hospitalizovaných pacientů se oproti loňskému roku nejvýše zvýšilo v oborech následné péče; celkem o 9 819 pacientů a počet pádů se zvýšil o 614 pádů.

Indikátor kvality v roce 2010 činil 0,56.

Interpretace dat a diskuse

Pády pacientů považujeme za nežádoucí událost, která negativně působí na psychiku nemocného i na zdravotnický personál. Pády s následným zraněním totiž mohou s sebou nést velké riziko krátkodobých i dlouhodobých zdravotních následků, prodloužení hospitalizace či též narušení vztahu s rodinnými příslušníky.

Během šestiletého sledování indikátoru kvality *Pády u hospitalizovaných pacientů* (2004–2010) zdravotníci zaznamenali z celkového počtu 5 775 758 hospitalizovaných pacientů 45 897 pádů (0,79 %); z toho pádů s lehkým zraněním 17 407 (38 %), se zraněním těžkým 4 296 (9,36 %). Podíl zranění na celkový počet pádů v % činil 47,2.¹

Indikátor kvality za sledované období dosáhl průměrné hodnoty 0,5.

Tabulka č. 8 – Shrnující údaje (2004–2010)

POČET HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ	POČET OŠETŘOVACÍCH DNŮ	POČET PÁDŮ	LEHKÁ ZRANĚNÍ	TĚŽKÁ ZRANĚNÍ	PODÍL ZRANĚNÍ NA POČET PÁDŮ V %	INDIKÁTOR KVALITY
5 775 758	41 886 105	45 897	17 407	4296	47,2	0,5

Podle očekávání dosahoval indikátor kvality nejvyšší hodnoty v oborech následné péče (0,94); prokazuje to, že pádem a případným zraněním jsou v nemocnicích ohroženi především pacienti ve věku nad 65 let a pacienti, kteří

¹ Výsledky lze srovnat s daty ze studie dr. Dany Juráskové: počet zaznamenaných pádů (1,17%), podíl zranění na celkový počet pádů (46,92 %). Viz Jurásková, D.: *Pády pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče*. Olomouc: Univerzita Palackého. Lékařská fakulta. Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky. 2006, s. 73.

jsou hospitalizováni dlouhodobě. Z celkového počtu 177 041 pacientů, které hospitalizovaly obory následné péče, upadlo více jak 7 %.

V roce 2007 činil indikátor kvality v oborech následné péče 1,03. S ohledem na to, že by indikátor kvality neměl (v optimálním případě) přesahovat hranici 0,8, je třeba konstatovat přetrvávající rezervy v prevenci pádů u seniorů. V roce 2010 klesl indikátor kvality na 0,85, nicméně poměrně velké množství upadnuvších seniorů (v roce 2010 celkem 2147 z 32 033 hospitalizovaných pacientů) ukazuje na významný problém geriatrických pacientů v nemocnici. Skutečnost, že se hodnota sledovaného indikátoru v těchto oborech pohybovala v rozmezí 0,84 – 1,03 ovlivňují kromě pečlivého nahlašování i následující rizikové faktory, specifické především pro pacienty ve věku 65 let a více:

- Změna prostředí pro pacienty (delší proces adaptace, zhoršená orientace, vybavení pokoje, předměty v cestě, dlouhá cesta na toalety, rizikové schodiště);
- Změna zdravotního stavu (zhoršení smyslového vnímání, bolest – změna lokomoce chůze);
- Zahájení používání kompenzačních pomůcek v souvislosti se změnou zdravotního stavu (chodítka, berle, hole či protézy);
- Zahájení rehabilitace, nácvik chůze;
- Zahájení medikace – interakce medikace, vedlejší účinky léčivých přípravků.

Závěr

Prevence pádů je v ošetrovatelské praxi závažnou problematikou, neboť poranění tohoto typu mají dlouhotrvající charakter a jsou doprovázena sníženou či žádnou mobilitou pacientů. Ve výjimečných případech mohou následky pádu vést i ke smrti, a to především u pacientů ve vyšších věkových kategoriích. U seniorů jsou pády dokonce nejčastější příčinou úrazu.

Vzhledem k tomu, že fyziologické změny ve stáří představují sníženou adaptabilitu na změny vnějšího a vnitřního prostředí, zvyšují výskyt pádů např. práce ve výškách, neúměrně dlouhé stání v prostředcích hromadné dopravy, chůze po zledovatělém povrchu či nepřiměřené aktivity ve stavech zmatenosti a deprese. Faktory, které výskyt pádů také ovlivňují, jsou neutěšený technický stav zdravotnických zařízení, nedostačující počet ošetřujícího personálu, nepostačující vzdělávání zdravotníků v oblasti prevence pádů vedoucí k neuspokojivé míře prevence pádů celkově. U seniorů jsou pády vážnou

prognózou. Mají až šestinásobnou mortalitu, která navíc s věkem stoupá a která se po 65. roce života s každou dekádou zvyšuje.

Při prevenci pádů by měl ošetřující personál dbát zejména následujících opatření:

- Bezbariérová úprava prostředí, tj. odstranění překážek, které je nezbytné překračovat (např. nábytek, kabeláž, nevhodné schodiště), kulaté rohy a hrany, židle a křesla se stabilnější základnou, přísuvné stolky na jídlo;
- Dobré osvětlení prostoru (lokální osvětlení, noční osvětlení pokoje atd.);
- Nastavitelná výška lůžka, postranní zábrany (dělené, průběžné), automatická brzda, držáky, rám postele s úchyty pro omezovací prostředky, vhodné umístění osobních věcí, zvonky na dosah ruky u ležících pacientů;
- Protiskluzná úprava povrchu v koupelnách, opěrné pomůcky – madla, pevná zábradlí, chodítka, hole s protiskluznými hroty;
- Opatrné vstávání (zvláště po nočním klidu);
- Péče o pohybový aparát: rehabilitační péče a kvalitní rehabilitační ošetřovatelství;
- Identifikace rizikového pacienta co nejdříve od přijetí, bezpečnostní opatření a zvýšený dohled personálu;
- Umožnění dostatečné adaptace na prostředí (prohlídka oddělení, jídelny, vyšetřoven a dalších prostor);
- Poučení pacienta o riziku pádu a souvisejících okolnostech – např. při podávání medikací v určitých skupinách (analgetik, anestetik, opiátů, diuretik, antiepileptik, antihypertenziv, antiparkinsonik, psychotropních látek a benzodiazepinů) nebo pacienta se smyslovými poruchami a kognitivním deficitem.
- V případě pádu revidovat opatření.

Použitá literatura

- [1] Gladkij, I. – Heger, L. – Strnad, L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, s. 32. ISBN 80-7013-272-8.

- [2] Longo, D. R. – Avant, D. A.: Managing Quality. In Taylor R. J. – Taylor, S. B. (eds.): *The AUPHA Manual of Health Services Management*. Gaithersburg, MD: Aspen Publisher, 1994, s. 45–58.
- [3] Cetlová, L.: *Management mimořádných událostí v Nemocnici Havlíčkův Brod*. In Ošetrovaiteľstvo 21. storočia v procese zmien III. Zborník z medzinárodného sympózia. UKF: Nitra, 2009, s. 170, ISBN 978-80-8094-554-1.
- [4] Joint Commission International *Prevenca pádů ve zdravotnickém zařízení – cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
- [5] Jurásková, D.: *Pády pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče*. Olomouc: Univerzita Palackého. Lékařská fakulta. Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky. 2006, s. 73.

Internetové odkazy:

Česká asociace sester. [Online]. [Cit. 2010–05–28]. Dostupné z <http://www.cna.cz>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [Online]. [Cit. 2010–05–29]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>.

Kontaktní údaje

Mgr. Dita Svobodová

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP Olomouc

Náměstek pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

[E-mail: dita.svobodova@vfn.cz](mailto:dita.svobodova@vfn.cz)

Tel: 224 969 340

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D.

Ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Psychofyzická príprava na pôrod očami budúcich matiek, ich partnerov a pôrodných asistentiek pracujúcich na pôrodných sálach

Emőke Takácsová, Janka Hrabčáková

Abstrakt

The work represents the attitude of mothers-to-be, their partners and midwives towards the importance of courses of psychophysical preparation for delivery. In the theoretical part of the work we define and describe the psychophysical preparation for delivery and point out its meaning, aims and methods. In the empirical part we deal with a research, which was realised in maternity wards of three hospitals in Slovakia and among women in labour and midwives. We have defined the connection between taking part on courses of psychophysical preparation for delivery and the ability of women's cooperation at childbirth, the degree of satisfaction of midwives with these kinds of courses and the cooperation of women in labour who attended these courses. We have mapped how effectively men could help at the birth to their partners, who, at least received basic information about delivery and we wanted to know if the courses would have been visited by more people concerned, if they were financed by health insurance companies. By verifying the hypothesis we found out that men with qualified prenatal preparation can support their partners at childbirth, and the interest towards courses of psychophysical preparation for delivery is increasing thanks to women who have attended this kind of course. Whereas a correctly and seriously lead psychophysical preparation for delivery fulfils the factor of prevention as well, it would be needed to realize them to a great extent.

Key words

Psychophysical preparation for delivery, management, midwifery, exercising in labour, partner at childbirth.

ÚVOD:

Tehotnosť, pôrod, narodenie dieťaťa a šestonedelie predstavujú dôležité medzníky v živote ženy. Z psychologického hľadiska ide o náročné životné situácie, kedy žena potrebuje dostatočné množstvo informácií, aby tento stav

zvládla bez ohrozenia zdravia. Špecifickou formou edukácie, ktorá je zameraná na poskytovanie informácií tehotným ženám a ich partnerom je psychofyzická príprava na pôrod.

Podľa existujúcich výskumov sa táto príprava významnou mierou zúčastňuje na redukcii problémov tehotných žien. Z tohto dôvodu je potrebné podporovať ženy k navštevovaniu špecifických vzdelávacích programov, ktoré ich pripravujú na prežívanie tehotnosti, pôrodu, šestonedelia a na rodičovskú rolu. V tomto období je tehotná žena motivovaná k aktívnej zmene svojich životných postojov a návykov a preto dôsledne vedená psychofyzická príprava na pôrod môže pomôcť žene a sprostredkovane aj jej rodine získať dôležité návyky na podporu zdravia na celý život.

Štruktúrne sa psychofyzická príprava na pôrod skladá z dvoch rovnocenných zložiek, z psychickej a fyzickej, ktoré sa navzájom prelínajú a nie je možné oddeliť ich od seba.

V rámci psychickej prípravy si ženy prehĺbujú vedomosti z oblasti fyziológie, oboznamujú sa so zmenami v organizme ženy, vývojom plodu, so zásadami správnej životosprávy, telesnej a sexuálnej hygieny, s jednotlivými fázami pôrodu, získavajú informácie o podpore dojčenia, o šestonedelí... Realizuje sa postupným poskytovaním informácií, ktoré ženy získavajú na jednotlivých edukačných stretnutiach. Diskusie a besedy trvajú zhruba 40 minút a uskutočňujú sa jedenkrát týždenne. Skupiny nie sú početné, za optimálne pokladáme asi 5-6 tehotných žien. Pri väčšom počte žien nie je možné ku každej z nich pristupovať individuálne a ani nadviazať s nimi čo najlepší kontakt. Za dôležitú pokladáme spoluúčasť odborných lektorov. Zaručujú dobrú odbornú úroveň a ich účasť umožňuje tehotným ženám získať a nadväzovať osobné kontakty.

Fyzická príprava zdokonaľuje ženy v zručnostiach sebakontroly a poskytuje im viac skúseností a poznatkov aj vo fyzickej aktivite pri podpore tehotenstva, aj pri fyziológii pôrodu. Dobrá telesná kondícia je nezanedbateľná pre cielené využívanie naučených zručností v správnej technike aj typoch dýchania a časovom nastavení ich využitia. Imitujú priebeh jednotlivých pôrodných dôb, techniky a používanie pomôcok pre úľavové polohy. Precvičovaním pripravujú svaly panvového dna a brušného lisu pre zvládnutie kontroly a ich ekonomické využívanie. Súčasťou prenatálnej starostlivosti je príprava tak tehotnej ženy, ako aj otca dieťaťa, aj celej rodiny k pôrodu a k rodičovskej úlohe.

Účasť otca, ako podpornej osoby pri pôrode, sa v našich podmienkach stáva prirodzenou realitou. Náhly vzostup bol spôsobený zmenami v zdravotnej politike nemocníc, tlakom marketingu vo vzťahu k zvyšovaniu počtu pôrodov v danej nemocnici a spoločenským tlakom. Prítomnosť partnera pri pôrode má kladný vplyv nielen na bezprostredný priebeh pôrodu, ale aj na samotný vzťah partnerov a vzťah otca k dieťaťu. To, čo žena očakáva od svojho partnera pri pôrode, závisí od jej psychického prežívania, správania a aktuálneho stavu. Partner môže byť „svedkom“ pôrodu, jeho úlohou je ženu povzbudzovať, no predovšetkým by sa mal sám rozhodnúť, či chce vedome prežiť tento extrémny zážitok. Posledné týždne tehotenstva by sa partner mal zoznámiť so základnou fyziológiou pôrodu, podporovať ženu v dodržiavaní zdravého životného štýlu a pomôcť jej pripraviť sa na príchod dieťaťa aj na samotný pôrod

Tolerancia budúcich otcov pri pôrode zo strany zdravotníckeho personálu je rozdielna - od vlúdneho prijatia až po nevlúdnou toleranciu. Často sa stáva, že práve vo chvíľach, kedy žena potrebuje oporu – napríklad epidurálna analgézia, vyšetrenie- je muž vylúčený z podpory. Otcovia bývajú považovaní skôr za pozorovateľov a nie za poradcov. Nejasná komunikácia medzi otcom a zdravotníckym personálom zvyšuje jeho úzkostlivosť a znižuje možnosť spolurozhodovať o ďalšom priebehu pôrodu. Otcovia pre preťažený personál predstavujú v mnohých prípadoch prekážku . Ak má mať prítomnosť partnera pri pôrode význam, musí teda ísť o spoluprácu zdravotníkov a poučeného laika. Účasť na prenatálnom kurze by mala byť podmienkou jeho pobytu na pôrodnej sále.

CIELE A METÓDY, RESPONDENTSKÁ VZORKA PRIESKUMU

Týmto prieskumom sme chceli zistiť, či ženy, ktoré sa zúčastnili psychofyzickej prípravy na pôrod, majú dostatok vedomostí na to, aby efektívne spolupracovali pri fyziologickom pôrode a názor pôrodných asistentiek na tieto kurzy.

Ciele prieskumu

- Zistiť záujem respondentiek o doprovod pôrodnej asistentky pri pôrode.
- Zmapovať mieru spokojnosti pôrodných asistentiek s kurzami psychofyzickej prípravy na pôrod.
- Zistiť zdroj informácií žien o kurzoch psychofyzickej prípravy na pôrod.
- Zistiť, či by bol záujem o tieto kurzy väčší, ak by boli hradené zdravotnými poisťovňami.

- Zistiť, ako vedia podporiť pri pôrode svoje partnerky muži, ktorí absolvovali aspoň základný kurz prípravy na pôrod.

Metodika prieskumu

V empirickej časti sme použili dotazníkovú metódu, ktorá umožnila objektívne priblížiť realitu skúmaného ukazovateľa. Dotazníky obsahovali otázky zatvorené, ale aj otvorené, na ktoré respondentky odpovedali vlastnými slovami. Dotazník pre šestonedielky obsahoval 20 otázok - otázky boli vyznačené pre ženy, ktoré počas tehotnosti absolvovali a naopak - neabsolvovali PFP na pôrod. Súčasťou každého dotazníka bol aj inštruktážny list. Dotazníky sme rozdali respondentkám osobne, respondentky ho vyplnili samostatne. Návratnosť bola 98%. Dotazník pre pôrodné asistentky obsahoval 18 otázok. Návratnosť bola 100%. Navrhnuté položky sme overovali štandardným spôsobom. V rámci pilotnej štúdie nebolo potrebné jednotlivé dotazníkové položky preformulovať.

Respondentská vzorka

Skúmaný súbor tvorilo 135 respondentiek- šestonedielok, ktoré sme oslovili po zámernom výbere a 50 pôrodných asistentiek. Polovica šestonedielok absolvovala a druhá polovica neabsolvovala psychofyzickú prípravu na pôrod. Prieskum sme realizovali na oddeleniach šestonedelia a v gynekologických ambulanciách v troch slovenských nemocniciach.

Výsledky prieskumu

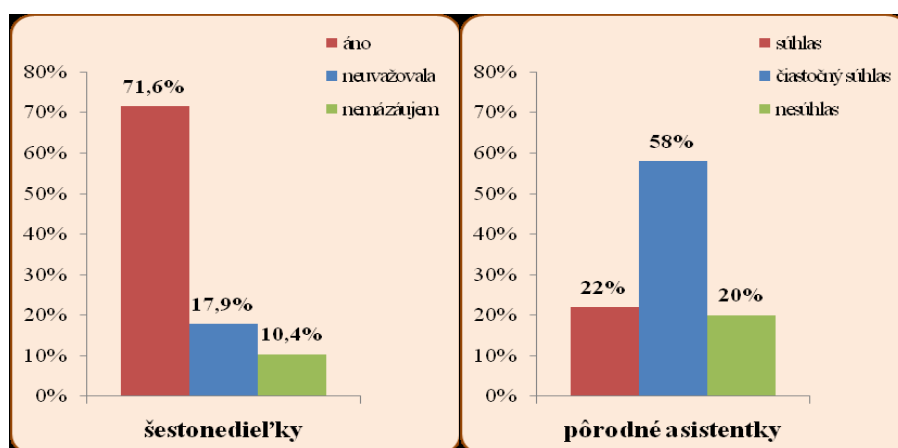
Na deskriptívu kvalitatívnych znakov sme použili počty a percentá. Na zistenie vzťahu medzi kvalitatívnymi znakmi sme použili chí kvadrát test v kontingenčných tabuľkách a v prípade nízkych očakávaných početností Fisherov exaktný test. Všetky testy sme robili na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Použili sme štatistický softvér SPSS 16.0.

VÝSLEDKY A DISKUSIA

Po analýze jednotlivých položiek sme skonštatovali, že **hypotéza č. 1, v ktorej sme predpokladali, že ak ženy absolvovali kurz psychofyzickej prípravy na pôrod, tak by chceli, aby ich pôrodom sprevádzala pôrodná asistentka**

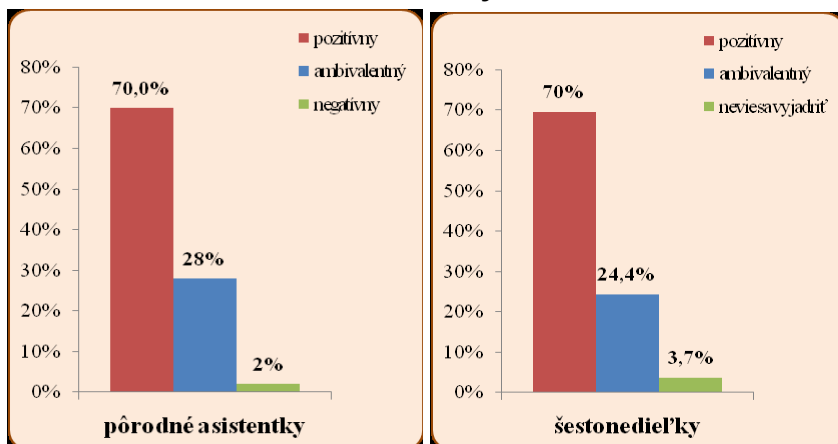
z predpôrodného kurzu, sa potvrdila čiastočne. Výsledky prieskumu šestonedielok potvrdzujú hypotézu, pretože až v 71,6% by uvítali prítomnosť pôrodnej asistentky pri pôrode a len v 10,4% by o tieto služby nemali záujem. Prekvapujúce boli ale výsledky v skupine pôrodných asistentiek, pretože len 22% z nich vyjadrilo súhlas s prítomnosťou licencovaných pôrodných asistentiek pri pôrodoch a v 58 % dali v tejto otázke negatívnu odpoveď. V okolitých štátoch je bežnou praxou, že licencované pôrodné asistentky sprevádzajú ženy počas pôrodu, nemocnice ich akceptujú a uzatvárajú s nimi zmluvy ako aj zdravotné poisťovne.

Názory na prítomnosť licencovaných pôrodných asistentiek pri pôrode

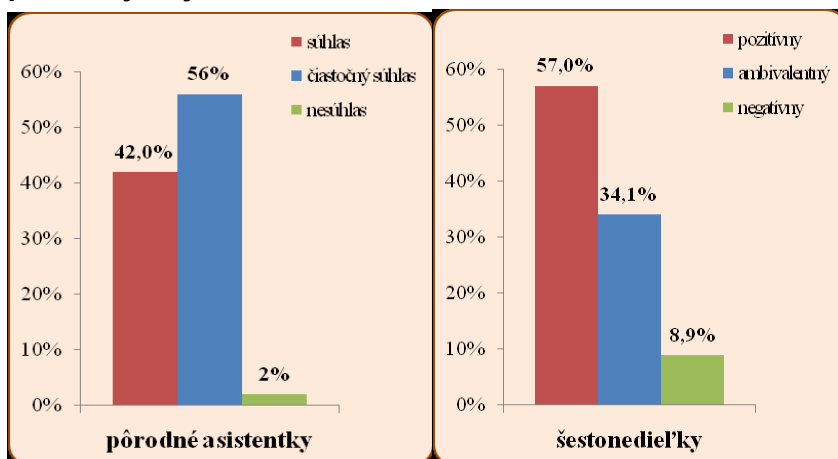


Hypotéza č. 2, v ktorej sme predpokladali, že miera spokojnosti pôrodných asistentiek s kurzami PFP na pôrod je vo vzťahu so schopnosťou rodičiek prakticky využiť získané informácie, sa potvrdila čiastočne. Napriek tomu, že 70% pôrodných asistentiek má pozitívny názor na kurzy psychofyzickej prípravy na pôrod a myslí si, že poskytujú budúcim matkám dostatok informácií, viac ako polovica z nich zastáva názor, že rodičky úspešne využívajú informácie získané na kurze, ale len v 42% súhlasia úplne s názorom, že ženy, ktoré absolvovali kurz PFP na pôrod vedia efektívnejšie spolupracovať s personálom ako tie, ktoré takýto kurz neabsolvovali. 56% pôrodných asistentiek s týmto názorom súhlasí len čiastočne. Šestonedielky v 67,2% tvrdia, že informácie získané na kurze vedeli využiť aj v praxi.

Názor PA a šestonedielok na kurzy PFP



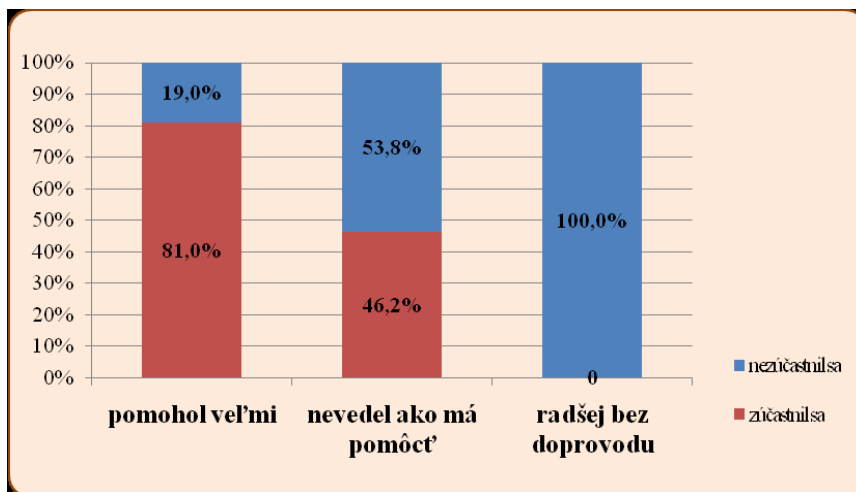
Názor na spoluprácu žien, ktoré absolvovali PFP na pôrod, s personálom pôrodnej sály



Keďže účasť otca, ako podpornej osoby pri pôrode, sa v našich podmienkach stáva prirodzenou realitou, v tretej hypotéze sme predpokladali, že **ak muži absolvovali so svojimi partnerkami predpôrodný kurz, tak dokázali efektívnejšie podporovať svoje partnerky ako muži, ktorí takúto prípravu nemali. Táto hypotéza sa nám potvrdila.** Respondentky v 69,3% boli sprevádzané pri pôrode svojimi partnermi, pričom respondentky, ktoré navštevovali kurz psychofyzickej prípravy na pôrod štatisticky významne častejšie sprevádzal partner pri pôrode, ako tie, ktoré takúto prípravu nemali / $p = 0,03$ /. Ženy v 66,7% kladne odpovedali na otázku, či sa ich partner zúčastnil

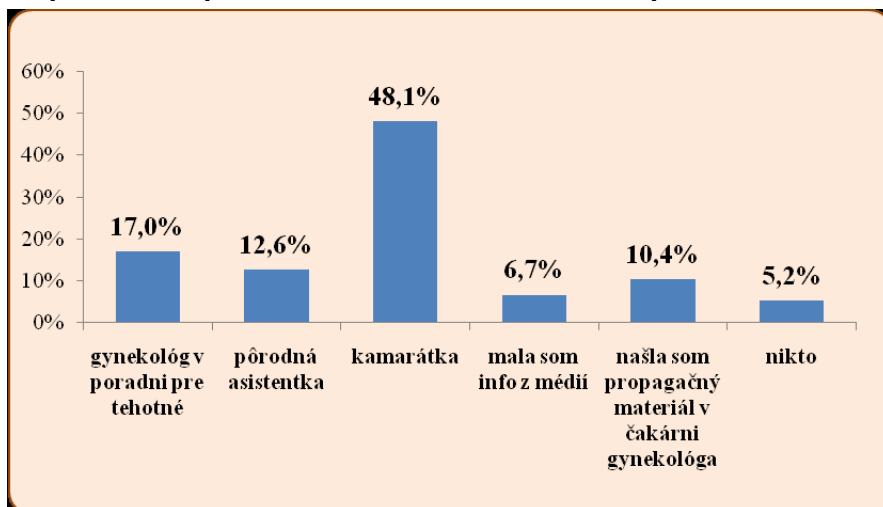
predpôrodnej prípravy, ale len 33,3% mužov muselo povinne absolvovať kurz PFP na pôrod. Z celkového počtu respondentiek 72% udáva spokojnosť s prítomnosťou partnera pri pôrode, ale zo štatistických výsledkov vyplýva, že muži, ktorí absolvovali predpôrodnú prípravu, boli štatisticky významne častejšie oporou svojim partnerkám ako tí, ktorí takúto prípravu neabsolvovali ($p = 0,001$). Tolerancia otcov pri pôrode zo strany zdravotníckeho personálu je rozdielna. Otcovia pre preťažený personál predstavujú v mnohých prípadoch prekážku. Výsledky prieskumu dokazujú, že len 32% pôrodných asistentiek úplne súhlasí s prítomnosťou partnera pri pôrode, ale až 78% zastáva názor, že ak sa partner chce zúčastniť pôrodu, mal by absolvovať aspoň základný kurz PFP na pôrod, pretože len informovaný muž dokáže skutočne pomôcť svojej partnerke. Výsledky potvrdzujú hypotézu, preto by bolo vhodné zaradiť do psychofyzickej prípravy žien aspoň základnú predpôrodnú prípravu partnerov.

Názor respondentiek na pomoc partnera pri pôrode



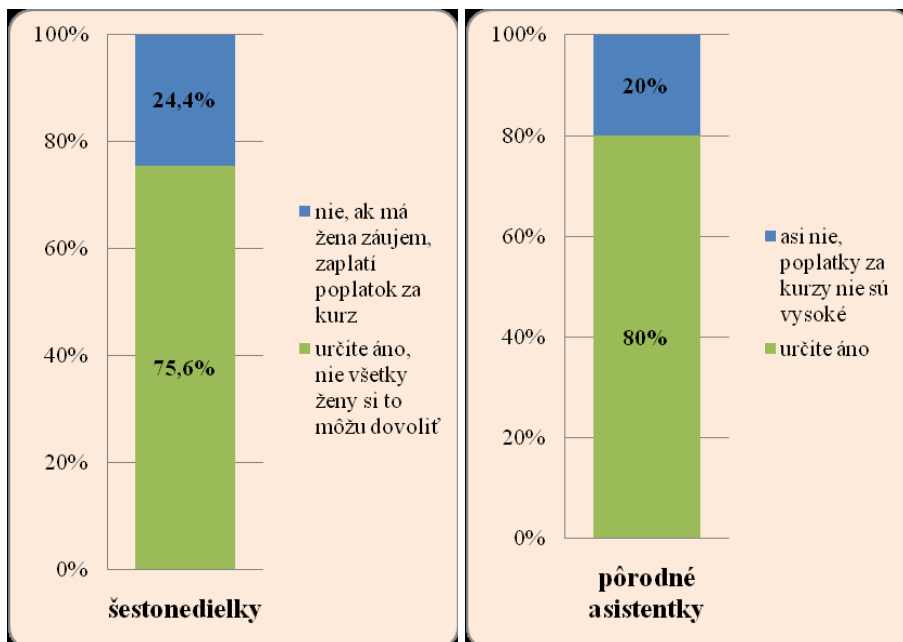
Hypotézou č.4 sme chceli dokázať, že záujem žien o kurzy PFP na pôrod stúpa vďaka pozitívnej spätnej väzbe žien, ktoré takúto prípravu absolvovali. Výsledky prieskumu potvrdzujú hypotézu, pretože respondentky najčastejšie uvádzali, že informácie o kurzoch získali od kamarátok. Iba 17,04% žien uviedlo, že dostali informácie od gynekológa v poradni pre tehotné. Prevažná väčšina respondentiek označila, že by kurz odporučila svojim známym, kamarátkam. Na základe výsledkov môžeme teda skonštatovať, že by bola vhodná väčšia propaganda takýchto kurzov aj v prenatálnych poradniach.

Odpovede respondentiek na otázku, kto im odporučil kurz PFP na pôrod



Hypotéza, v ktorej sme predpokladali, že záujem žien o kurzy PFP by bol väčší, ak by ich v celom rozsahu hradili zdravotné poisťovne, sa potvrdila čiastočne. Keďže v súčasnosti zdravotné poisťovne neuzatvárajú zmluvy s licencovanými pôrodnými asistentkami, ženy si ich musia hrať z vlastných zdrojov, čiže nie sú dostupné pre všetky budúce matky. Až 80% pôrodných asistentiek a 75,6% šestonedielok tvrdí, že záujem o kurzy by bol väčší, keby boli hradené zdravotnými poisťovňami, avšak zaujímavé je zistenie, že zo vzorky respondentiek, ktoré prípravu na pôrod neabsolvovali len 22% tvrdí, že kurz neabsolvovali práve pre nedostatok finančných prostriedkov. Respondentky označili vo svojich odpovediach ako dôvod neabsolvovania kurzu PFP skôr nezáujem o kurzy a nedostatok času.

Odpovede šestonedielok a pôrodných asistentiek na otázku, či by kurzy PFP na pôrod navštevovalo viac žien, keby boli hradené zdravotnými poisťovňami



ZÁVER

V závere možno konštatovať, že schopnosť rodičiek spolupracovať pri pôrode úzko súvisí so spokojnosť pôrodných asistentiek a šestonedielok s kurzami PFP na pôrod. Žena, ktorá má dostatočné množstvo informácií a praktických zručností je schopná efektívnejšej spolupráce, ako žena nepripravená. Rovnako sa to vzťahuje aj na partnera. Kvalitne vedená psychofyzická príprava na pôrod je pre budúce matky a ich partnerov určite prínosom. Majú právo na úplné a presné informácie o všetkom, čo ich zaujíma a čo je pre nich dôležité. Na Slovensku v dnešnej dobe máme ešte stále akútny nedostatok licencovaných pôrodných asistentiek, čo znamená, že sa nemôžu dostať do minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Ak by sa do tejto siete včlenili, poisťovne by ich museli akceptovať a uzatvárať s nimi zmluvy.

Literatúra

- [1] **ELIÁŠOVÁ**, A. 2008. Pôrodná asistancia I Fyziológia. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
- [2] **ELIÁŠOVÁ** A. a kol. 2004. Uplatnenie psychofyzickej prípravy na pôrod v prenatálnej starostlivosti o tehotné ženy. In: MOLISA. roč 1, č.1, 2004, ISBN 80-8068-248-8.
- [3] **KOPŘIVOVÁ**, D. 2007. Psychoprofylaxie. In: Moderní babictví. Praha: Pomad. 2007, č.12. Dostupné na internete: www.levret.cz.
- [4] **KOPŘIVOVÁ**, D. 2007. Pohybové aktivity v těhotenství. In: Moderní babictví. Praha: Pomad. 2007, č.12. Dostupné na internete : www.levret.cz.
- [5] **KRISTOVÁ**, J., **REPKOVÁ**, A. 2006. Prítomnosť partnera pri pôrode – áno či nie?. In Ošetrovateľský obzor. ISSN 1336-5606, 2006, roč. 3, č. 1
- [6] **MATULNÍKOVÁ**, L. 2004. Využitie Alexandrovej techniky v príprave žien na pôrod. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*: Suplementum. ISSN 1336 - 183X, 2004, roč.2, č. 2
- [7] **REPKOVÁ**, A. 2008. Psychofyzická príprava na pôrod. Bratislava: SZU, 2008. 105 s. ISBN 978-80-89352-21-0.
- [8] **TRČA**, S. 2004. Partner v tehotenství a pri porodu. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 108 s. ISBN 80-247- 0869-8.

Kontaktné údaje

Emóke Takáčsová, PhDr., licencovaná pôrodná asistentka
Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava, Fakulta ošetrovateľstva
a zdravotníckych odborných štúdií, Katedra pôrodnej asistencie
Tel.: 0905574237
e-mail: emoketakacsova@post.sk

Komunikace jako sociální dovednost sester

Magda Taliánová, Magdalena Řeřuchová

Abstrakt

Příspěvek popisuje problematiku komunikace jako sociální dovednosti u sester. V průzkumném šetření jsou uvedeny výsledky vztahující se k postoji sester k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace, k preferenci typu komunikace, komunikačnímu ostychu a využívání kompenzačních pomůcek usnadňujících komunikaci.

Klíčová slova

Komunikace; sociální dovednost; komunikační ostych; sestra

Úvod

Komunikace jako sociální dovednost hraje důležitou roli při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče ve všech sférách působení sestry (nemocniční, ambulantní i terénní). Sestra ve své profesi musí být schopna efektivně komunikovat jak s pacienty a jejich rodinami, tak i se zdravotníky různých kategorií. Komunikace ve zdravotnictví klade na sestru vysoké nároky. Aby tyto nároky zvládla, musí být v rámci kvalifikační přípravy na sesterské povolání dostatečně vybavena komunikačními dovednostmi jak verbálními, tak i neverbálními. Umět komunikovat, znamená předcházet případným nedorozuměním v souvislosti s poskytováním péče, a to jak ve vztahu k pacientovi, tak i k dalším zdravotnickým pracovníkům. Toho jsou si vědomy i vzdělávací instituce, a proto je komunikace zařazována do výuky v mnohem větším rozsahu než tomu bylo ještě před několika lety. Nicméně čas od času je možné setkat se se zdravotnickým pracovníkem, který tuto dovednost plně nezvládá. V klinické praxi se setkáváme s různými skupinami klientů, někteří nemají s komunikací problémy a jiní zase ano (buď nemohou, neumí nebo nechtějí). Důvodů je mnoho, např. jazyková bariéra, nemožnost porozumět mluvenému slovu, nemožnost mluvit, psychické trauma. Existuje také celá řada faktorů, ovlivňujících komunikaci. Mezi tyto faktory řadíme např. zdravotní stav pacienta, prostředí, ve kterém komunikace probíhá, ale i charakter vzájemného vztahu pacienta a zdravotníka (1).

Materiál a metody

Cílem příspěvku je poukázat na to, jak jsou sestry vybaveny komunikačními dovednostmi vzdělávacími institucemi, jaký je jejich postoj k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace, jaký typ komunikace preferují, jak využívají kompenzačních pomůcek ulehčujících komunikaci a na obecné nedostatky komunikace s pacientem.

K získání informací jsme použily dotazník obsahující 15 položek, který jsme rozdaly sestřím působícím v pardubickém regionu a to jak v ambulantní a nemocniční péči, tak i v terénní péči. Výzkumné šetření probíhalo na přelomu měsíce srpna a září 2010. Zpracováno bylo 148 dotazníků a 4 musely být pro neúplnost vyřazeny. Výsledná data jsou vyhodnocována relativní četností a znázorněna v grafech.

Výsledky a diskuse

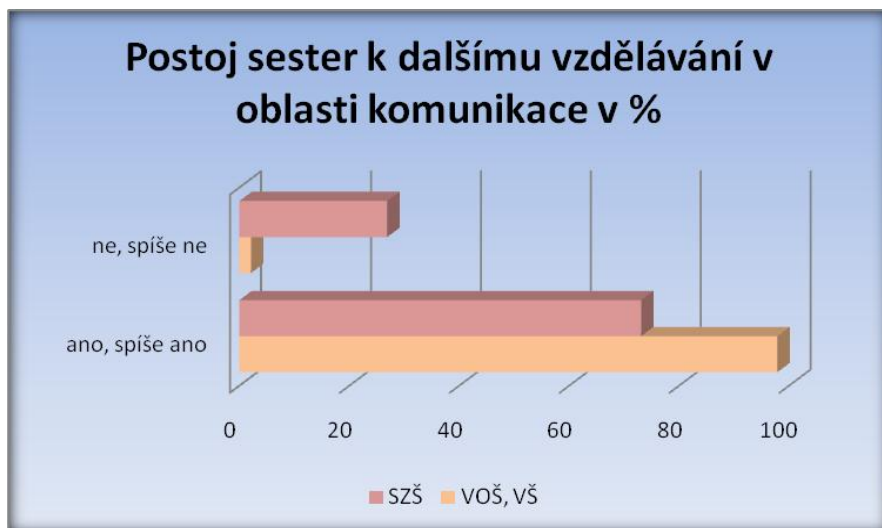
Při průzkumném šetření jsme zjišťovaly názory sester na vybavení komunikačními dovednostmi v průběhu jejich profesionální přípravy. Z výsledků znázorněných na Obr. 1 je patrné, že 71 (48%) respondentek hodnotí svoji profesní přípravu v oblasti komunikačních dovedností kladně a 77 (52%) respondentek spíše negativně.



Obr. 1 Názor sester na jejich přípravu v oblasti komunikace v rámci profesionální přípravy

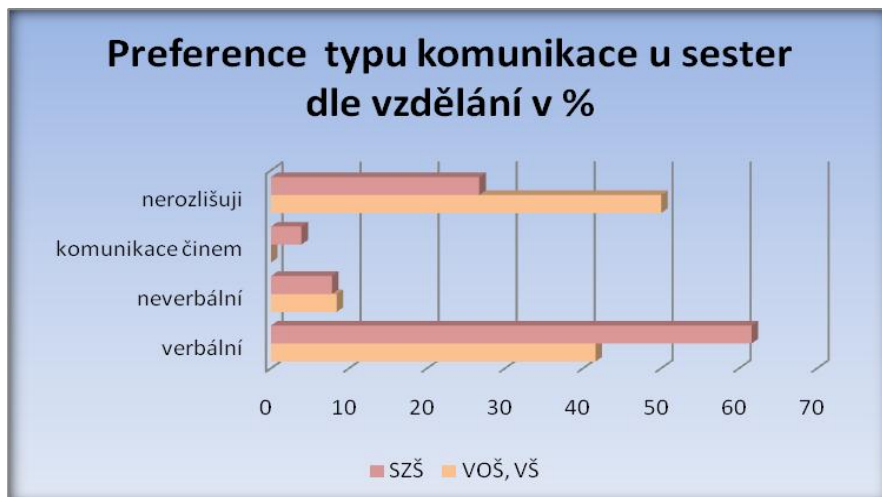
Následující otázkou jsme analyzovaly postoj respondentek k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace. Výsledná data (viz Obr. 2) znázorňují, že většina

respondentek 46 (97,9%) absolventek VOŠ, VŠ a 76 (73,1%) absolventek SZŠ je ochotna se nadále vzdělávat.



Obr. 2 Postoj sester k dalšímu vzdělávání v oblasti komunikace

Zajímalo nás také, jaký typ komunikace sestry upřednostňují. Z Obr. 3 je patrné, že 64 (61,6%) sester se středoškolským vzděláním volilo nejčastěji variantu verbální komunikace, kdežto největší podíl 24 (50%) sester s vyšším či vysokoškolským vzděláním se přiklánělo k variantě nerozlišuji, tzn., že neupřednostňují žádný z předložených typů komunikace.



Obr. 3 Preference typu komunikace u sester dle vzdělání

Také jsme se zajímaly o využívání pomůcek usnadňujících komunikaci respondenty. Tyto pomůcky používá 25 (23,7%) všech oslovených sester, což nám připadá poměrně málo, neboť se jedná o pomůcky, které jsou docela dobře dostupné, eventuelně je lze rychle zajistit. Přehled nejčastěji využívaných pomůcek je znázorněn na Obr. 4.

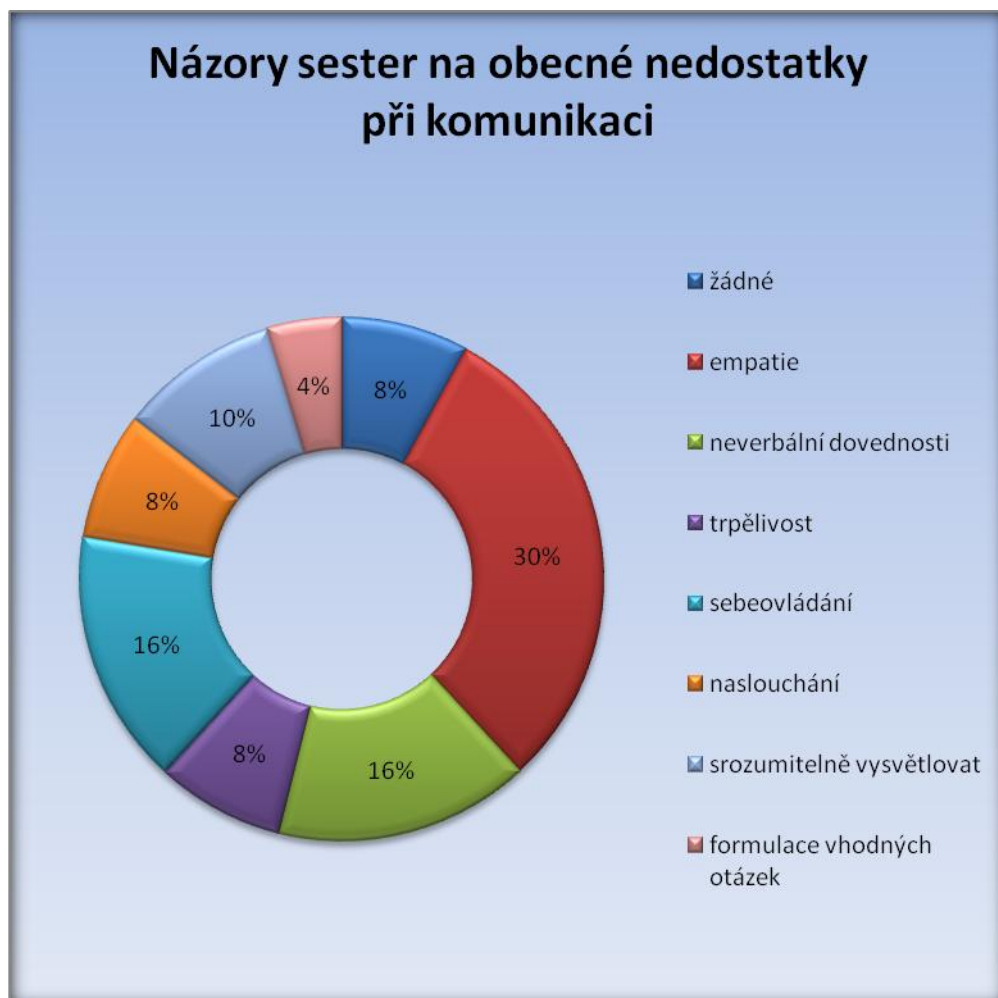


Obr. 4 Typy nejčastěji využívaných pomůcek při komunikaci

S komunikačním ostychem má problém přibližně 27 (26,3%) sester. Zatímco vysokoškolsky vzdělaným sestřím činí problém pouze témata zaměřená na intimitu, tak u středoškolsky vzdělaných sester se objevuje také nejistota a ostyech při tématech týkajících se smrti nebo pokud mají pacienti říci „ne“.

Obr. 5 zobrazuje názory sester na obecné nedostatky související s komunikací s nemocným.

Z celkového počtu 44 (30%) oslovených sester vidí jako největší problém nedostatečnou empatii, na druhém místě se shodně s 24 (16%) umístily neverbální dovednosti sester a zhoršené sebeovládání ze strany klientů, na dalším místě pak neschopnost srozumitelně vysvětlit klientovi danou situaci, naslouchání, trpělivost. Současně 12 (8%) sester je přesvědčeno, že žádné problémy nemají.



Obr. 5 Názory sester na obecné nedostatky při komunikaci

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že citlivě a poučeně vedená komunikace tvoří podstatnou složku v životě člověka vůbec a co se týká zdravotnického personálu, platí toto několikanásobně. Zdravotníci mají o to víc ztíženou situaci, že musí komunikovat s lidmi různých věkových kategorií, různých onemocnění a v neposlední řadě různých kulturních a sociálních zvyklostí i různých etnik. Samozřejmě možných hledisek je daleko širší řada. Pokud se jim tato dovednost daří uplatňovat v praxi, velmi to přispívá ke vzájemné spokojenosti.

Celkově lze kladně ohodnotit skutečnost, že vzdělávací systém poskytuje kvalitnější přípravu v oblasti komunikace, a toto se navíc setkává s ochotou zdravotníků vzdělání uplatňovat v praxi.

Literatura

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

Kontaktní údaje

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice

e-mail: magda.talianova@upce.cz

PhDr. Magdalena Řeřuchová

Katedra ošetrovatelství

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Průmyslová 395, 532 10 Pardubice

e-mail: magdalena.reruchova@upce.cz

Informovanost zdravotních sester v ošetrovatelské péči o periferní cévní vstupy

Irena Točíková

Abstrakt

Příspěvek je zaměřen na výsledky průzkumu na téma „Informovanost zdravotních sester v ošetrovatelské péči o periferní cévní vstupy“. Cílem práce bylo zjistit hloubku znalostí a dovedností zdravotních sester v péči o intravenózní vstupy u vybraného vzorku respondentek. Zavedení nitrožilního periferního katétru nese svá pozitiva i negativa, je třeba, aby měly sestry o této problematice dostatek informací, aby uměly pracovat s novými materiály a pomůckami a aby se v péči o nitrožilní katétry nadále vzdělávaly.

Klíčová slova

Kanyly, periferní cévní vstupy, ošetrovatelská péče, tromboflebitida.

Úvod

Předmětem našeho zkoumání bylo téma ošetrovatelské péče o periferní žilní vstupy. Nitrožilní vstupy jsou nedílnou součástí léčby řady onemocnění. Zavedení periferní žilní kanyly a péče o ni patří mezi běžné denní činnosti zdravotních sester a porodních asistentek.

Žilní řečiště je ideální aplikační cestou pro léky, infuzní roztoky a transfúze. Intravenózně jsou podávány léky, které není možno podávat podkožně, nitrosvalově či do kůže nebo tam, kde je žádoucí delší časové období aplikace léku nebo naopak urgentní podání léku při resuscitaci. (Chobolák, 2006; Kapounová, 2007).

Nitrožilní přístupy lze rozdělit na dva základní. Prvním je periferní žilní přístup, kdy jsou kanylovány žily viditelné v podkoží horních končetin. Druhým typem žilního vstupu je centrální žilní přístup, kdy jsou kanylovány velké hluboko uložené cévy, které tvoří soutok centrálních žil.

Periferní žilní kanylace (PŽK) – je zavedení plastové kanyly (flexily, permanentní kanyly z plastu) do periferních žil. Kanyla může být v žíle

zavedena stanovenou dobu a umožňuje volný pohyb končetinou i v průběhu aplikace léku (Mikšová, 2006; MSM, 1999).

Nejčastější indikace zavedení periferní kanyly jsou: aplikace infúzí, intravenózní podávání antibiotik, aplikace transfuzí, aplikace injekčně podávaných léčiv (např. u operace) a při podání kontrastní látky před radiodiagnostickým vyšetřením (Kapounová, 2007; MSM, 1999).

Při výběru periferní žilní kanyly je kladen důraz na dvě hlediska. Předpokládaný terapeutický postup (jaké léky, po jakou dobu a jakou rychlostí budou podávány) a anatomické poměry periferního žilního systému (stav periferních žil pacienta). Mezi obecná pravidla patří použití kanyly s co nejmenším průměrem a délkou. Menší kanyla zmírňuje mechanické dráždění, snižuje riziko okluze a extravazace (prosakování infuzátu mimo cévu), dále menší trauma pro pacienta při zavádění. Kanylu o větším průměru vyžadují žílu s větší světlostí – průměrem (MSM, 1999; Zadák, 2002).

Místa punkce periferních žil

Obecně lze jako místo aplikace zvolit jakoukoliv povrchovou žílu na lidském těle. Při volbě místa vpichu bereme v potaz celkový stav pacienta, jeho věk, stav a dostupnost periferních žil – anatomické poměry, plánovaný terapeutický výkon a druh podávaného přípravku. U dospělých jsou k venepunkci vhodné žíly hřbetu ruky, předloktí a v okolí loketní jamky omezeně. Doporučuje se postupovat od zápěstí k loketní jamce. Žíly dolních končetin (žíly před vnitřním kotníkem nebo na nártu nohy) se užívají pouze v nezbytných a výjimečných případech (Novák, 2002; Brodanová, 1999).

Postup a technika zavedení flexily

Součástí přípravy ke kanylaci je *příprava pacienta* (edukace – poučení), a získání alergické anamnézy. Před samotnou přípravou sestra pomůcek provedeme důkladnou hygienu a eventuelně dezinfekci rukou. K úspěšné venepunkci přispívá dobře vybrané místo vpichu a postup dle platného doporučeného postupu včetně použití doporučených pomůcek (MSM, 1999).

Po úspěšné kanylaci vybrané žíly a jejím proplachu, kanylu uzavřeme a pečlivě fixujeme ke kůži pacienta tak, aby se zamezilo pohybu flexily v žíle. Nedbalá fixace zvyšuje riziko mechanického dráždění a to může vést ke vzniku zánětu žíly. Jako krytí flexily můžeme zvolit sterilní *netransparentní krytí* pro i.v. kanyly nebo *okluzivní krytí* (fólie, transparentní). Krytí musí být vždy sterilní, suché

a čisté. Výměnu krytí flexily provádíme po 24 hodinách nebo podle návodu výrobce krycího materiálu. O zavedení kanyly je nutné udělat záznam do dokumentace (Kapounová, 2007; MSM, 1999).

Zásady ošetrovatelské péče o periferní žilní katétr

Veškerá ošetrovatelská péče o intravenózní kanylu se musí provádět přísně asepticky, protože každá manipulace přináší riziko kontaminace. Před zavedením nebo manipulací s kanylou je povinen ošetrovatelský personál řádně provést hygienu a dezinfekci rukou a také užívání jednorázových rukavic. Pravidelná kontrola a převazy se provádí nejméně 1 x denně a při aplikaci léku. Kanyla musí být udržovaná v čistotě a suchu. Doba zavedení kanyly v cévě se pohybuje v rozmezí 48 až 72 hodin (Mikšová, 2006; MSM, 1999).

Komplikace periferní žilní kanyly

Invazivní žilní vstupy jsou vždy spojeny s rizikem vzniku infekčních nebo mechanických komplikací. Mezi nejzávažnější komplikace vzniklé patří *flebitida* (zánět žíly) až *tromboflebitida* (uzávěr žíly následkem zánětu a na to nasedající trombus), *extravazace* (prosakování infuzátu mimo cévu), *hematom* (krevní výron), *paravenózní podání* (mimožilní) a *neprůchodnost kanyly* následkem ucpání trombem. Při známkách zánětu žíly či výskytu jiných komplikací je třeba periferní žilní kanylu vyjmout. Po odstranění kanyly je nutné provést kontrolu celistvosti a neporušenosti kanyly. (Mikšová, 2006; MSM, 1999).

Materiál a metoda

K získání informací o úrovni informovanosti zdravotních sester o péči o periferní cévní vstupy jsme použili metodu dotazníku. Dotazník byl sestaven na základě prostudované literatury a poznatků z praxe. Skládá se ze souboru otázek, které se týkají aplikace periferní žilní kanyly, ošetrování kanyly, proplachu a aseptického přístupu do kanyly. K dokreslení průzkumu byly ještě porovnány standardy ošetrovatelské péče týkající se péče o periferní cévní vstupy.

Vzorkem respondentů průzkumné práce byly zdravotní sestry v nemocniční praxi nemocnice kraje Vysočina, nemocnice v Mělníku a léčebny v Luži-Košumberku. Rozdáno bylo celkem 198 dotazníků, vráceno bylo 147 vyplněných, což je 74%. Nejnižší návratnost dotazníků jsme zaznamenali v nemocnici Jihlava. Dotazníky vyplnilo 58 (39%) sester chirurgických oborů (chirurgie, ortopedie, gynekologie), 69 (47%) sester interních oborů (interna,

neurologie, rehabilitace, spinální jednotka) a 20 (14%) sester z oddělení ARO a JIP. Vzorek respondentů tvořila téměř 60% skupina sester bez specializace a vyššího vzdělání. Sestry se specializací byly zastoupeny 15% skupinou. 25 % tvořily diplomované všeobecné sestry a sestry vysokoškolačky. Průzkum probíhal na jednotlivých odděleních nemocnice kraje Vysočina, nemocnice v Mělníku a léčebny v Luži-Košumberku se svolením vedení zdravotnických zařízení. Dotazníky byly rozdány během ledna a února 2011.

Tabulka č. 1 Počet rozdaných a vyplněných dotazníků v jednotlivých nemocnicích

Nemocnice	Rozdané dotazníky	Vyplněné	Návratnost v %
Jihlava	50	32	64,0 %
Pelhřimov	40	33	82,5 %
Nové Město na Moravě	36	31	86,0 %
Havlíčkův Brod	15	10	66,6 %
Mělník	30	24	80,0 %
Léč. Luže-Košumberk	27	17	62,9 %
Σ	198	147	74,2 %

Tabulka č. 2 Rozložení vzdělání sester na jednotlivých odděleních

Vzdělání:	Chirurgie, ortopedie, gynekologie	Interná, neurologie	Chirurgie JIP, ARO	Σ_1	Procenta
	SZŠ	31	48		
DiS.	14	10	1	25	17,0 %
Bc.	3	2	3	8	5,4 %
Mgr.	2	2	2	6	4,1 %
Specializace	8	7	6	21	14,3 %
Σ_2	58	69	20	147	100,0 %

Výsledky a diskuze

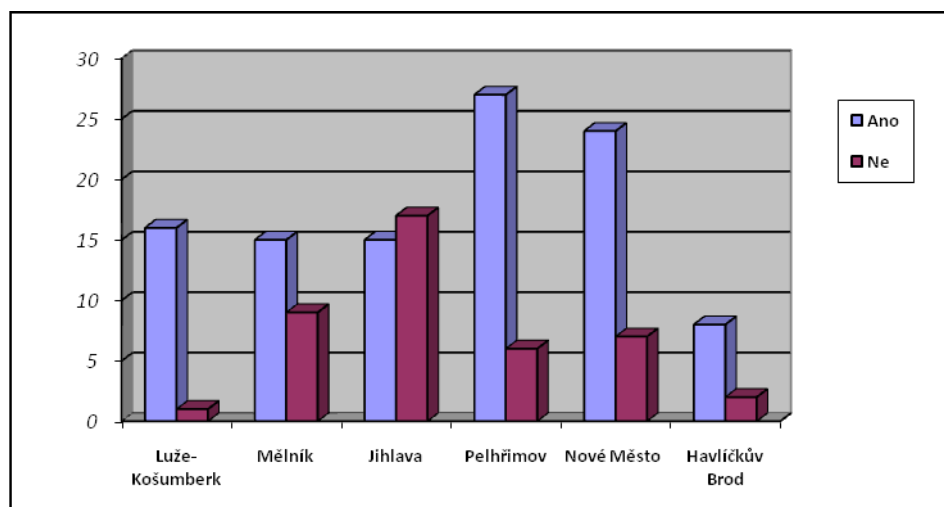
V úvodu dotazování bylo zjištěno, jak často zavádění sestry zkoumaného vzorku periferní žilní kanyly a zda někdy použily, jako návod, platný ošetřovatelský standard k aplikaci periferní kanyly.

Na otázku odpovědělo 105 (71 %) sester, že se před zavedením kanyly seznámilo se standardem nemocnice, která dává návod na zavedení kanyly. Na druhé straně 42 (29 %) respondentek standard nepročítalo. V již uvedených nemocnicích, kde byl průzkum prováděný, nepoužilo standard asi 20% sester, v jihlavské nemocnici standard nečetlo více jak 50% sester. *Viz graf. č. 1.*

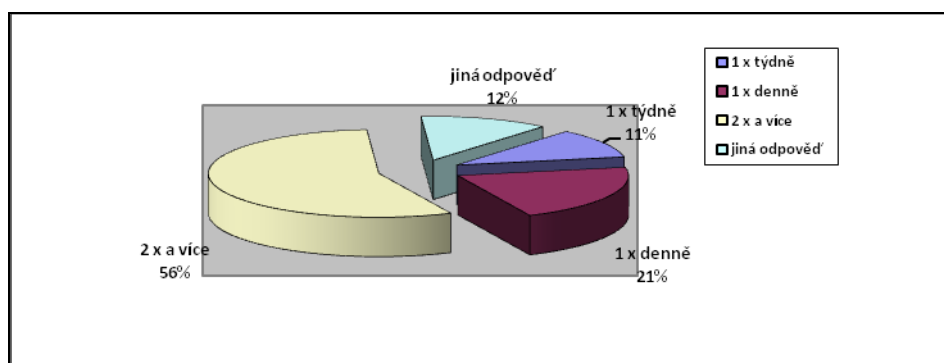
Více jak 55 % sester zavádí kanylu 2 a vícekrát za den. Asi 20 % sester zavádí kanylu 1x denně a 10 % jen 1x týdně. Asi 12 % sester z Luže-Košumberku udává jinou odpověď. Jejich odpovědí je, že zavádí kanylu pouze v případě zhoršení zdravotního stavu, asi 1x do měsíce. Viz graf č. 2.

Tabulka č. 3 Použití ošetrovatelských standardů k zavedení periferního žilního katetru.

	Luže	Mělník	Jihlava	Pelhřimov	Nové Město	Havl. Brod	Σ_1	%
Ano	16	15	15	27	24	8	105	71,4
Ne	1	9	17	6	7	2	42	28,6
Σ_2	17	24	32	33	31	10	147	100,0



Graf č. 1. Použití ošetrovatelských standardů k zavedení periferního žilního katetru.



Graf č. 2. Četnost zavádění periferního žilního katetru.

Další zkoumanou oblastí byla znalost indikací pro zavedení PŽK a omezení v zavedení kanyly ze strany pacienta.

Nejvíce indikací (7 typů indikací) pro zavedení periferního žilního katetru – celkově napsalo 38 sester, zejména z chirurgických oborů. Jako druhou nejčastější odpověď pro indikaci respondentky uváděly aplikaci infuzí, antibiotik a intravenózních léků (4 typy indikací). 22 (15 %) respondentek uvedlo pouze jednu indikaci a 5 (3,5 %) sester uvedlo, že nezná žádnou indikaci. Průměrný počet uváděných indikací na jednu sestru je 3,2 indikace.

Kontraindikací pro zavedení periferní kanyly je např. strana, kde byla provedena ablace prsu, dominantní končetina a připravující končetina k zavedení AV shuntu (tepenožilní spojky pro dialýzu). Jako jinou odpověď – sestry často uváděly správně – končetinu s plegií nebo parézou. Celkově správně odpovědělo 42 (28 %) respondentek, většina sester z interních oborů. Sestry z chirurgických oborů spíše uváděly 2 správné možnosti, jako kontraindikaci neuváděly odpověď týkající se možného zavedení AV shuntu. Důvodem je zřejmě fakt, že se sestry interních oborů častěji setkávají s pacienty, kteří se připravují k léčbě hemodialýzou. 20 respondentek (13,6 %) uvedlo nesprávné odpovědi.

Správný postup venepunkce na horních končetinách je na předloktí, na hřbetu ruky, zápěstní kloub a v poslední řadě v oblasti loketní jamky. Právě tato oblast je nejméně vhodná až nevhodná k zavedení kanyly z důvodu zvýšeného dráždění žíly při ohýbání ruky. Dobře odpovědělo celkem 43 (29,3 %) sester ze 147 odpovídajících. Odlišný postup očíslovalo 101 (68,7 %) sester. Z průzkumu je patrné, že většina sester (68,7 %) neužívá správná místa punkce na horních končetinách a většinou uvádí první volbu – oblast loketní jamky. Nevhodně zvolené místo vpichu vede k menšímu komfortu pacienta, větší bolestivosti a většímu riziku zánětu žíly. Zjištěná fakta jsou významná.

Tabulka č. 4 Punkce nejčastěji punktovaných žil na horních končetinách

	Interní obory	Chirurgické obory	JIP, ARO, anestézie	Σ_2	Procenta
Správně	22	13	8	43	29,3 %
Nesprávně	46	43	12	101	68,7 %
Jiná odpověď „nevím“	1	2	0	3	2,0 %
Σ_1	69	58	20	147	100,0 %

K ošetrovatelské péči o periferní cévní katetry patří vedle správnosti zavedení kanyly také povědomí, jak dlouho může být kanyla zavedena a jaké hrozí možné komplikace po zavedení kanyly.

Periferní žilní kanyla může být zavedena na dobu 48 – 72 hodin. Z celkového počtu 147 odpovídajících sester, odpovědělo 135 (91,8 %) správně a 11 (7,5 %) odpovědělo nesprávně. Pouze jedna sestra uvedla odpověď „nevím“.

Komplikace PŽK sestry vybraného vzorku znají, nejvíce komplikací udával vzorek sester s vyšším a vysokoškolským vzděláním (průměrně 5 komplikací), než vzorek sester se středoškolským vzděláním. Mezi nejčastěji uváděné komplikace patří flebitida (uvedená 66x), paravenózní aplikace (uvedená 63x), infekce a zánět (uvedené 43x), neprůchodnost (uvedená 38x). Další uváděné komplikace respondentkami - hematom, zarudnutí, extravazace, alergie, aj. Většina sester zná příčiny možných komplikací.

Tabulka č. 5 *Komplikace při zavádění periferní žilní kanyly*

	Interní obory	Chir. obory	JIP, ARO, anestézie	Σ
Flebitida	27	26	13	66
Paravenózní aplikace	30	19	14	63
Infekce, zánět	26	12	5	43
Neprůchodnost	24	12	2	38
Hematom	10	0	0	10
Napíchnutí nervu	0	1	1	2
Ruptura cévy	0	1	1	2
Extravazace	1	0	0	1
Zalomení	1	2	0	3
Otok	1	8	1	10
Zarudnutí	4	17	0	21
↑ TT	3	1	0	4
Alergie na materiál	3	0	0	3
Bolest	9	11	0	20
Flegmóna	1	2	0	3
Jiná odpověď - nevím	0	0	0	0

Závěr

Výsledek průzkumu v oblasti informovanosti v péči o periferní žilní katétry ukázal, že dotazované respondentky znají správně délku zavedení PŽK. Většina respondentek zná indikace pro zavedení kanyly a uvádí v průměru více jak 3 indikace. Sestry znají také komplikace, větší povědomí a více informací o komplikacích mají sestry s vyšším vzděláním.

Naproti tomu všechny kontraindikace pro zavedení periferní žilní kanyly správně uvedla necelá třetina sester. Sestrám chirurgických oborů jsou méně známy kontraindikace u interních pacientů, například kontraindikace u pacienta připravujícího se na možné zavedení AV spojky (arteriovenózního zkratu).

Pouze necelá třetina respondentek uvádí správný postup v aplikaci kanyly při výběru místa vpichu. Většina respondentek uvádí místo první volby pro vpich, oblast kubity, které je z hlediska pohybu a běžných denních činností zcela nevhodné. Při ohýbání končetiny dráždí kanyla cévní stěnu a může vést k vyššímu riziku zánětu, nehledě k tomu, že pro pacienty je místo vpichu bolestivé.

Rozdíl ve znalostech sester v péči o periferní žilní vstupy mezi zdravotnickými pracovišti, kde byl proveden průzkum, je minimální. Rozdílné jsou údaje o použití standardu před zaváděním kanyl, kdy v jihlavské nemocnici více jak polovina sester nečetla standard. Naproti tomu, v dalších otázkách dotazníku jihlavské respondentky neuváděly výrazně horší odpovědi.

Komplikace, které se vyskytují v souvislosti se zavedením periferní žilní kanyly, mohou být výrazně eliminovány při dodržení správného postupu zavádění a důsledné ošetrovatelské péči. Kvalitní informovanost sester o aplikaci periferní žilní kanyly je velmi důležitá a povede jistě ke snížení výskytu nežádoucích komplikací.

Literatura

- [1] BRODANOVÁ, M.; ANDĚL, M. *Infuzní terapie, parentální a enterální výživa*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-85623-60-9.
- [2] DRÁBKOVÁ, J. *Centrální žilní katétry funkce, základy zavádění a ošetrování*. 1. vyd. Příbram : MSM spol. s.r.o., 2001, 44 s. [cit. 12. 10. 2010]. Dostupné z WWW: <http://www.msm.cz/download/czk.pdf>. ISBN 80-902583-3-6.

- [3] CHROBÁK, Ladislav, et. al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vyd. Praha : Grada, 2006, 244 s. ISBN 978-80-247-1309-0.
- [4] KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 352 s. + 16 s. přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [5] MIŠKOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- [6] MSM. *Základy zavádění a ošetrování periferních žilních kanyl*. Příbram : MSM, spol. s.r.o. 1999, 40 s. [cit. 12. 10. 2010] Dostupné z WWW: <http://www.msm.cz/download/kanyla.pdf>. ISBN 80-7169-238-7.
- [7] NOVÁK, František, *Enterální a parentální výživa v prevenci a léčbě malnutrice*. Remedia: Časopis Remedia online [online]. 2002, 9., 1/2002, [cit. 2011-03-09] Dostupný z WWW: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakologie/Enteralni-a-parentalni-vyziva-v-prevenci-a-lecbe-malnutrice/6-L-fe.magatricle.aspx>. [e-článek].
- [8] ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002, 496 s. ISBN 80-247-0320-3.
- [9] ZADÁK, Z.; HAVEL, E. a kolektiv. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9.

Kontaktní údaje

Mgr. Irena Točíková

KZS VŠPJ

e-mail: tocikova@vspj.cz

Kvalitné sociálne služby ako subodbor sociálnej práce v subsystéme sociálnej pomoci

Milan Tomka, Anna Kasanová

Abstrakt

Teoretické spracovanie témy hodnotenia kvality sociálnych služieb môže byť dobrým začiatkom pre zmenu podmienok života ľudí využívajúcich tieto služby. Vo vzťahu k sociálnym službám je najužšie kooperujúcou pomáhajúcou profesiou sociálna práca. Považujeme ju za hlavný realizačný nástroj sociálnej politiky štátu. Vzhľadom k tomu, že cieľom sociálnej práce je najmä pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v núdzi, jej miesto v rámci sociálnej politiky je predovšetkým v subsystéme sociálnej pomoci. Sociálna práca je nástrojom riešenia mnohých problémov, ktoré vznikajú ako dôsledky existencie sociálnych vzťahov a procesov vo všetkých oblastiach spoločenskej praxe.

Kľúčové slová

Kvalita služieb. Štandardy. Nadštandardné služby. Kvalita života. Spokojnosť. Klient. Sociálna práca. Sociálne služby.

Základná definícia kvality uvádza, že „kvalita je zhoda súladu s požiadavkami zákazníka“ (Mc Donald, 1996, in. Krupa, 2000, s. 17). Nie sú dôvody, pre ktoré by nemohol byť v rámci prijatej filozofie kvality v ekonomike paralelne rozvíjaný systém kvality sociálnej práce a sociálnych služieb, kde zákazník je klientom i občanom, ktorý má vo svojej špecifickej situácii oprávnené požiadavky na kvalitné služby. Kvalita zo sociálneho pohľadu je: „súlad poskytovaných sociálnych služieb s konkrétnymi individuálnymi potrebami občana so špecifickými požiadavkami“ (tamtiež). Tento princíp prináša evidentne do sociálnej práce nový rozmer v presadzovaní kvality sociálnych služieb. Hodnotenie kvality sociálnych služieb je základným predpokladom k teoreticky zdôvodneným a účelným, systematickým projektovým zmenám v organizácii sociálnych služieb.

„Kvalitné sociálne služby považujeme za subodbor sociálnej práce, za samostatný učebný predmet sociálnej práce, ktorý sa zaoberá hodnotením sociálnych služieb vo vzťahu k ich odberateľovi a k prostrediu, v ktorom sú poskytované“ (tamtiež, s. 13). V našich podmienkach, kde absentuje hodnotenie kvality sociálnych služieb je možné predpokladať, že verifikovanie kritérií progresu kvality sociálnych služieb a ich aplikácia pri presadzovaní zmien, reforiem, transformácií nájde svojich oponentov rovnako v tábore teoretikov, ktorí sociálnu službu posúvajú do sféry sociálno-psychologickej, i tých, ktorí sociálnu službu posúvajú do roviny obetavej dobrovoľnej služby, tak aj u pragmatikov, ktorí považujú za dôležitejšie dodržiavanie rutínnej prevádzky ako kvalitatívnej zmeny v sociálnych službách poskytovaných občanovi. V rámci terminológie hodnotenia sociálnych služieb sú u nás často frekventované termíny „štandard“ alebo „nadštandard“. Uvádzané sú v súvislostiach s kvalitou sociálnych služieb, avšak bez špecifikovania obsahu. Nešpecifikovaný obsah termínu „štandard“ umožňuje rôzne účelové interpretácie. Štandardné služby sú pragmaticky definované ako služby, ktoré sú naplno kapacitne vyťažené s dobrými hospodárskymi výsledkami, kvalifikované zdravotnícke služby, ktoré ponúkajú hygienicky nezávadné a estetické prostredie, kaloricky hodnotnú stravu... Napriek rôznym projektom ešte aj dnes existuje na Slovensku teoreticky nedopracovaná koncepcia o štandardných sociálnych službách. Hodnotenie kvality sociálnych služieb na základe pragmaticky formulovanej predstavy a nedotiahnutej koncepcie spôsobuje dezorientáciu, ktorá má dopad na legislatívu, riadenie i organizáciu a nakoniec na podmienky života ľudí, ktorí potrebujú sociálne služby. To spôsobuje, že služby prevádzkované v mestských častiach väčších miest sú oproti excentricky umiestneným sociálnym službám na vidieku často hodnotené ako „nadštandardné“ a tie isté služby v mestskej časti sú však podštandardné oproti sociálnym službám v zahraničí, či iným sociálnym službám v tom istom meste. Absencia noriem pre hodnotenie kvality sociálnych služieb podporuje úzke regionálne a subjektívne hodnotenia a má svoj podiel na izolácii Slovenska od medzinárodne uznaných a uplatňovaných vývojových trendov rozvoja sociálnych služieb a v konečnom dôsledku je jednou z príčin stagnácie sociálnych služieb.

Hodnotenie kvality života sa stáva jedným z hlavných postupov, ako plánovať a hodnotiť výsledky ošetrovateľskej a sociálnej pomoci. Je to podmienené prístupom zdravotníkov a sociálnych pracovníkov ku klientom - rozhodujúca je spokojnosť, či nespokojnosť klienta. Hrozenská a kol. (2008) v tejto súvislosti dodávajú, že kvalita života je výsledkom vzájomného pôsobenia sociálnych,

zdravotných, ekonomických a environmentálnych podmienok ľudského života a spoločenského rozvoja.

Pojem kvalita ako filozofická kategória vyjadruje jednotu podstatnej určenosti javu a jeho osobitej špecifiky. Kvalita nie je iba mechanické navýšenie kvality, ale je založená na štruktúre komponentov javu ako osobitej celostnosti. Už Hegel zdôrazňoval význam jednoty určitej kvantity a kvality, vyjadrenej pojmom miera, ktorej prekročenie znamená zánik jednej a vznik inej kvality. Táto miera podľa Hegla vyjadruje „kvantitatívnu kvalitu“ a „hranice“ zväčšovania či znižovania kvantity, „ktorých prekročením sa kvalita mení“. Tým sa napĺňa či realizuje dialektika konkretizácie podstaty (Hegel, 1961, s. 147 – 159). Toto všeobecno – teoretické vymedzenie platí ako východisko aj vo vzťahu k pojmu kvalita života, no vymedzenie pojmového základu tohto združeného termínu musí zohľadňovať aj podstatu a osobitosti pojmu život. Navyiac je osobitosťou ľudského života, že sa uskutočňuje v podmienkach spoločenských vzťahov. „Kvalita života podmienená zdravím je metodickým prístupom umožňujúcim dokumentovať výsledky starostlivosti zdravotnej i sociálnej. Je podmienená ako sociálnym postavením, tak aj ekonomickým zabezpečením“ (Levická, 2002).

Pocit samostatnosti, schopnosti a možnosti rozhodovať o svojom osude je veľmi dôležitý pre psychickú rovnováhu a schopnosť vyrovnávať sa so záťažovými situáciami. Kvalita života je subjektívnym prežívaním svojho stavu a môže byť dobrá i pri hrozivom vývoji zdravotnej situácie, ak je sociálne zabezpečenie dostačujúce. Snaha o prácu s dimenziou kvality, resp. kvality života je zrejماً aj v definičných znakoch sociálnej služby podľa Matouška (2003). Autor definuje sociálne služby ako „všetky služby, krátkodobé i dlhodobé, poskytované oprávneným užívateľom, ktorých cieľom je zvýšenie kvality života klienta, príp. i ochrana záujmov spoločnosti“ (Matoušek, 2003, s. 214). Za inšpirujúce vo vymedzení autora, ktorý sa opiera o návrhy legislatívnej úpravy sociálnych služieb v ČR, je chápanie sociálnych služieb ako komplexu služieb, ktorých profil vždy záleží od konkrétnych potrieb klientov a vzniká spojením viacerých komponentov služieb; okrem toho inšpiruje rozdelenie sociálnych služieb na služby poskytované klientom (konkrétne intervencia v kontakte s klientom) a administratívne služby, v zmysle rozhodovania o rozdelení rozličných dávok a intervenčných opatrení (voľne podľa Matouška, 2003).

Veľmi relatívny pojem je spokojnosť. V snahe odmerať ju, vtiesnať do vzorcov, výpočtov a tabuliek sa na verejnosť dostávajú rôzne, naoko seriózne správy z prieskumov verejnej mienky, ako aj správy z výskumu stavu obyvateľstva Slovenskej republiky. Všeobecný encyklopedický slovník (Paulička a kol., 2002,

s. 240) charakterizuje spokojnosť ako: „príjemný pocit z dobrých vzťahov a dobre vykonanej práce“. Iní autori (napr. Ďurič a kol., 1997, s. 335) hovoria, že: „spokojnosť a nespokojnosť v rámci psychológie ľudských potrieb sa zjavuje ako subjektívny zážitok u človeka v súvislosti s objektívne existujúcimi potrebami“. „Spokojnosť je subjektívne kritérium kladného hodnotenia rôznych javov, stavov činnosti a objektov, vrátane seba samého, pociťovanie ako príjemný zážitok radosti, úspechu alebo zadosťučinenia za doterajšiu prácu, či činnosť“ (Strmeň, Raiskup, 1998, s. 266).

V spoločenskej realite, kde zdrojom všetkých aktivít, stavov a vzťahov je človek, treba rozlišovať gnozeologické a ontologické hľadisko. Z toho vyplýva relativita uplatňovania pojmov objekt a subjekt. Človek je subjekt, ktorý objektívne jestvuje, ale pre sociálnu prácu ako vedu je z gnozeologického hľadiska človek objektom poznania (Žilová, in Tokárová, 2002, s. 39). Levická (2002, s. 56) definuje klienta ako: „ten, kto v dôsledku sociálnej situácie potrebuje na jej vyriešenie rôznu formu spoločenskej pomoci“. Pre klienta je charakteristické, že nie je schopný riešiť vlastnými silami kolíznu situáciu, v ktorej sa ocitol. Taktiež je to spoluúčasť klienta na riešení sociálne nepriaznivej situácie, v ktorej sa nachádza. Strieženec (1999, s. 91-97) upozorňuje na potrebu akceptovať jedinečnosť klienta. Podľa neho sociálny klient je predovšetkým neopakovateľný svojou ľudskou individualitou a to aj v prípade, že klientom je rodina alebo skupina.

Pri definovaní sociálnej práce sme vychádzali z pojmu „sociálne“. Tento termín sa často používa v spoločenských vedách v rôznych významoch. Jeho širokospektrálnosť je prezentovaná v Slovníku sociálneho pracovníka (Strieženec, 1996, s. 202): spoločenský, týkajúci sa spoločnosti, spoločnosťou podmienený, spoločensky záväzný,... týkajúci sa životných podmienok, životnej úrovne, vyjadrujúci životné istoty, podmienky, vyjadrujúci blaho, dobro spoluobčanov a spoločnosti ako celku, vyjadrujúci pomoc (sociálna pomoc), slúžiaci hygiene (sociálne zariadenia), všeludský, ľudský.

Ponímanie sociálnej práce v odbornej literatúre je značne problematické rovnako v teoretickej ako praktickej rovine a súvisí s uhlom pohľadu konkrétneho autora. Našou snahou nebolo vybrať jedinú správnu definíciu tohto pojmu, ale prezentovať pohľady viacerých autorov a nájsť východiská pre kvalitu, štandard a nadštandard. Najvšeobecnejšie sa sociálna práca interpretuje ako sociálna pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v sociálne kolíznych situáciách. Druhá rovina interpretácie sociálnej práce spočíva v tom, že ju charakterizujeme (Strieženec, 1999, s. 201) ako: „pomoc k svojpomoci“. Preto,

„pomoc k svojpomoci“ (ako jeden z prístupov vnímania sociálnej práce) nemôže sa uskutočňovať iba v „atomizovanom“ rozmere jedného odboru. V najvšeobecnejšom poňatí možno služby chápať ako nástroj (spôsob, metódu) sociálnej politiky a praktického presadzovania záujmov spoločnosti vo vzťahu k ľuďom odkázaným na pomoc. Aj v tejto oblasti však existuje pojmová variabilita a medzipojmová hierarchia. Najvšeobecnejšie vymedzenie služieb nachádzame v článku 50 Zmluvy o založení Európskeho spoločenstva (v Amsterdamskom znení, 1997), podľa ktorého sa za službu považuje úkon, ktorý sa bežne poskytuje za odplatu. Ide o činnosti priemyselnej, obchodnej a remeselnej povahy, či o činnosti v oblasti slobodných povolání. Viacerí odborníci (napr. Abeele, 2001, Pillinger, 2001) však zdôrazňujú osobitnú podstatu služieb zameraných na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí, kedy procesy a záujmy voľnej trhovej liberalizácie v službách musia byť sprevádzané (dopĺňané) rozličnými podpornými opatreniami a mechanizmami, nakoľko samotná „neviditeľná ruka trhu“ nemôže nahrádzať garanciu štátu v ochrane všeobecných spoločenských záujmov. Preto bola vyvinutá a právne na európskej úrovni upravená kategória tzv. služieb vo všeobecnom záujme. Právo prístupu k týmto službám zaručuje všetkým občanom článok 36 Charty základných práv EÚ s cieľom podporovať sociálnu a teritoriálnu (regionálnu) kohéziu v EÚ. Podľa Abeeleho (2001, s. 90) sú služby všeobecného záujmu „... jadrom európskeho sociálneho modelu ... a ochraňujú kolektívne záujmy Európanov“. J. Pillinger (2001, s. 3) nazýva vyššie uvedený typ služieb ako verejné sociálne služby (public social services) a definuje ich ako „služby, ktoré občanom poskytujú platení pracovníci (v niektorých prípadoch aj neplatení dobrovoľníci a rodinní príslušníci) s cieľom uspokojovať ich všeobecné sociálne potreby; regulujú ich, financujú a poskytujú orgány na úrovni miestnej samosprávy, regionálnej i štátnej správy a týkajú sa oblasti zdravotníctva, vzdelávania, sociálnych služieb, bývania, zamestnávania a sociálneho zabezpečenia“. Pripomíname, že koncept verejných sociálnych služieb sa používa na odlíšenie tých služieb, ktoré v zmysle Zmluvy o EÚ spadajú pod povinné verejné služby poskytované na základe liberalizácie a konkurencie (napr. všeobecné verejné prepravné služby, telekomunikačné služby).

Sociálne služby sú primárne zamerané na uspokojovanie sociálnych potrieb ľudí v núdzi a ľudí ohrozených núdzou (rizikom). Sú koncentrovaným výrazom presadzovania záujmov sociálneho štátu. Napriek ich jasnej zameranosti nachádzame v odbornej literatúre (v zdrojoch) rozličné vymedzenia sociálnych služieb, od vymedzení najširších (napr. Svetová banka) po vymedzenia pomerne úzke, špecifikované (napr. v našom systéme sociálnych služieb).

Svetová banka vymedzuje sociálne služby ako „služby všeobecne poskytované vládou za účelom zlepšenia životného štandardu ľudí; príkladom sú verejné nemocnice a kliniky, kvalitné komunikácie, zásobovanie čistou vodou, zabezpečenie zberu odpadu, elektrina a telekomunikácie“. Takto široké vymedzenie korešponduje s predtým uvedeným vymedzením povinných verejných služieb (Pillinger, 2001).

Častejšie sa sociálne služby vymedzujú užšie, ako osobitná súčasť v rámci kategórie verejných sociálnych služieb podľa koncepcie Pillingera (2001).

V podmienkach Slovenska je vymedzenie sociálnych služieb ešte užšie. Sú špecifikované v rámci osobitnej právnej úpravy bez explicitnejšieho prepojenia na iné typy verejných služieb (napr. v oblasti zamestnanosti, zdravotníctva, bývania/nie v zmysle „bývania“ v zariadeniach sociálnych služieb).

Rozdelenie na služby priamej práce s klientom a administratívne služby považujeme za veľmi podnetné, nakoľko umožňujú jasne vymedziť špecifiká oboch aspektov sociálnych služieb, uvedomiť si ich nevyhnutnosť a následne definovať priority v tejto oblasti.

Ponímanie sociálnych služieb v odbornej literatúre je značne problematické rovnako v teoretickej ako praktickej rovine a súvisí s uhlom pohľadu konkrétneho autora. Najvšeobecnejšie sa sociálne služby definujú (Levická, 2003, s. 99, Strieženeč, 1996, s. 200) ako: „špeciálny súbor činností, zameraných na uspokojovanie individuálnych aj kolektívnych potrieb, ktoré sa vykonávajú iným spôsobom, ako prevodom materiálnych statkov“. Iní autori (Friedläuder, Pfaffenberger, in Shilling, 1999): „Sociálne služby sa snažia pomôcť indivíduám, skupinám a spoločenským pri dosahovaní maximálneho stupňa sociálneho, duševného a telesného blahobytu“. Podľa Krupu (2003, s. 8) cieľovou skupinou sociálnych služieb je ich odberateľ. Kvalitné sociálne služby vo vzťahu k odberateľovi sú tie, ktoré riešia sociálnu situáciu odberateľa a ku ktorým odberateľ zaujíma postoj spokojnosti. Prijatie alebo neprijatie produktu sociálnej služby je nedirektívnou formou komunikácie. Komunikácia zameraná na riešenie sociálnej situácie medzi poskytovateľom a odberateľom služieb je vždy jedinečná, špecifická a výnimočná. Vstupujú do nej samostatné, slobodné, kreatívne a nezávislé osoby. Práve preto je projektovanie produktu služieb tak, aby tento vyhovoval odberateľovi, komplikovaný a zložitý proces. Výskumy poukazujú na skutočnosť, že stúpajúca alebo vysoká úroveň kvality neznamena automaticky spokojnosť odberateľa so službami. Sociálne služby projektujeme na základe sociálnych potrieb občana a tento fakt predpokladá, že služby budú riešiť sociálnu situáciu, v ktorej sa občan nachádza. Ak by sme vychádzali zo

skutočnosti, že dokážeme vždy, za každých okolností pripraviť sociálne služby, s ktorými bude odberateľ spokojný, potom by sme sa dopustili zásadného omylu (Costa, 1987, s. 299 – 306). Vzťah medzi poskytovateľom a odberateľom má teda multidimenzionálnu, zložitú povahu. Ak je vyjadrenie súboru oslovených občanov „jednofarebné“, vždy je to jeden z dôležitých signálov nebezpečenstva manipulácie, straty slobody vyjadrenia názorov. Len významné zmeny v životných podmienkach majú dočasný vplyv na vyjadrenie spokojnosti, ale aj po týchto zmenách sa po dlhšom čase dostaví pokles spokojnosti na pôvodnú úroveň hodnotenia.

Podľa autorov Felca a Perryho (1995) je možné sledovať koreláciu medzi spokojnosťou a uskutočnenými zmenami. Významný nárast spokojnosti je spravidla sprevádzaný významnými zmenami a opačne. Z uvedeného je možné vyvodiť predpoklad, že aj v prípade, keď poskytovateľ služieb ponúka priemerné alebo podpriemerné služby, môžeme získať od odberateľa pozitívne spätné väzby spokojnosti. Kvalita, resp. nízka kvalita poskytovaných služieb v tomto prípade nemusí byť v korelácii s vyjadrením nespokojnosti. Nebezpečenstvo tejto rozporupnosti medzi kvalitou a vyjadrením spokojnosti sa zvyšuje v subkultúrnych prostrediach, kde sa strácajú súvislosti s celkovým spoločenským prostredím. Tento fakt konštatujú občania aj autori (Schalock a Kleith, 1993), ktorí predpokladajú, že sociálne znevýhodnení, ktorých okolnosti, sociálny status a možnosti robia čiastočne náchylných k tomu, aby mali nízke očakávania, budú udávať skôr spokojnosť ako nespokojnosť, aj v nepriaznivých životných podmienkach.

Sociálne služby sú z pohľadu klienta významnou aktivitou, pretože mu pomáhajú zvládnuť mimoriadnu sociálnu situáciu, v ktorej sa ocitol a z pohľadu štátu ide o ekonomicky nákladnú aktivitu. Preto do oblasti sociálnych služieb patria aj otázky ich ekonomickej racionality a efektivity. Pri rozhodovaní o ich množstve a rozsahu sa uplatňujú v štáte tak nielen humanisticko – sociálne kritériá, ale zo strany štátu sú to predovšetkým parciálne hospodárske záujmy. Ekonomické kritériá veľa razy rozhodujú o zriadení či nezriadení určitej formy sociálnej služby. Ekonomická náročnosť poskytovaných služieb je natoľko závažnou otázkou, že formy a druhy sociálnych služieb, ktoré je štát povinný poskytovať na vlastné náklady, bývajú vyjadrené spravidla v legislatívnych normách konkrétneho štátu, na Slovensku je to v súčasnosti najmä zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.

Ak sa uvažuje o zriadení a poskytovaní akejkoľvek sociálnej služby, očakáva sa od štátu, že ako garant určitej kvality života všetkých svojich občanov, bude to

práve štát, kto túto službu zriadi a bude znášať náklady na jej prevádzku. Ako však zdôrazňuje Paul Spicker (in Levická, 2003, s.102) „štát nie je ani jediným, ani hlavným poskytovateľom sociálnych služieb“, pretože existuje ešte veľa možností, ktoré sa v spoločnosti v oblasti sociálnych služieb prirodzene aktivujú.

Sociálnou politikou sa zaoberajú poskytovatelia sociálnych služieb, politické strany, hospodárske zväzy, parlament a ministerstvá práce a sociálnych vecí. Sociálne služby (teda sociálna pedagogika a sociálna práca) sú chápané ako súčasť sociálnej politiky. Ako upozorňuje Shilling (1999), spôsob myslenia politikov je ale iný, ako náš. Ak sociálni pracovníci majú na mysli postihnutého človeka a jeho sociálnu situáciu, politikom ide o to, ako založiť, obhájiť, podporiť a začleniť sociálne projekty. Musia vidieť, že zámer je spojený s prijateľným programom, s realizovateľným pravidlom, s trendom, s ktorým bude verejnosť súhlasiť. Ich myslenie je taktické, do podstatných otázok sa púšťajú len ak sú nevyhnutné pre informovanosť.

Odborníci z oblasti sociálnej politiky, ktorá je rozhodujúcim článkom pre oblasť sociálnych služieb, za posledných sto rokov vypracovali veľa rôznych teórií o úlohe štátu pri realizácii sociálnych služieb. Od absolútnej zodpovednosti štátu za ich rozvoj, až po jeho riadiacu a kontrolnú úlohu. Možno predpokladať, že v súčasnosti sú za kvalitné služby považované tie, ktoré sú štandardné a bezproblémové, pričom skutočne kvalitné sú v bežnej praxi považované skôr za neoverené experimenty. Tento fakt svedčí o tom, že v odbornej verejnosti nie je vedecky vydišerovaný názor na kvalitné služby. Ak by sme hľadali dôvody uvedeného stavu, tak na prvom mieste je to nedostatočne zmapovaná teória kvality sociálnych služieb. Medzi problémy, ktoré si vyžadujú prioritné a systémové riešenia patria predovšetkým:

A/ Nadmerná váha verejných subjektov

V nedávnej minulosti sa presunuli zriaďovateľské kompetencie poskytovateľov sociálnych služieb zo štátnej správy na samosprávu a významne pribúda počet neštátnych poskytovateľov, dosiaľ však nedošlo k zmene dnešných verejných zariadení na súkromné (teda k ich privatizácii). Legislatívne a iné vzťahy medzi verejnými zriaďovateľmi subjektov sociálnych služieb nie sú dostatočne vyjasnené. Zákon relatívne podrobne upravuje jednotlivé čiastkové kompetencie v prípade, že občan sa už dostal do systému a stal sa prijímateľom služby. Žiadny orgán verejnej správy však nemá jednoznačnú zodpovednosť zabezpečiť občanovi službu, ktorú potrebuje.

B/ Limity financovania sociálnych služieb a osobitne nízke priame platby obyvateľov

Bariéry financovania sociálnych služieb sú v súčasnosti spôsobované nadmernými nárokmi na verejné zdroje (pri značnej obmedzenosti získavania verejných zdrojov) a zároveň podmienkami nastavenými na financovanie skutočných nákladov len z malej časti z úhrad od občanov za služby. Tlaky na neúmerný rast výdavkov dlhodobejšie vyplývajú najmä z pretrvávania vnútorne zabudovaných deformácií v sociálnom systéme, osobitne z prílišnej váhy vládou vynucovanej sociálnej solidarity prerozdelenia peňazí medzi ľuďmi. Garantujú sa tým sociálne „vymoženosti“ – sociálna pomoc (vrátane nej aj sociálne služby) aj tým, ktorí nie sú na túto pomoc odkázaní. Široko definované nároky sú ťažko financovateľné nielen kvôli problémom v hospodárení s verejnými financiami, ale aj kvôli nepresunutiu dostatočnej časti daní priamo na miestnu správu.

C/ Nízka technická alebo kvalitatívna vybavenosť zariadení sociálnych služieb

Väčšina ZSS je situovaná v starých, veľkokapacitných, nerekonštruovaných a pre poskytovanie sociálnych služieb vo viacerých prípadoch nevyhovujúcich podmienkach. Stav údržby je častokrát zlý, budovy sú zanedbané alebo je zanedbaný aspoň niektorý ich stavebný prvok. Počet a veľkosť izieb sú s ohľadom na počet užívateľov nevyhovujúce. Často absentujú, respektíve sú nedostatočné zariadenia typu kuchynka, či práčovňa, v ktorých by užívatelia mohli samostatne vykonávať niektoré bežné životné úkony. V ZSS nie sú dostatočne vytvorené ani podmienky na prácu a vzdelávanie klientov, čo je problém najmä pre ľahšie a stredne postihnutých z hľadiska zabezpečenia možností pre ich plnohodnotný život.

D/ Zaostávanie (úrovne) sociálnych služieb za potrebami a trendmi

Súvisí aj s predchádzajúcim problémom a je reálnym dôsledkom absencie, prípadne nedostatku pružnejších (prevažne efektívnejších a účinnejších) foriem poskytovania sociálnych služieb. Zvyčajne nie sú vytvorené dostatočné podmienky pre poskytovanie sociálnych služieb priamo v domácnostiach užívateľov a pre poskytovanie iných terénnych služieb. Platí pritom, že práve takéto služby nevytrhávajú klientov z ich prirodzeného prostredia.

Záver

Našťastie viacerí prevádzkovatelia nečakajú, kým predloží odborná verejnosť ucelenú koncepciu kvality sociálnych služieb a realizujú kvalitné služby i napriek

absencii teórie. Akcelerácia inovatívnych služieb bude v ďalších obdobiach podmienená:

- zlepšením právnych a ekonomických podmienok pre prevádzkovateľov neštátnych subjektov ako rovnocenných partnerov trhu sociálnych služieb
- urýchlením transformácie štátnych (tradične orientovaných) organizácií za spoluúčasti neštátnych subjektov a samospráv miest a obcí
- podporou výskumu a zlepšovaním kvality sociálnych služieb

Na Slovensku je pre tieto ciele dostatok schopných a odborne erudovaných mladých ľudí, absolventov sociálnej práce, sociálnej pedagogiky, psychológie, dobrovoľníkov, ktorí pri vhodných spoločenských podmienkach môžu otočiť nepriaznivý pomer kvalitných sociálnych služieb oproti tradične orientovaným sociálnym službám.

Literatúra

- [1] ABEELE, E.: 2001. *Services of general interest and Europe*. In: Die Zukunft der sozialen Dienste in Europa. Brussel, 2001, s. 90 - 95
- [2] COSTA, P.T. Jr. – McCREA, R. R. - Zonderman, A. B. : *Enviromental and dispositional influences on wellbeing: Longitudinal follow-up of American national sample, British Journal of Psychology*. 1987, s. 299-306
- [3] ĎURIČ, L. et al. 1997. *Pedagogická psychológia. Termínový a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 1997. 495s. ISBN 80-08-02498-4
- [4] FELCE, D. – PERY, J. *Quality of life: Its definition and measurment. Research in Developmental Disabilities*. 1995, s. 51-74
- [5] HEGEL, G: W., F: *Logika*. Bratislava: Vydavateľstvo SAV, 1961
- [6] HROZENSKÁ, M. a kol. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. 181s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [7] KRUPA, S.et al. 2000. *Kvalitné sociálne služby I*. Košice: Viena, 2000. 120 s. ISBN 80-88922-17-8
- [8] KRUPA, S.2003. *Kvalitné sociálne služby II*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2003. 136 s. ISBN 80-968586-5-3
- [9] LEVICKÁ, J. 2003. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: FZaSP TU, 2003. 122 s. ISBN 80-30714-30-3

- [10] LEVICKÁ, J. 2002. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: FZaSP, 2002. 267 s. ISBN 80-89074-39-1
- [11] MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- [12] PAULIČKA, I. 2002. *Všeobecný encyklopedický slovník S – Ž*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2002. 1064s. ISBN 80-7181-768-6
- [13] PILLINGER, J. 2001. *Quality in social public services*. Vydalo European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2001
- [14] SCHILLING, J. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: FZaSP TU, 1999. 272 s. ISBN 80-88908-54-X
- [15] SHALOCK, R. L.- KLEITH, K. D. 1993. : *The Quality of Life Questionare*. Ohio: IDS Publishing Co. 1993.
- [16] STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255s. ISBN 80-967589-0-X
- [17] STRIEŽENEC, Š. 1999. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: AD, 1999. 215s. ISBN 80-967589-6-9
- [18] TOKÁROVÁ, A. 2002. *Sociálna práca*. Prešov: FF Prešovskej Univerzity, 2002. s.573. ISBN 80-8068-086-8

Kontaktné údaje

Doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1, 94974 Nitra, Slovensko
e-mail: mtomka@ukf.sk

PhDr. Anna Kasanová, PhD.

Katedra sociálnej práce a sociálnych vied, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre
Kraskova 1, 94974 Nitra, Slovensko
e-mail: akasanova@ukf.sk

Priority studentského pojetí komunikace

Šárka Tomová

Abstrakt

Příspěvek se zabývá analýzou postojů studentů magisterského studia Všeobecného lékařství UK 2. LF a FN Motol k významu komunikace v ošetrovatelské péči. Mezi nejčastěji zmiňované základní komunikační dovednosti týkající se nejen ošetrovatelství patří aktivní naslouchání, schopnost empatie, umění řešit konfliktní situace a schopnost sebereflexe. Tyto jednotlivé pojmy uvádíme v souvislosti s jednotlivými fázemi komunikačního procesu a současně upozorňujeme na případná rizika související s nedokonalým zvládnutím konkrétních fází procesu dorozumívání. Analýza studentského pojetí komunikace a priorit s ní souvisejících potvrzuje naléhavost zdokonalování profesionální komunikace již na začátku studia medicíny.

Klíčová slova

Aktivní naslouchání; Empatie; Komunikační dovednosti; Neverbální komunikace; Verbální komunikace.

Abstract

The paper analyzes the basic communication skills are placed in the available literature and comparing them with the results of an exploratory survey conducted in nursing master's degree of general medicine at the 2nd Medical University Hospital Motol in Prague. The basic communication skills most often mentioned in literary sources not just for nursing include active listening, empathy, the art of solving conflict situations and ability to self-reflection. Comparing these categories with the student's communication and the concept of urgency in bringing professional care priorities for confirmation of selected units and unrepresentable space across the entire communication cycle.

Key words

Active listening; Empathy, Communication Skills, Nonverbal Communication, Verbal Communication.

“Nelze nekomunikovat. Každé chování je komunikace. A proto, že neexistuje nechování, nemůže neexistovat nekomunikace” - autorem výroku základní komunikační teorie, který vyjadřuje smysl celého procesu dorozumívání je slavný psycholog Paul Watzlawick (Mikuláščík, 2008, s.14). V každém mezilidském kontaktu dochází k uskutečnění základních kroků komunikačního cyklu, třebaže si běžně neuvědomujeme jejich důležitost. Již při vzniku sdělení jsou účastníci ovlivněni řadou faktorů, jejichž úroveň je často odlišná například zkušenosti, vzdělání, jazykové schopnosti, ale i těmi, které výrazně ovlivňují již proces vzniku zprávy například předsudky, postoje, emoční stav apod. Již v této první fázi procesu dorozumívání existuje riziko, že autor zprávy neví, co chce říci, nerozumí dané záležitosti či například neumí se dostatečně výstižně vyjádřit. Druhou následující oblastí, která v komunikačním procesu nastupuje, je vlastní zpráva. Opět verbální schopnosti jedince limitují její interpretaci, srozumitelnost, logiku předávané informace, jednoduchost a výstižnost zpracované zprávy. Rizikovými faktory v této části cyklu mohou být nejasné odborné výrazy, nevhodně zvolené paralingvistické znaky řeči či špatná struktura sdělované zprávy. Ve třetí části procesu dorozumívání je prostředkem vyjádření metoda přenosu informace. Dle svého uvážení volíme předání zamýšlené zprávy prostřednictvím různých metod. Dle J.A. de Vita (2008) má metoda „face to face“, nejen v oblasti ošetrovatelské péče, nesmírnou výhodu pro okamžitou zpětnou reakci příjemce. Z mimických projevů, gestikulace, haptiky, posturologie a proxemiky můžeme odečítat, jak je naše sdělení přijato a vnímáno, zda vznikají pochyby v přijetí nové informace nebo usoudit na souhlasné stanovisko přímo z výše uvedených projevů. Další nespornou výhodou tohoto způsobu předání zprávy je možnost vysvětlení záměru předané zprávy a okamžitá reakce na projevy příjemce. I přesto má tato část komunikačního cyklu svá rizika, která mohou být způsobena nevhodnou volbou metody předání informací. Vezmeme-li v úvahu telefonický rozhovor, sms zprávy nebo komunikace prostřednictvím sociálních sítí, je velkým rizikem zkreslení zprávy, přerušování toku informací nebo odeslání zprávy v nevhodný okamžik a na nevhodné místo. V ošetrovatelské praxi je tento způsob komunikace velmi ojedinělý, nicméně pokud bychom vzali v úvahu i tyto uvedené metody, pak je nutností velice dobře zvládat paralingvistické aspekty komunikace. Ve čtvrté části celého cyklu dorozumívání, kde je hlavní osoba příjemce, musíme brát v úvahu stejné aspekty, které druhého člověka ovlivňují, jak tomu bylo u osoby předávajícího. Vzniklá nedorozumění vznikají v této chvíli právě jinou možnou úrovní vzdělání, zkušeností, jazykovou vybaveností apod. I tato část předávání informací má svá rizika, kterými může být nedostatečná

slovní zásoba, zaměření příjemce na způsob předání zprávy ne na její obsah, soustředěnost příjemce apod. Velkým rizikem se v tomto úseku jeví situace, kdy je jiný úhel pohledu na obsah informace mezi příjemcem a odesílatelem zprávy. Poslední část celého procesu tvoří zpětná vazba tzv. feed back. Každý člověk očekává přirozeně zpětnou vazbu na informace, které dostává, jelikož mu tato pomáhá reagovat a přizpůsobit projev podle požadavků příjemce (Vymětal, 2008, s. 35). Typickou situací v této podobě je předávání zprávy a edukace pacienta například při propuštění z nemocničního zařízení, kdy je pacient poučen o nutnosti dodržování léčebného režimu, dietních opatření, pohybové aktivity apod. Není-li vytvořen prostor a umožněno pacientovi zpětně se dotázat, je komunikace neefektivní a vzniká řada nedorozumění, která mohou být zdrojem prodloužené rekonvalescence pacienta.

V jednotlivých částech komunikačního cyklu je výše uvedeno, jaká mohou být rizika v každém úseku komunikace mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Předpokladem pro odstranění rizik je umění zvládat svůj jazykový projev, ovládat význam neverbální komunikace a v neposlední řadě být příkladem svým vystupováním, chováním a jednáním. Tento úsek komunikace – tedy komunikace činem tvoří rovněž podstatnou část celkového projevu osobnosti (Mikuláščík, 2003, s. 37). Vstřícnost, upřímnost, otevřenost, trpělivost a opravdovost jsou těmi nejčastějšími pojmy, které jsou uváděny mezi laickou veřejností. Zajímalo nás, zda takto pojatou komunikaci rovněž chápe i student lékařské fakulty, který je na počátku svého studia stále ještě laikem v kontaktu s nemocným na klinickém pracovišti.

V empirické části jsme provedli dotazníkové šetření u 94 studentů výše uvedeného studia. Dotazník byl zaměřen na postoj k obecné komunikaci, na sebereflexi při zjišťování vlastních nedostatků při komunikaci a možnost osobního ohodnocení úrovně svých komunikačních schopností. Další otázka se týkala názorů studentů na komunikaci s nemocným, kde jsme zjišťovali, co považují ze svého pohledu v této komunikaci za nejdůležitější. Otázky byly otevřené za účelem zjištění, jak široké jsou vyjadřovací schopnosti studentů. Dotazník byl rozdán na začátku studia se záměrem zjistit názory na obecnou komunikaci ještě zcela neovlivněnou průběhem jejich studia a klinickou praxí.

Na otázku, ve které měl každý student uvést minimálně 5 vlastností, o kterých se domnívá, že by je člověk s dobrými komunikačními schopnostmi neměl postrádat se objevil výčet 52 vlastností. Přehledně jsme je uspořádali dle příbuznosti významu do jednotlivých skupin. Nejčastěji uvedenou vlastností (45krát) byla schopnost naslouchat. Tato vlastnost patří na žebříčku

komunikačních dovedností v ošetrovatelské péči k nejčastěji citovaným. (Křivohlavý, 1999, Zacharová a kol., 2007) Je potěšující, že tuto vlastnost chápe i začínající student jako stěžejní pro úspěšnou komunikaci. Na druhém místě je jako důležité vnímáno příjemné vystupování (40krát). Teprve na třetím místě je uvedena verbální schopnost – srozumitelnost (32krát). Vezmeme-li v úvahu, že srozumitelnost je jedním z pilířů porozumění v kontaktu lékař - pacient, je položen základní kámen k eliminaci neporozumění a nedorozumění v terapeutické komunikaci. Upřímnost (30krát), vstřícnost (25krát) byly dalšími vlastnostmi, které jsou z pohledu mladého člověka v obecné rovině komunikace výrazné. Jako poslední odpověď v této části otázky uvádíme empatii. Ta byla uvedena ve 23 případech. Je jednoznačné, že student na počátku své profesní dráhy nemá zcela osvojen význam této dovednosti, která je vrcholem v práci zdravotníků. Zde vidíme prostor pro nácvik situací a osvojování této velice žádané komunikační dovednosti. Pro dokreslení první části předkládáme některé výroky, které studenti zaznamenali a které potvrzují směr jejich vztahu ke komunikaci obecně.

„Člověk s dobrými komunikačními dovednostmi by měl být moudrý, měl by mít všeobecný rozhled, pozitivní myšlení, analytické schopnosti, bezúhonný, vyrovnaný, měl by umět ovládat své emoce. Měl by umět mlčet.“

V další části měl každý student ohodnotit známkou své komunikační schopnosti na stupnici od 1 do 5, přičemž 1 znamenala výborné komunikační schopnosti, 2 – velmi dobré, 3 - dobré, 4 – dostatečné a 5 - nedostatečné hodnocení. Hodnocením známkou 1 se ohodnotilo 6 studentů (6,38%), za velmi dobré považuje své komunikační schopnosti 28 studentů (29,79%), jako dobré hodnotí své dovednosti v komunikaci 45 studentů (47,87%). Překvapující je hodnocení komunikačních schopností ve 13 případech (13,83%) respondentů a za nedostatečné považují výše uvedené dovednosti 2 studenti (2,13%). Zde se ukazuje, že u začínajících studentů, kteří jsou na začátku svého studia je dostatečný prostor pro nácvik komunikačních dovedností a zkvalitňování výuky komunikace ve všech směrech.

Další zajímavostí našeho průzkumného šetření bylo zjištění, že 48 respondentů považuje stud za největší překážku v jejich komunikaci s okolím. Z hlediska jazykového projevu je pro 26 studentů největší překážkou hovořit srozumitelně tak, aby druhý pochopil význam informace, kterou aktér předává. Další opakovaně uváděným slabým místem v komunikaci je neschopnost vyjádřit svůj vlastní názor a trvat si na něm, smysluplnost projevu, rychlost a stručnost vyjadřování. K zajímavým patří výroky typu *„náladovost, navázání prvního*

kontaktu, poslouchám, jen když je to pro mne výhodné, skáču do řeči, nepřemýšlím, co říkám, nemám potřebu kontaktu s ostatními, sdělování nepříjemných věcí...“

Průzkumné šetření jsme uzavřeli otázkou, ve které jsme zkoumali jaká oblast komunikačních dovedností je považována studenty za nejdůležitější v kontaktu s nemocným. Různorodost odpovědí jsme utřídili do obecnějších kategorií rovněž podle příbuznosti významu slova. Nejdůležitější je dle odpovědí respondentů oblast neverbální komunikace, kterou považuje 66 studentů (tj. 70,97%) za nepostradatelnou v kontaktu s nemocným. Pouze 27 studentů (tj. 29,03%) se přiklání k verbální komunikaci, která je dle jejich názoru tou nejdůležitější. Překvapivé je ovšem zjištění, že pouze jeden student považuje obě tyto stránky komunikace za stejně důležité.

Z uvedených výsledků vyplývá zjištění, že si studenti uvědomují, které komunikační dovednosti jsou pro efektivní komunikaci v obecné rovině nepostradatelné. Ne zcela výrazného výsledku dosáhlo umění řešení konfliktních situací, které může být dáno poměrně malými životními zkušenostmi respondentů. Při komunikaci s nemocným člověkem naléhavost těchto dovedností vystupuje do popředí a objevuje se prostor pro jejich zdokonalování na základě sebereflexivního posouzení vlastních schopností v oblasti komunikace. V tomto období je stud zatím největší překážkou v navázání prvního kontaktu s nemocným člověkem. Tyto výsledky považujeme za výzvu k nabídce možnosti osvojit si a procvičit vlastní osobitý celostní projev v dorozumívání s lidmi.

Literatura

- [1] DE VITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6.vyd. Praha : Grada, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0
- [2] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2.vyd. Brno : IPVPZ, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- [3] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. dotisk 4. Praha : Grada, 2008. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
- [4] ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontaktní údaje

PhDr. Šárka Tomová

Ústav ošetrovatelství, 2. lékařská fakulta, Praha

e-mail: sarkatomova@volny.cz

Sestra na transfúznom oddelení

Jaromír Tupý, M. Tupá, Anna Lesňáková

Abstrakt

Hemoterapia (liečba transfúznymi liekmi) predstavuje významný proces v starostlivosti o pacientov s rôznymi ochoreniami. Za dobu svojej existencie prešla niekoľkými etapami. V nich sa významne menili názory na indikácie liečby krvou a jej zložkami. Pri výrobe transfúzneho lieku hrá sestra základnú rolu „výrobcu“. Jej holistickým prístupom je ovplyvnená základná podmienka aktuálneho darovania s potenciou rozvoja darcovskej základne do budúcnosti.

Kľúčové slová

Transfúzne lekárstvo, Krv, Sestra.

Abstract

Haemotherapy (treatment of transfusion medicines) means an important process in the care of patients with different diseases. For the period of its existence, has undergone several stages. They will significantly alter views on indications of blood and blood components. In the production of the transfusion medicine plays a nurse a key role of "producer". Her holistic approach is influenced by the basic condition of current development with potential expansion of donation base to the future.

Key words

Transfusion service, Blood, Nurse.

Úvod

Hemoterapia (liečba transfúznymi liekmi) predstavuje významný proces v starostlivosti o pacientov s rôznymi ochoreniami. Za dobu svojej existencie prešla niekoľkými etapami. V nich sa významne menili názory na indikácie liečby krvou a jej zložkami. Od použitia plnej krvi prevažuje v súčasnej dobe tendencia produkovať a používať zložky krvi v čo najčistejšej forme s minimálnou prímесou ostatných krvných súčastí. To má význam pre zníženie miery rizík, ktoré hemoterapiu tradične sprevádzajú.

Pri výrobe transfúzneho lieku hrá sestra základnú rolu „výrobcu“, s nutnosťou ovládania všetkých pracovných postupov a praktických vedomostí. Na druhej strane je podstatným „nositeľom“ informácií pre darcu, zdrojom priateľských a dôverných vzťahov. Jej holistickým prístupom je ovplyvnená základná podmienka aktuálneho darovania s potenciou rozvoja darcovskej základne do budúcnosti.

Diskusia o tom, že sestry tvoria dôležitý článok v poskytovaní zdravotníckej starostlivosti a bez nich by nebolo možné realizovať klinickú medicínu v praxi, je v súčasnosti bezpredmetná. Sestry sú podstatnými členkami zdravotníckeho tímu, pretože práve ony sú v najužšom kontakte s pacientmi.

V minulosti boli sestrami zrelé ženy, väčšinou dobrovoľníčky odchované Červeným krížom a vojnou. Po nich prišli na kliniky rádové sestry, ktoré síce boli ukrátené o možnosť vzdelania, no tento „nedostatok“ nahrádzali nesmernou pracovitosťou, zanietením a skromnosťou. Boli ochotné obetovať sa pre tých, ktorí ich v chorobe najviac potrebovali. Dnešné sestry sú vzdelané, niekedy však nevedia naplno využiť to, čo im škola poskytla. Úspešne uplatňovať ľudský prístup a napĺňať rolu sestry v našom transformujúcom zdravotníctve je niekedy nad ľudské sily. Navyše sestry sú viac ako inokedy vyzývané k celoživotnému vzdelávaniu, ktoré často vytvára nerovnovážny stav medzi vzdelaním a výchovou. Často sa stráca komplexný prístup sestry, čím dochádza k prehĺbeniu bariéry medzi pacientom a ošetrojúcim personálom.

Napriek zásadnému rozdielu v cieľovej skupine práce (ošetrovateľskej starostlivosti) sestry na transfuziologickom pracovisku a v ostatných zdravotníckych zariadeniach (zdravý darca – pacient) zostáva komplexný prístup sestry najpodstatnejším predpokladom darovania krvi a starostlivosti o darcu. Darca, napriek tomu že je zdravý, prináša so sebou širokú paletu názorov, problémov, záujmov alebo iných interakcií. Nesie si zo svojho prostredia určité individuálne návyky, ktoré zdravotný personál musí rešpektovať. Schopnosť prispôbiť sa intelektuálnej, duchovnej alebo osobnostnej stránke každého jedinca v podstatnej miere ovplyvňuje spokojnosť darcu s prácou sestry alebo iným personálom.

Zodpovedajúce teoretické znalosti a praktické skúsenosti na vysokej úrovni sú v tejto situácii považované ako samozrejmosť, a preto problémom môže byť

skôr prístup sestry: jej komunikatívnosť, empatia, trpezlivosť a vystupovanie. Na druhej strane zhľadom ku opakovaným darovaniam nie je zriedkavé až „rodinné“ prostredie. Darci už poznajú sestry - dôverujú im.

Komunikácia medzi darcom a sestrou je veľmi dôležitá, pretože sestra v najväčšej miere vytvára atmosféru dôvery alebo nedôvery darcu. Postoj sestry ale aj darcu ja často ovplyvnený prvým dojmom, ktorý môže mať za následok zaradenie do špecifickej kategórie podľa subjektívnych kritérií. Keď sa sestra s darcom stretáva po prvýkrát je v značnej výhode. Pozná pravidlá, miesto, kolektív. Na druhej strane je u darcu, takmer vždy pri prvoodbere, čitateľná úzkosť, strach, pocit zmätku, obavy z toho, čo ho čaká (Karpátová, 2004, Macháľková, 2008).

Celkový dojem neraz dotvára možnosť krátkeho občerstvenia, a tým aj „pobesedovania“ s ostatnými darcami alebo personálom pracoviska. Bohužiaľ, čím ďalej viac a viac, sa stretávame s inou formou občerstvenia – mimo prostredia odberov. Tento postup možno síce zjednodušuje chod transfúzneho pracoviska, no na druhej strane sa zo samostatného odberu tak stáva akási „pásová výroba“, bez možnosti spätnej väzby s donorom toho najčastejšie darovaného orgánu (bohužiaľ naša spoločnosť zabúda, že krv je orgán a každé darovanie orgánu je vlastne transplantácia).

Svetová zdravotnícka organizácia a medzinárodný výbor pre štandardizáciu v hematológii doporučujú, aby minimálne 4-6% osôb z populácie darovalo krv. Optimálne sa odporúča 6,5% podiel darcov krvi. Tento stav je však dlhodobo poddimenzovaný a z toho dôvodu je výchova k darcovstvu krvi a propagácia darcovstva rozhodujúcim článkom zvýšenia darovania krvi (Dudíková, 2005). V študii (Dudíková, 2007) je príklad známeho, ako zdroja informácií pre prvodarcov, udávaný najčastejšie. Je dôležité si uvedomiť, že tento "známy" je takmer vždy darca, ktorý opakovane daroval krvi, a tým sa aj opakovane stretol s personálom transfúzneho oddelenia - teda hlavne sestrami, ktoré jedinečne vplyvajú na jeho celkový pocit z darovania (Mertová, 2005, Sviteková, 2004).

Komercializácia výroby transfúzných liekov, zhoršujúce sa podmienky darovania darcov a nie príliš šťastné finančné ohodnotenie ceny transfúzneho lieku posúva darovanie krvi a celú transfúznu službu k nutnosti boja o prežitie. A pokiaľ veda neobjaví adekvátnu náhradu, boj o darcu ostáva na pleciach zdravotníckych zariadení, teda hlavne na pleciach sestier. Ich „zdravý“ záujem

o darcov krvi je jedinou zárukou pre možnosť adekvátnej hemoterapie, a tým zabezpečenia vhodnej zdravotníckej starostlivosti.

Manažment práce sestry na transfúznej stanici

Práca sestry na transfuziologickom pracovisku je rozdelená na niekoľko úsekov. Každá sestra je zaradená na určitý úsek, kde vykonáva presne určenú špecifickú prácu. Personál sa na úsekoch v určitých periódach mení, čím je zabezpečená komplexnosť sestry a možnosť zvládnutia všetkých odborných výkonov.

Jednotlivé úseky transfúznej stanice a špecifikácia práce sestry.

Evidencia darcov krvi

Pri príchode:

- darca sa zhlási v centrálnej evidencii darcov krvi (musí mať preukaz totožnosti - občiansky preukaz, kartu poistenca, prípadne preukaz darcu - ak už daroval)
- sestra overí totožnosť darcu
- prideli mu odberové číslo s čiarovým kódom
- vystaví mu sprievodný list k odberu (dennú kartu)
- zaeviduje darcu v počítačovej databáze darcov krvi
- pri prvodarcoch vypíše novú kartu

Po skončení odberu:

- sestra si overí či bol uskutočnený odber krvi u príslušného darcu
- vyplatí darcovi cestovné náklady (okrem darcov s trvalým pobytom v meste, kde sa odber realizoval)
- potvrdí odber v počítačovej databáze
- na niektorých transfúzných staniciach vydá stravnú jednotku za darovanie krvi (gastrolístok)
- po skončení odberov, pre štatistické účely, vytlačí denný sumár všetkých darcov krvi z uvedeného dňa

Sestry v evidencii sú zodpovedné za dostatočné množstvo zásob krvných prípravkov jednotlivých krvných skupín. Podľa aktuálneho stavu krvnej banky kontaktujú darcov za účelom darovania.

Pri objednávaní darcov musia poznať obmedzenia darovania krvi (v prípade pochybností kontaktujú lekára) aby vylúčili darcov so zdravotnými problémami,

eventuálne upresnili možné termíny darovania krvi po krátkodobom vyradení z darcovstva, chorobe alebo inej skutočnosti (Vyhláška MZ SR 333/2005, Kubisz, 2008, Gulášová, 2006).

Predodber

Pri predodbere sestra overí:

- totožnosť darcu ku sprievodnej dokumentácii
- zmeria krvný tlak
- vykoná odber krvi na vyšetrenie krvného obrazu
- odmeria a zapíše hodnoty nameranej telesnej teploty
- v prípade pochybností odváži darcu
- skontroluje, či má darca krvi vyplnený dotazník určený darcom krvi

Odber

Po vyšetrení darcu krvi a potvrdení jeho možnosti odberu lekárom nasleduje samostatný odber krvi v odberovom boxe - odberovej sále.

Sestra:

- overí si totožnosť darcu
- označí odberové vaky čiarovým kódom spolu s odberovým číslom
- zaeviduje evidenčné číslo vaku pre príslušný odber
- vykoná samotný odber, pričom dodržiava stanovené podmienky pre jednotlivý odber (miesto vpichu, dĺžka odberu, plnenie vaku a miešanie s antikoagulantom)
- pred ukončením odberu, odoberie vzorky krvi na vyšetrenie hepatálneho markeru, serologického vyšetrenia (ak nie sú už odobraté pri predodbere), krvnej skupiny a skríningu protilátok
- zapíše dátum, odobraté množstvo, číslo váhy
- zistené skutočnosti potvrdí podpisom do sprievodného listu - dennej karty, dotazníka krvi a preukazu darcu
- počas odberu poučí darcu o ďalšom možnom odbere, životospráve, eventuálne odpovie na otázky darcu ohľadom transfúziológie
- v prípade vzniknutých komplikácií počas odberu alebo po odbere poskytne darcovi predlekársku prvú pomoc a privolá lekára
- pokiaľ vznikne z nejakých príčin komplikácia (zdravotný problém, kolaps, cievna komplikácia a podobne) v dôsledku, ktorého nemôže ukončiť odber, sestra urobí do dokumentácie presný záznam o nezhodách pri odbere

- po ukončení odberu sestra vykoná starostlivosť o pomôcky (dezinfekcia...)

Úsek odberového boxu je najdôležitejší z hľadiska bezpečnosti darcu aj vstupu produktu do výroby. Sestra nesmie zabudnúť na všetky zásady správneho odberu zahrňujúce adekvátnu dezinfekciu a dodržanie sterility. Pre každý odber je potrebné vybrať si tú správnu žilu, nakoľko počas odberu už nie je možné meniť žilný vstup. Je potrebné dodržanie objemu výrobku (sestra je upozornená aj akusticky odberovými váhami) nakoľko vo vaku je presné množstvo protizrážanlivého prostriedku, úmerného k presnému objemu odobratej krvi (450 ml). Sestra musí dôsledne skontrolovať identifikačné údaje aby predišla nožnej zámene darcov (darci v príbuzenskom vzťahu, syn – otec atď.), zámene skúmaniek eventuálne krvných vakov.

Počas celého odberu sa sestry snažia pozitívne vplývať na darcu krvi a komplexnou starostlivosťou čo najviac optimalizovať podmienky na darovanie (Vyhláška MZ SR 333/2005, Kubisz, 2008, Gulášová, 2006, Slížová, 2003).

Občerstvenie darcov krvi

Aj keď darovanie krvi je bezpríspevkové, každý darca má nárok na občerstvenie po darovaní krvi. Trendom Národnej transfúznej služby je riešiť to stravovacími lístkami v náležitej hodnote. Toto riešenie je bezproblémové z hľadiska transfúznej služby (vzhľadom k množstvu darcov a nedostatku kapacít). Otázkou je však, do akej miery je výhodné aj pre darcu?

Menšie transfúzne oddelenia zabezpečujú občerstvenie vo vlastných zariadeniach - v priestoroch transfúzných oddelení na to vyčlenených. Darca síce nemá možnosť výberu, avšak jeho dlhším pobytom na transfúznej stanici a zabezpečením stravy a tekutín sa znižuje možnosť potransfúznych ťažkostí (ku kolapsu môže dôjsť aj neskoršie). V neposlednom rade má darca aj možnosť určitého spoločenského uplatnenia, konverzácie s ostatnými darcami, personálom, nadviazania nových kontaktov a známostí. Darci majú priestor vzájomne sa informovať a odovzdať si skúsenosti.

Spracovanie odobratej krvi – výroba krvných prípravkov

Po skončení odberu sa musí krv do šiestich hodín spracovať. Ide o náročnú činnosť a vzhľadom k finančným možnostiam nemocníc a transfúzných staníc, často túto činnosť realizujú tie isté sestry, ktoré boli predtým na odberoch.

Pracovný postup je nasledovný:

- centrifugácia
- odsatie plazmy od erytrocytovej masy
- zatavovanie vakov
- stanovenie hmotnosti/objemu a zaevidovanie do počítačovej databázy
- šokové zmrazenie plazmy
- navesovanie štítkov
- uskladnenie krvných prípravkov

Tento úsek pracoviska sestry často hodnotia ako najnáročnejší. Sestra tu skôr vystupuje ako technicky zdatný jedinec, ktorý obsluhuje zložité prístroje, a preto sú na ňu aj kladené iné nároky. Množstvo krvných prípravkov sústredených na jednom mieste si ešte viac vyžaduje dôslednú kontrola krvných vakov a jednotlivých údajov. Len zhodnosť s konečným krvným štítkom a negatívnymi laboratórnymi hodnotami dáva príjemcovi istotu v bezpečnej transfúzie (Gulášová, 2006, Kubisz, 2008, Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 333/2005).



Obr. 1. Rôzne etapy spracovania krvi (zdroj autor).

Predpoklady plnohodnotnej sestry na transfúziologickom oddelení

Profesionálnosť v príprave transfúzných liekov vyžaduje komplexnosť sestry. Na jednej strane dominantné postavenie vo vzťahu k darcom, na druhej strane technická erudícia v zložitej príprave - to sú výstupy, pre ktoré musí sestra mať určité predpoklady. Je takmer nemožné ich všetky zhrnúť a rozdeliť, a preto nižšie uvedený návrh rozdelenia (osobné, teoretické, praktické) a jeho jednotlivé body predkladá len základné náčrty.

Osobné vlastnosti:

- vzájomný rešpekt a dôvera
- pochopenie, empatia a spolupráca
- vzájomné zdieľanie informácií prostredníctvom dobrých komunikačných schopností
- byť prístupný a otvorený
- byť dobrým poslucháčom a pozorovateľom
- vlastniť dobré medziľudské a komunikačné zručnosti
- mať otvorené a efektívne pracovné vzťahy
- mať pozitívny postoj k sebe i iným
- pripravenosť poskytnúť pomoc a pozitívnu podporu
- schopnosť profesijného rozvoja a zručností
- schopnosť zručností v riešení problémov

Teoretické poznatky:

- zásady správnej výrobnjej praxe v transfúznej službe, požiadavky na kvalitu a bezpečnosť krvi, krvných liekov z nej pripravených podľa národných a medzinárodných predpisov
- systém a metódy zabezpečenia a hodnotenia kvality transfúzných liekov vrátane dokumentácie a auditov
- podmienky pre spracovanie a uchovávanie humánnej krvi, plazmy a transfúzných liekov
- systém spätného dohľadania údajov o darcoch alebo príjemcoch
- monitorovanie kvality a vedomosti potrebné na vybavenie transfúzneho pracoviska spĺňajúceho zákonné požiadavky

Praktické zručnosti:

- metódy spracovania odobratej krvi a plazmy
- praktická príprava jednotlivých druhov transfúzných liekov
- praktické ovládanie a zabezpečenie funkčnosti prístrojov a zariadení
- označovanie a uchovávanie transfúzných liekov
- kontrolné mikrobiologické metódy a ich využitie pri monitorovaní kvality v transfúziológii
- vyhotovenie a vedenie dokumentácie - hygienický a sanitárny režim, systém auditov, príručka kvality pracoviska
- štatistické vyhodnotenie a spracovanie výsledkov kontroly kvality transfúzných liekov

(Certifikačný študijný program, 2005, Vokurka, 2005)

Záver

Krv nie je tekutina. Je to transplantačný orgán so všetkými imunohepatologickými súvislosťami. Tým že je „zadarmo“ je často jej význam dehonestovaný a práca sestier s darcami v spoločnosti nezaujímavá. No napriek týmto skutočnostiam len snaha o zlepšenie výsledkov môže priniesť svetlejšiu budúcnosť na poli transfúziológie a vynesie krv do zreteľa ostatných.

Aj keď súčasné technologické možnosti ponúkajú množstvo výhod a uľahčení, ostáva sestra jedným z rozhodujúcich článkov prípravy transfúzneho lieku. Výborné teoretické aj praktické znalosti jej umožňujú rozvíjať i ostatné prednosti sesterského povolania a jej prístup môže v podstatnej miere ovplyvniť darcu pri ďalšom zvažovaní odberov.

Literatúra

- [1] CERTIFIKAČNÝ ŠTUDIJNÝ PROGRAM PRE CERTIFIKOVANÚ PRACOVNÚ ČINNOSŤ: Zabezpečenie kvality transfúzných liekov. Vestník MZ SR Ročník 53. Júl 2005. [online]. [cit. 2010-03-11]. Dostupné z: <<http://www.hematology.sk/modu/les.php?name=News&file=print&sid=36> ZABEZPEČOVANIE KVALITY TRAN SFUZNYCH LIEKOV>.
- [2] DUDÍKOVÁ, M.: Jak získat nového dárce krve? XXI. *Olomoucké hematologické dny s mezinárodní účastí, 29. května - 2. června 2007, Olomouc, 2007, Sborník abstrakt.* s. 58.
- [3] DUDÍKOVÁ, M., TESAŘOVÁ, E., VOKŘINKOVÁ, P., NENIČKOVÁ, M.: Výchova k darcovství krve. XIX. *Olomoucké hematologické dny s mezinárodní účastí, 15.-18. června 2005, Olomouc, 2005, Sborník abstrakt.* s. 34. ISBN 80-7346-051-3.
- [4] GULÁŠOVA, I.: Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovatel'stve II. diel. Kapitola 4. Manažment práce sestry v národnej transfúznej stanici. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, 2006, 206 s., ISBN 80-8075-121-8.
- [5] KARPATOVÁ, J.: Spokojenost pacientů s komunikací sester. XVIII. *Olomoucké hematolgické dny s mezinárodní účastí, Olomouc, 2004, Sborník abstrakt.* s. 14.
- [6] KUBISZ, P. et al. Hematológia a transfuziológia. Bratislava, Grada Publishing, 2006, 324 s., ISBN 80-8090-000-0.

- [7] MACHÁLKOVÁ, L.: Charakteristika pracovnej zátěže v profesní skupině všeobecná sestra. *XXII. Olomoucké hematologické dny s medzinárodní účastí. Olomouc, 2008. Sborník abstrakt.* s. 28.
- [8] MERTO VÁ, J., LERLO VÁ, A., GAŠOVÁ, Z. a kol: Průzkum spokojenosti dárců krve - anketa. *Transfúze a hematologie dnes.* 2005, 11, No. 3, s. 122-124.
- [9] NENIČKOVÁ, M.: Reakce na odběr krve u dárců v závislosti na věku a pohlaví. *XIX. Olomoucké hematologické dny s medzinárodní účastí, 15.-18. června 2005, Olomouc, 2005, Sborník abstrakt.* s. 83. ISBN 80-7346-051-3.
- [10] SLÍŽOVÁ, K.: Darcovstvo krvi. *Sestra, odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo*, 2003, č. 6, s. 28.
- [11] SVITEKOVÁ, K., MARTINKLA. J.: Názorová sonda darcov krvi – výsledky anonymnej ankety. *Transfúze a hematologie dnes.* 2004, 10, No. 3, s. 114-117.
- [12] TESAŘOVÁ, E., FABIÁNOVÁ, D., PEJCHALOVÁ, A., KUBEŠOVÁ, B.: Hemoterapia a její bezpečnost. *Vnitřní lékařství.* 2005, 51, No. 7-8, s. 900-904.
- [13] TRANSFUSION TRAINERS/NURSES. [online]. [cit. 2011-03-12]. Dostupné z : <[http:// www. health. vic. gov au/ best/tools/nurses.htmhttps](http://www.health.vic.gov.au/best/tools/nurses.htmhttps)>.
- [14] TUPÝ, J.: Příprava transfúzného lieku - história, súčasnosť, úloha sestry. *Zdravotnícke štúdie*, 2010, roč. III, č. 2, s. 54-58. ISSN 1337-723x
- [15] TUPÝ, J.: Zásady správnej praxe prípravy transfúzných liekov. *Konferencia s medzinárodnou účasťou. Ružomerské zdravotnícke dni V. Ročník : Nové poznatky v oblasti medicínskych vied, ošetrovatel'stva a vojenského zdravotníctva, Ružomberok 11.-12.11.2010*, Zborník konferencie. s. 53-55, ISBN 978-80-8084-629-9 (CD).
- [16] VOKURKA, S. et al.: *Ošetrovatel'ské problémy a základy hemoterapie.* Praha, Galén 2005, 140 s., ISBN 80-7262-299-4.
- [17] VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY č. 333/ 2005 Z.z. zo 6.júla 2005 o požiadavkách na správnu prax prípravy transfúzných liekov, s. 3389-3408.

Kontaktné údaje

MUDr. Jaromír Tupý
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: tupyj@uvn.sk

Využitie combofitu v rehabilitácii skolióz

**Magdaléna Varcholová, Elena Žiaková,
Stanislava Klobucká**

Abstrakt

Cieľom práce je overenie možnosti terapiou combofitom ovplyvniť postavenie držania tela u skolióz. Práca rozoberá vplyv terapie na chrbticu, na rozsah pohyblivosti chrbtice. Popisuje terapeutický prístroj combofit Giger MD a prácu s týmto prístrojom. Vplyv combofitu je rozobraný v piatich kazuistikách. Práca sa zaoberá vplyvom terapie combofitom na držanie postúry a rozsah pohyblivosti chrbtice u probantiek so skoliózou v adolescentnom veku. Výsledky kazuistík poukázali, že terapia prístrojom combofit Giger MD ovplyvnila rozsah pohyblivosti chrbtice u probantiek so skoliózou a taktiež pozitívne ovplyvnila aj držanie tela.

Kľúčové slová

Skolióza, combofit, terapia combofitom, postúra, rozsah pohybu

Úvod

V dnešnom uponáhľanom svete, kde máme málo času na pohybové aktivity a pri prevažne sedavom spôsobe života, je hlavne u detí v adolescentnom veku, čoraz častejšou diagnózou skolióza.

Skolióza je porucha chrbtice, pri ktorej dochádza k vychýleniu a deformácii chrbtice nielen vo frontálnej ale aj v transversálnej rovine. Dochádza k rotácii a torzii stavcov, vzniká asymetria hrudníka a rebier (1).

Práve u detí so skoliózou sme chceli využiť terapiu prístrojom combofit Giger MD. Jedná sa o terapiu na prístroji, ktorý svojou prácou posilňuje svaly v skríženom modeli štvornožkovania. Dochádza k uvoľňovaniu skrátených svalov a k posilňovaniu oslabených svalov. Všetku vykonanú prácu si probanti kontrolujú pomocou biofeedbacku, ktorý je k terapeutickému prístroju pripojený. Aby to nebola iba statická záťaž, posadili sme probantky na fitloptu.

Chceli sme overiť v praxi, do akej miery dokáže combofit ovplyvniť liečbu skolióz. Skolióza má za následok množstvo ďalších porúch, ktoré v organizme vznikajú, či už ide o dýchacie problémy, alebo problémy prameniace z bolestí

chrbtice, prípadne bolesti hlavy a kĺbov z dôvodu skoliózy. Chceme využiť správnu postúru, aby sme eliminovali patologické skoliotické držanie tela a následne zmeny organizmu.

Materiál a metódy

Etiológia skoliózy je neznáma. Vznik a progresia úzko súvisia s vývojom. Zvlášť nebezpečné pre odštartovanie a vznik skolióz je obdobie akcelerácie rastu.

Telá stavcov rastú na konkávnej strane pomalšie ako na strane konvexnej. Týmto dochádza k rotácii chrbtice a torzii stavcov. To všetko je spojené s lordotizáciou chrbtice (2).

V etiopatogenéze sa uvádza celý rad faktorov. Ako najčastejší faktor sa popisuje vertikálne preťaženie chrbtice a následná svalová nerovnováha. Ďalej to môžu byť kontraktúry rotátorov na konvexnej strane, kontraktúra svalov konkávnej strany, nerovnováha medzi mm. erectores trunci a silnejšími brušnými svalmi. Aj oslabenie svalov hlbokaj vrstvy chrbtového svalstva môže byť spojené so vznikom skoliózy s konvexom k strane oslabených svalov (3).

Taktiež vznik skoliózy môžu mať za následok rôzne príčiny:

- genetické, neurogénne
- traumatické
- poruchy cievneho zásobenia
- metabolické poruchy
- kongenitálne tvarové zmeny skeletu a podobne.

Veľmi dôležitou úlohou je schopnosť organizmu reagovať na niektoré podnety vybočením chrbtice a vznikom štrukturálnych zmien, ktoré toto vabočenie fixujú. Abnormality pravdepodobne spúšťajú celý komplex procesov, ktoré sú spojené s facilitáciou a šírením tejto poruchy (3).

Terapeutické zariadenie Giger MD má viac ako 20 ročné skúsenosti v oblasti vývoja nových rehabilitačných a terapeutických programov po celom svete. Využíva prácu svalov ramien, chrbta, brucha, nôh a iných, viac než 95% nezávislých svalov. Výkon (energia) je prenášaná z jednej skupiny svalov na iné.



Terapeutické zariadenie Giger MD (<http://www.gigermd.com>)

Giger MD je medicínsky prístroj, kde sa pacient dostáva do takej pozície, že všetky štyri končatiny (horné aj dolné) spolu kinematicky súvisia. Prístroj používa cyklické vzorce, ktoré riadia pohyb ramien, nôh chrbta a brucha koordinovane. Pacient zvyšuje výkon tým, že odstraňuje vplyv gravitácie. Spočiatku sú pohyby ťažké, najmä pre osoby s neurologickými nedostatkami. Giger MD – combofit je pripojený na biofeedback. To znamená, že spätná väzba je poskytovaná prostredníctvom pripojenia pacienta umiestneného na combofit k počítaču. V Giger MD zariadení sa využíva rytmický, koordinovaný pohyb nôh, ktorý stimuluje mozgový kmeň, zatiaľ čo pohyb rúk stimuluje motorickú kôru centrálného nervového systému. Špirálovitý pohyb tela ako celku zasa aktivuje lokomočné centrá v mieche. S nastavením vysokej brzdnaj sily môžeme kontinuálne vyprodukovať silu viac ako 200 Wattov. Nízka brzdná sila slúži na zahriatie svalov, šliach a kĺbov.

Kľuky na ruky a nohy kinematicky nadobúdajú rôzne rýchlosti. Pohyb je symetrický, harmonický a koordinovaný. Sila je rovnomerne rozložená a je možné

pracovať smerom vpred a vzad (rotácia). Otrasy absorbujúca poloha sedenia na lopte podporuje fyziologickú polohu tela.

Giger MD (combofit) bol navrhnutý podľa tzv. škrupinovej technológie. Ide o technológiu akou sú navrhnuté monoposty Formule F1. Vonkajší tvar spĺňa prevádzkové zaťaženie. Nie sú k dispozícii žiadne zbytočné plastové káble. Ide o najnovšiu generáciu high – tech výrobkov v oblasti liečebných zariadení.

Technické údaje

Výška combofitu je 1,3 m, šírka 0,8 m a hĺbka je 1 m. Je absolútne tichý, variabilný s LED displejom a pripojením na osobný počítač. Giger MD combofit je produkt švajčiarskej kvality.

Softvér obsahuje: osobné údaje, zobrazenie výkonnosti ako kategórie, watt, počet rotácie, rýchlosť, pulz, zlepšenie (pokrok). Prepojenie Giger MD s osobným počítačom je zabezpečené prostredníctvom CD pre Windows 95/98/ME/2000/XP.

Spôsoby vykonávania terapie

V sede na lopte, alebo na stoličke dochádza k tomu, že ramená uvoľňujú nohy, nohy uvoľňujú ramená, chrbát a krk. Cvičenie vykonávané nohami a rukami pomáha zlepšiť činnosť srdca a krvný obeh. Flexibilita cvičení sa docieľa keď sa postavíme. Ak pacient nevie udržať rovnováhu v sede, je možné ľahnúť si na chrbát a Giger MD prevaliť nad pacienta. Pomocou upínacej tyče docielime stabilitu combofitu, aby nedošlo k poraneniu pacienta. Každé cvičenie sa môže vykonávať dopredu a vzad, s dvomi spôsobmi uchopenia a to zhora a zospodu. Giger MD prístroj s impulznou terapiou dáva možnosť korigovať telesné poruchy pomocou reorganizácie (znovu naučenia). Pomáha pacientovi využívať správne pohybové stereotypy a tým dochádza k zlepšeniu funkčných schopností. Giger MD terapia ponúka pacientovi podobné výhody ako plávanie, bicyklovanie a beh. Znižuje gravitačnú záťaž a hydrostatický tlak na kardiovaskulárny systém.

V tomto, prakticky bez gravitačnom stave tonus svalov sa dostáva do optimálneho stavu a pacient sa môže koncentrovať na koordinovanie pohybu jednotlivých svalových skupín. Dokáže vedome riadiť pohyby a prispôbovať svoju námahu až k hraniciam aktivity.

Práca proti mechanickému odporu zvyšuje svalovú silu, čo je vítané u pacientov trpiacich metabolickými poruchami. Rôzne variácie sedenia alebo ležania pri vykonávaní terapie umožňujú aj nácvik stability trupu a vyťahovanie skrátenejších svalov.

Veľmi dôležitou a neoddeliteľnou súčasťou je aj reorganizácia a reedukácia stereotypov, a to stále sa opakujúcimi rytmickými pohybmi, ktorými dochádza k zafixovaniu si ich v mozgu (<http://www.gigermd.com>).

Metódy výskumu

V práci sme využili anamnézu, vyšetrenie stoja aspekciou, vyšetrenie pohyblivosti chrbtice a funkčné vyšetrenie, vyšetrenie skrátených svalov.

Probantky sme sledovali počas ambulantnej liečby, dvakrát týždenne v celkovom počte desaťkrát.

Ako fyzioterapeutický postup sme zvolili liečbu combofitom. Na zhodnotenie úspešnosti tohto terapeutického postupu sme vykonali kontrolné vyšetrenia a merania súvisiace s funkčnými zmenami po uplynutí liečby.

Výsledky

	Probant č. 1	Probant č. 2	Probant č. 3	Probant č. 4	Probant č. 5
Stiborova skúška	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 3 cm	nezmenená	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm
Schoberova skúška	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 0,5 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm
Thomayerova skúška	zlepšenie rozsahu pohybu o 12 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 7 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 8 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 13 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 11 cm
Skúška lateroflexie vľavo	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	nezmenená	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	nezmenená	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm
Skúška lateroflexie vpravo	zlepšenie rozsahu pohybu o 7 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 5 cm
Ottova inklináčna skúška	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 0,5 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 0,5 cm
Ottova reklinačná skúška	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1,5 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	nezmenená	zlepšenie rozsahu pohybu o 0,5 cm
Dĺžka trupu a hlavy v sede na stoličke	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 4 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 3 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 1 cm	zlepšenie rozsahu pohybu o 2 cm

Záver

Prácou chceme poukázať na využitie ďalšej terapie pri diagnóze skolióza. Terapeutický prístroj combofit Giger MD sa nám zdal ideálnym riešením pre probantky s touto diagnózou, keďže doterajšia liečebná telesná výchova neovplyvnila dostatočne postúru týchto dievčat. Ich cvičenie doma bolo predtým nedostatočné a to nás priviedlo na myšlienku využiť toto terapeutické zariadenie. Prístroj combofit Giger MD funguje na princípe lokomócie štvornožkovania, čím sme ovplyvnili hlavne svaly probantiek, ktoré sú zodpovedné za celkové držanie tela. Využili sme aj prídavné zariadenie combofitu – feedback a softvér, ktorý zaznamenáva prácu svalov a probantky kontrolovali terapiu na monitore počítača. Zdokonaľovali svoju sústredenosť a snažili sa pracovať s postúrou čo najideálnejšie. Počet sedení bol desaťkrát o frekvencii dvakrát týždenne. Aj keď bol niekedy časový odstup medzi terapiami väčší, probantky si zapamätali pamäťový vzorec ideálneho štvornožkovania a tým dochádzalo k skvalitneniu držania tela, k uvoľneniu skrátenejších svalov a k posilňovaniu oslabených svalov. Následkom toho bolo aj zlepšenie rozsahu pohyblivosti chrbtice.

Terapia combofitom Giger MD ich natoľko zaujala, že chcú v tejto terapii pokračovať. To je v prípade niektorých probantiek, ktoré boli negativisticky naladené pred začatím terapie, veľký úspech. Probantky sa síce po jednotlivých sedeniach cítili unavené, ale boli nadšené, keď došlo ku kontrolám grafu na monitore počítača. Prístroj combofit Giger MD nemal len úlohu čiste zameranú na svaly, ale pomohol našim probantkám aj po psychickej stránke. Naučili sa viac ovládať a pracovať so svojou postúrou. Preto chceme túto terapiu combofitom Giger MD využívať aj naďalej pre skvalitnenie terapie pacientov s diagnózou skolióza.

Literatúra

- [1] Hromádková, J.: Fyzioterapie, Editor 1999. ISBN 80-86022-45-5
- [2] Vojtaššák, J. Ortopédia. 2. preprac. vyd. Bratislava, Litera Medica, 2000. ISBN 80-88908-61-2
- [3] Véle, F.: Kineziologie pro klinickou praxi. 1 vyd. Praha, Grada Publishing, spol. s r. o., 1997. ISBN: 80-7169-256-5

Kontaktné údaje

Mgr. Magdaléna Varcholová

MUDr. Stanislava Klobucká

RC Harmony n. o., Kudláková 2, Bratislava 841 01

Elena Žiaková

SZU Bratislava FO a ZOŠ, Limbova 12

Vybrané psychologické aspekty u nemocných s PEG

Markéta Vojtová

Abstrakt

Miniinvasivní zákrok, jakým je PEG, je zákrokem, který je bezesporu velmi účelný a pro pacienty velice prospěšný. Bohužel se zde ale skrz medicínský pohled zapomíná na psychosociální aspekty, které mohou být se samotným zavedením a se "soužitím" s PEG spojeny. Vyhledání a popis některých psychosociálních aspektů bylo výzkumným záměrem mé disertační práce.

Prezentace se tedy snaží částečně shrnout dosavadní výsledky výzkumu – epidemiologická data (věk, pohlaví), indikaci, léčbu základního onemocnění, odesílající pracoviště. Z psychosociálních aspektů jsem se zaměřila na oblasti života, ve kterých by nemocní mohli být implantovaným PEG omezeni (společenský styl, zájmy, sport, osobní hygiena atd.), finanční situaci, úroveň edukace atd.

Klíčová slova

Gastrostomie - výzkum - enterální výživa – indikace.

Úvod

Výživa nemocných cestou PEG (Perkutánní Endoskopická Gastrostomie) je v dnešní době velice užívaným způsobem výživy nemocných. Nárůst, který tato metoda zaznamenala v posledních 20 letech, svědčí o oblíbenosti tohoto elegantního způsobu nutrice. V naší republice je tato metoda využívána teprve od 90. let 20.století. Poprvé byla však realizována již v roce 1979 pediatrem dr. Gaudererem v univerzitní nemocnici v Clevelandu, který PEG zavedl 4 měsíčnímu kojenci. [1] V současnosti jsou k zavedení PEG indikováni Ti nemocní, kteří jsou již malnutriční nebo kteří jsou v riziku vzniku malnutrice. Indikující je také časové kritérium, a to změna v nutrici delší než 6 týdnů. Psychosociální aspekty nemocných s PEG je výzkumný záměr mé disertační práce. K cílům patří identifikace epidemiologických dat, indikace, terapie základního onemocnění, délka přežití nemocných s PEG. Z psychosociálních aspektů je to kupříkladu finanční situace nemocných a její změna po zavedení a během trvání PEG, psychické rozpoložení nemocného před zákrokem a po zavedení PEG, obavy týkající se péče o PEG, úroveň edukace nemocných v péči o PEG atd.

Materiál a metody

Předmětem zkoumání byli nemocní s nově zavedeným PEG a následné sledování ve 3 měsíčních intervalech po celou dobu trvání PEG. Informace byly získávány pomocí dotazníku. U většiny nemocných bylo vyplnění dotazníku spojeno s osobním rozhovorem. Pro první kontakt s nemocným sloužil poměrně obsáhlý dotazník, který čítal 56 položek + položka zjišťující tělesnou hmotnost a výšku respondenta. Po prvních 3 měsících následovat další kontakt s nemocným, v tomto případě buď korespondenčně nebo telefonicky řízeným interview. Dotazník pro zjištění dat po 3 měsících obsahovat 20 položek + položka zjišťující hmotnost nemocného. Po 6 měsících od zavedení PEG a následně pak každý 3.měsíc byla data získávána 3.typem dotazníku, který obsahoval celkem 17 položek.

Výzkum byl prospektivní, důvodem byl fakt, že návratnost dotazníků prvního typu zaslaných poštou byla mizivá. Respondenty byli nemocní, kterým byl PEG zaveden na endoskopickém oddělení fakultní nemocnice Hradec Králové v období 12/2007 – 6/2010. Celkový počet všech nemocných byl 270, pouze 72 nemocných se zahrnutím do výzkumné skupiny souhlasilo a splňovalo kritéria pro zařazení do této skupiny. Vše je podloženo informovaným souhlasem, který nemocní podepisovali při prvním kontaktu.

Data získaná z dotazníků byla pro potřebu této prezentace zpracována pomocí jednoduché popisné statistiky – aritmetický průměr, rozptyl, standardní odchylka, medián, maximum, minimum a relativní četnost.

Výsledky a diskuze

Soubor respondentů čítá 72 osob, počet respondentů se ale s prodlužující se dobou od zavedení PEGu dále snižuje a např. po 24 měsících od založení je to pouze 1 respondent.

Dle pohlaví je ve skupině sledovaných nemocných 70,8% mužů, ve skupině nesledovaných nemocných je to 60,6% mužů. Věkové složení respondentů výzkumné skupiny bylo následující – aritmetický průměr 59,55 let; maximum 78,91; minimum 22,27; medián 57,96; rozptyl 56,63; standardní odchylka 10,22. V nesledované skupině byl aritmetický průměr 65,51 let; maximum 95,59; minimum 20,92; medián 65,26; rozptyl 75,3; standardní odchylka 14,96.

13 nemocných ze sledované skupiny zemřelo, 17 nemocným byl PEG zrušen na základě indikace nutricionisty. Budeme-li hodnotit celkovou dobu, po kterou nemocný žije s PEG, jedná se pak průměrně o 9,25 měsíce (minimum 0,26, maximum 31,05); medián 7,02; rozptyl 30,79 a standardní odchylka 8,327.

Nejčastější indikující klinikou byla klinika onkologická, následně pak ORL a stomatologická. Indikaci pak byla nejčastěji orofaciální malignita (pacienti onkologické, ORL a stomatologické kliniky), u pacientů z nesledované skupiny to bylo naopak neurologické onemocnění, nejčastěji cévní mozkové příhody a degenerativní onemocnění mozku.

Bohužel stálým problémem našeho zdravotnictví je nedokonalá edukace nemocných. Dle získaných dat považovalo 97,8% nemocných edukaci lékařem před zákrokem za dostačující a srozumitelnou.

Vzhledem k tomu, že PEG mívají nemocní implantován delší období, bývají tito nemocní s PEG propouštěni do domácího prostředí. Je tedy nutné, aby byli v péči o gastrostomii náležitě edukováni. 84,1% respondentů bylo před dimisí náležitě a srozumitelně poučeno o péči a ošetřování gastrostomie. 27 nemocných uvedlo jako edukátora zdravotní sestry, 8 nemocných edukoval lékař/ka, 3 nemocné nutriční terapeut, 1 nemocný edukován nebyl vůbec (vše „odkoukal“ od spolupacientů), 1 nemocný uvedl, že byl edukován sestrou, lékařem i nutričním terapeutem, a 4 nemocní byli edukováni sestrou a lékařem.

Dotazníky také obsahovaly položky, zjišťující subjektivní názor na finanční situaci nemocných a případné změny po zavedení PEG oproti situaci před implantací. Většina nemocných byla před implantací spokojena a spíše spokojena se svojí finanční situací. Po implantaci pak většina nemocných uvádí, že finanční situace se vlivem PEG nijak nezměnila. Zde se spíše jedná o změny způsobené základním onemocněním – hospitalizace, náklady spojené s léčbou a s pracovní neschopností.

Závěr

Masivní rozmach ve využívání gastrostomie u pacientů širokého věkového i indikačního spektra je ovšem spojen s řadou etických otázek – kdy je ještě zavedení PEG pro nemocného opravdu prospěšné a kdy již nemocného vlastně samotným výkonem “trápíme” a “jdeme” proti přírodě. Typickým případem je stařenka s Alzheimerovou chorobou indikovaná kvůli neochotě polykat k implantaci PEG.

Implantace PEG je miniinvazivním výkonem, ovšem i tak je spojena s řadou možných komplikací. [1,2,3] V souboru mých pacientů se nejčastěji vyskytovaly časně komplikace (vzniklé do 30. dne od implantace) – ve 38%, pozdní se vyskytly pouze u 2 respondentů. Z hlediska typu se jednalo o nezávažné komplikace – leak, bolesti břicha, ve 2 případech to byl burried bumper syndrom.

Literatura

- [1] Kohout P, Skladany L. *Perkutánní endoskopická gastrostomie a její místo v algoritmu umělé výživy*. Praha : Galén 2002; 255. ISBN 80-7262-191-2
- [2] Schattner, M.A., Willis, H.J. et al *Long-Term Enteral Nutrition Facilitates Optimization of Body Weight*. [soubor PDF online] dostupné z <http://oralcancerfoundation.org/facts/pdf/peg_system_effect.pdf> [citováno dne 15.12.2007]
- [3] *Tube feeding*. Dostupné z <www.oralcancerfoundation.org/dental/tube_feeding.html> [citováno dne 20.9.2007]

Kontaktní údaje

Mgr. Markéta Vojtová, VOŠZ a SZŠ Hradec Králové, Komenského 234, Hradec Králové 500 03, e-mail: vojtovamarketa@seznam.cz

Štandardizovaná ošetrovateľská terminológia

Gabriela Vörösová

Abstrakt

Od čias Florenc Nightingaleovej až po súčasnosť sa sestry sveta snažia o používanie jednotnej ošetrovateľskej terminológie vo vzdelávaní a v praxi. Práce na medzinárodnej ošetrovateľskej terminológii boli začaté v USA, ale spolupráca je podporovaná na celom svete. Uvedomujeme si, že pokiaľ niečo nemôžeme pomenovať, nemôžeme to ani riadiť, financovať, skúmať, učiť, či zahrnúť do verejnej politiky. V práci prezentujeme problematiku ošetrovateľskej terminológie prostredníctvom klasifikačných systémov ošetrovateľstva v medzinárodnom kontexte NANDA-International, POP, ICNP.

Kľúčová slova

Ošetrovateľská terminológia, štandardizácia, NANDA-I, POP, ICNP

Úvod

Veľa rokov sestry využívali iba lekársku terminológiu, čo pozíciu ošetrovateľstva neposilnilo. Prvý pokus vytvoriť ošetrovateľskú terminológiu urobila Faye Glenn Abdellahová (1959), zverejnením „Prehľadu problémov v ošetrovateľstve“. Virginia Hendersonová v roku 1966 vyvinula klasifikáciu funkčných potrieb pacientov. V roku 1973 nasleduje klasifikácia ošetrovateľských diagnóz, Omaha klasifikačný systém, OASIS (Outcome Assesment Information Set), v roku 1991 ICNP (International Classification of Nursing Practice). Od čias Florence Nightingaleovej (1859) až po súčasnosť sú snahy používať jednotnú ošetrovateľskú terminológiu. Hampton Robová v roku 1900 vyslovila požiadavku, aby ošetrovateľstvo malo spoločný jazyk akési „esperanto“.

Štandardizácia terminológie v ošetrovateľstve

Problematikou štandardizácie terminológie v odbore ošetrovateľstvo na medzinárodnej úrovni, sa zaoberajú organizácie: ICN (International Council of Nurses), NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) a ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnosis, Interventions and Outcomes). Práce na medzinárodnej ošetrovateľskej

terminológii boli začaté v USA, ale spolupráca je podporovaná na celom svete. Terminológia ošetrovateľských diagnóz je známa na celom svete, menej sú známe klasifikačné systémy: ošetrovateľské intervencie NIC (Nursing Interventions Classification) a očakávané výsledky NOC (Nursing Outcomes Classification).

Klasifikačný systém NANDA-International obsahuje ošetrovateľské diagnózy, ktoré prešli schvaľovacím procesom. Ukazuje sa však, že je stále potrebné validizovať ošetrovateľské diagnózy vyhovujúce každému socio-kultúrnemu kontextu za účelom zistenia, či definujúce charakteristiky a súvisiace faktory pôvodne identifikované sú relevantné a užitočné aj pre ostatné medzinárodné spoločnosti. Skúmanie jednotlivých ošetrovateľských diagnóz by malo prebiehať v rôznych skupinách populácie s ohľadom na vek, pohlavie a kultúru. Predpokladom kvalitného výskumu v oblasti validizácie ošetrovateľských diagnóz je dobre prepracovaná metodológia. Za týmto účelom bolo vyvinutých viacero metód a modelov, ktoré boli publikované predovšetkým v konferenčných zborníkoch vydávaných NANDA (Žiaková, Čáp Holmanová, 2006).

Fehring (1986, 1987, 1994) vo svojich štúdiách uvádza niekoľko modelov validizácie ošetrovateľských diagnóz - model validity diagnostického obsahu, model klinickej diagnostickej validity, hodnotenie etiologickej korelácie, na pacienta zameraný model klinickej diagnostickej validity a diferenciálne diagnostický validizačný model. Podľa Fehringa hlavnými dôvodmi vzniku jeho modelov bolo: poskytnúť detailnejšiu metodológiu, ktorú môžu používať a pochopiť sestry s magisterským vzdelaním; potreba metodológie, ktorá vyúsťuje v merateľné údaje; potreba štandardizovaného prístupu k validizácii za účelom možnej komparácie viacerých validizačných štúdií a potreba kritérií pre určenie spoľahlivosti definujúcich charakteristík.

V podmienkach Slovenskej republiky sa stretávame s nejednotným používaním diagnostických pojmov v národnej taxonómii sesterských diagnóz 306/2005 Z.z., doposiaľ chýbajú definície, definujúce charakteristiky a súvisiace faktory diagnóz. Zdôrazňujeme potrebu testovania jednotlivých diagnóz v našich socio-kultúrnych podmienkach, ich komparovanie a „čistenie“ pojmov. ACENDIO a NANDA –International spolu úzko spolupracujú. Výsledkom spolupráce by mala byť Medzinárodná taxonómia ošetrovateľských diagnóz. Omaha systém je hodnotiacim nástrojom pre komunitu, je kompatibilný s NANDA-I, SNOMED, MDS a pod.

Medzinárodná klasifikácia praxe ošetrovateľstva (ICNP) zameriava sa na usporiadanie klasifikácie ošetrovateľských situácií a tým vytvára podmienky na

pomenovanie a opis ošetrovateľskej praxe. Verzia ICNP 2 využíva sedemdesiaty model, ktorý je prepracovanou a zjednodušenou verziou alfa, beta a verzie 1. Veľmi dôležitou aktivitou programu ICNP je rozvíjanie katalógov so zameraním na podsúbory diagnóz, intervencií a výsledkov pre jednotlivé špecializácie v praxi. Môžu byť organizované špecializovanou oblasťou ošetrovateľstva, zameraním ošetrovateľských diagnóz alebo dokonca lekárskeho diagnóz. Spĺňajú praktickú potrebu pri zavádzaní elektronických systémov o záznamoch pacientov s použitím ICNP so všetkými výhodami, ktoré systém jednotnej terminológie ponúka. V súčasnej dobe je snaha „zladit“ (zatiaľ nie zjednotiť) používanie spoločnej terminológie na úrovni jednotlivých krajín a medzinárodne.

V podmienkach rakúskeho ošetrovateľstva vznikla „Na prax orientovaná ošetrovateľská diagnostika“ - POP® (PraxisOrientierte Pflegediagnostik). Stefan, Allmer, Eberl, et al. (2009) autorský kolektív klasifikácie uvádza, že cieľom ošetrovateľstva je obnovenie a uchovanie každodennej autonómie. K tomuto cieľu je nevyhnutná cieleň orientácia na zdroje. Zdroje sú sily, schopnosti a možnosti, ktoré ľudia nasadzujú pri zachovaní/udržaní zdravia a/alebo zvládání choroby. Intaktné zdroje sú predpokladom na zvládanie životných situácií a predpokladom na utváranie vzťahov. Zdravie spočíva v intaktných a funkčných, fyzicko-funkčných, psychických a sociálnych zdrojoch. Obmedzené/absentujúce predpoklady sú príčinou (= etiológia) obmedzenia pri zvládání každodenného života. Zdroje, ktoré sú pravdepodobne obmedzené/narušené bez preventívnych ošetrovateľských intervencií, sú rizikovými faktormi.

Záver

Štandardná ošetrovateľská terminológia jasne vymedzuje profesiu, rolu sestry a jej činnosti. Cieľom je vytvoriť obsahovú a terminologickú oporu odboru a poskytnúť sestram nástroj na popis praxe. Potom záznamy je možné kvantifikovať a analyzovať. Poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť sa tým stáva viditeľná. Používanie spoločnej terminológie uľahčí utváranie výskumu, klinických a politických rozhodnutí. S veľkým očakávaním sa pozeráme do blízkej budúcnosti, kde ošetrovateľské údaje budú k dispozícii cez informačné systémy a budú podporovať prax založenú na dôkazoch. Používanie štandardizovaného ošetrovateľského jazyka spolu s rozvojom informačných technológií môže zvýšiť efektivitu, presnosť a výrazne zlepšiť starostlivosť o pacienta.

Literatúra

- [1] FEHRING, R. J. 1986. Validating diagnostic labels: standardized methodology. In Hurley, M.E. (Ed). *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the sixth conference*. St. Louis : Mosby, 1986, p. 183-190. ISBN 0-801637-66-X.
- [2] FEHRING, R. J. 1987. Methods to validate nursing diagnoses. In *Heart and Lung : the journal of critical care*. 1987, vol.16, no. 6, p. 625-629. ISSN 0147-9563.
- [3] FEHRING, R. J. 1994. The Fehring Model. In Carroll-Johnson et al. (Eds). *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia : Lippincott, 1994, p. 55–62. ISBN 0-397-55011-1.
- [4] HERDMAN, T. H. 2008. Nursing Diagnosis: Is It Time for a New Definition? In *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 2008, vol. 19, no. 1, p. 2-13. ISSN 1943-0728.
- [5] STEFAN, H., ALLMER, F., EBERL, J. et al. 2009. *POP® PraxisOrientierte Pflegediagnostik*. Wien : Springer, 2009, 828 p. ISBN 978-3-211-79909-3.
- [6] Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z.z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterných diagnóz.
- [7] ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., HOLMANOVÁ, E. 2006. Validizácia ošetrovateľskej diagnózy Beznádej. In *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 249-253. ISSN 1212-4117.

Kontaktní údaje

Doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.
Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Kraskova č.1
949 74 Nitra
Slovenská republika
e-mail: gvorosova@ukf.sk

Exposure the nurses to aggression in the workplace

Beata Penar-Zadarko, Małgorzata Marć

Abstract

A nurse job is difficult, complex and has multitasking character. Exposure to aggression in the workplace is one of the most serious dangerous. Preparators of aggression against nurses might be both co-workers as well as those no related to the workplace for example: patients and their families. The aim of the study was to assess the frequency, sources and type of aggression against nurses in the workplace. The study was conducted in 2009 among 465 nurses working in different health care centers of Podkarpackie (South East of Poland). The study showed that 81.1% of nurses experienced aggression in the workplace. Psychological rather than physical aggression was the most frequent type of aggression against nurses in the workplace of nurses ($p < 0.001$). Aggression by patients and their families occurs statistically significant more frequent than aggression by co-workers ($p < 0.001$) and superior or subordinate ($p < 0.001$).

Key words

Aggression, nurse, occupational danger, work.

Introduction

Work can be a source of satisfaction and self-realization, but also frustration and dissatisfaction. A nurse job is difficult, complex and has multitasking character. In addition, relations with co-workers, patients and their families, which sometimes are very emotional are burdensome for nurses. Exposure to aggression in the workplace is one of the most serious dangerous. An aggression might have different forms starting with the scream, insulting, intimidating and ending up to physical attacks. An International Labour Organization claims that medical environment is a second occupational group that is exposure to violence in the workplace. European Commission claims that aggression in the workplace includes all situations when a worker is insulted, intimidated or attacked, when performing his/her job and constitutes a direct or indirect dangerous to his/her safety, well-being and health [3,7]. Preparators of

aggression against nurses might be both co-workers as well as those not related to the workplace for example: patients and their families [5,6,7].

The aim of the study was to assess the frequency, sources and type of aggression against nurses in the workplace.

Material and methods

The study was conducted in 2009 among 465 nurses working in different health care centers of Podkarpackie (South East of Poland). Proportional representation of different health care centers where an aggression against nurses can be observed was secure. A chi-square test was used in a statistical analysis. The following statistical rules were used: $p > 0.05$ – lack of statistically significant dependency; $p < 0.05$ – significant statistical dependency; $p < 0.01$ – high significant statistical dependency; $p < 0.001$ – high significant statistical dependency. The age range was as follows: 20-30 years (29.9%); 31-40 years (31.6%); 41-50 years (30.3%); 51-60 years (8.0%). Every third nurse (33.3%) had a bachelor degree; 11.8% had a master degree. 52.4% of nurses graduated from medical school. Almost every (9.9%) respondent had professional specialization. The majority of respondents had 1-5 years (29.2%) or 21-30 years (26.7 %) of work experience. The majority of nurses was hired on medical treatment ward (43.2%), treatment ward (20%) and Primary Health Care (12.9%). The vast majority worked on the position of charge nurse (66.5%), and then operating room nurse (18.1%), and departmental nurse (4.7%).

Results and discussion

A problem of aggression in health care centers is not a new phenomenon. Over the years it has been a taboo subject, however amending insight into factors that determine effective functioning of a person in the workplace has contributed to conduct analysis of reasons, sources and consequences of aggression for the worker and organization. The analysis showed that the majority of nurse (81.1%) experienced aggression in the workplace with those who experienced it repeatedly (34.6%) and occasionally (46.7%). 8.2% of respondents never experienced aggression in the workplace. More than a half of respondents (50.8%), whom met a problem of aggression in the workplace witnessed those kind of behaviors a couple times a year, 28.8% a couple times a month, 14.3% a couple times a week and 5.3% everyday.

The majority of respondents experienced psychological aggression in the workplace (65.9%). Physical aggression experienced 15.1% of respondents and 19% of them did not give an answer to the question. Every third respondent (33.3%) who experienced aggression in the workplace met with an aggression related to mental health disorders. Moreover 27.2% of respondents experienced aggression without a reason, 7.9% aggression after operation, and 5.3% drug-induced aggression.

Psychological aggression in the workplace included: insulting comments (39.2%), screams, (15.1%), intimidating (6.9%) and mobbing (5.6%). Unjustified critics (23.5%), insulting (20.6%) making-up and popularizing untrue information (19%) were the most frequent form of mobbing in the workplace.

In the opinion of respondents physical maltreat such as: pushing, pulling of the nurse's uniform (45.5%), and then assaulting, hurting, beating, struggling (15.6%) were the most frequent forms of aggression.

Among respondents who experienced aggression in the workplace the majority met with aggression by patient (41.3%) and both (11.6%) aggression by superior and subordinates. Physicians (20.9%), other nurses (15.6%) medical personnel (9.3%) were most often named for the source of aggression against nurse by subordinates. Screams (19.6%), threat (5.2%), physical attack (4.1%) offending in the presence of patients were named for the source of aggression by patients. Offending in the presence of other workers (7.7%), offending in the presence of patients (6.5%) scream (6.2%) were named for the source of aggression by other nurses. In turn, offending in the presence of other workers (10.3%), scream (6.0%), blackmail (5.8%), offending in the presence of patients (4.3%) and threats (3%) were named for the source of aggression by physicians. Non-verbal signals of up-coming aggression by patients were the following: tachypnoea, tighten palms, unable to stand still (23.3%), intensive gesticulation (16.9%), repeating actions, anxiety (12.4%) and tighten limbs, frown (12.4%).

In the case of 43.7% respondents consequences of aggression have an influence on psychological functioning, as well as professional functioning (17.7%) and physical health (2.9%).

Headaches (24.3%), sleep disorders and insomnia (23%), muscular tone increase causing back pain or neck pain (13.2%) and injuries in case of physical (9%) were the most frequent physical consequences of aggression in the workplace. Almost half of respondents (49.9%) claims that when being attacked

you should ask for help at loud (to take up an attempt to scare or intimidate aggressor). 28.6% prefers to use release technique and leave the room to find for a help. In the opinion of 41.1% of nurses when talking with aggressive people you should be determined but calm, 16.3% claims that in a such situation you should be calm and show attention, and 15.1% that you should be attentive, focused and keep a personal distance from that person.

In the opinion of the majority of respondents (60.9%), in order to limit the risk of violence in everyday situations in the workplace you should stay calm and say slow, so the voice arouse trust. Moreover, 8.6% of respondents claims that you should be relaxed and stay in that way so the other person would not block the way out, and 6% says that it is best to divide big problems into the small ones. Assertiveness is in the opinion of the majority the most effective solution to manage aggression in the workplace (41.1%), and then use postpone technique (gives a nervous person the time to calm down) (28.8%) and use relaxation (10.1%).

An increase of an anger and irritation is a direct consequence of aggression in the workplace for the majority of respondents (23.3%), and then discouragement (20.9%), depression (9.5%), anger (6.9%) and fear (5.3%).

It results from the present study that psychical aggression in the workplace occurs significantly statistical more often than physical aggression ($p < 0.001$).

No relation between experiencing aggression against nurses and their work place. The results of the present study demonstrate that in the workplace an aggression is related to metal disorders and it occurs statistically more often than drug-induce aggression ($p = 0.011$), aggression after operation ($p = 0.006$) or other aggression ($p = 0.006$). The results of the present study show that aggression in the workplace by patients and their families occurs statistically significant more frequent than aggression by co-workers ($p < 0.001$) and superior or subordinate ($p < 0.001$). The study did not prove for a relation between experiencing aggression and any aspects of functioning of nurses.

Present results are similar to the study of Kowalczyk et. al. where 80% of nurses experienced aggression in the workplace [5].

Psychical aggression was the most frequent form of aggression, which is proved in the study of Drabek et. al. It results from their study that 84.26% of respondents in the last year experienced insulting, speaking up or screaming. Patients, their families and co-workers were the source of psychical aggression [1]. It results from the study of Suwala, that an often a form of psychical

aggression were: insults (53%) and threatening (32%) [9]. Kunecka and et. al. found that mobbing is common among nurses (18.6%), and most often a superior is an aggressor (mobber) (40%) [6].

A lot of respondents (34.2%) observed among themselves effects of a professional burnout such as psycho-physical and emotional exhaustion. Lack of satisfaction from one's activeness and a feeling of lack of competences was experienced by 23% of respondents, and keeping a distance and stepping back from a contact with patient by 9.2%. Similar data were obtained by Rowe and Sherlock and showed that workers, who experienced aggression were dissatisfied with work conditions, put less attention to the patients and experienced stress in the [8]. It is worth to mention that aggression suppression cause dissatisfaction from work [4].

Presented results confirm observations of other authors about violence in the health care including nurses. Monitoring of an aggression in the health care might be a solution to the present dangerous. Such a system was created in Poland by the General Medical Council and General Council of Nurses and Midwives in order to enable physicians and nurses to call out the cases of aggression in the workplace. Only a detailed verification of the scale of the problem would enable to undertake preventive actions [2].

Conclusions

1. A problem of aggression is widespread in the environment of nurses.
2. Psychological aggression was the most frequent in the workplace of nurses.
3. Nursing personnel mostly is experiencing an aggression by patients and their families.
4. Despite of the place of work nurses were exposure to aggression.
5. No relation was found between experiencing aggression and any aspects of functioning of nurses.

References

- [1] Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: *Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług*. Med. Pr., 2007; 58 (4):299 –306.

- [2] *Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia*,
<http://www.agresja.hipokrates.org>
- [3] Jankowiak B., Kowalczyk K., Krajewska-Kulać E. i wsp.: *Narażenie pielęgniarek na agresję w miejscu pracy*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio D*, 2006; 2:458-463.
- [4] Kliszcz J., Nowicka – Sauer K., Trzeciak B., Sadowska A.: *Poziom lęku, depresji i agresji u pielęgniarek, a ich satysfakcja z życia i z pracy zawodowej*. *Med.Pr.*, 2004; 55 (6):461 – 468.
- [5] Kowalczyk K., Krajewska-Kulać E., Jankowiak B. i wsp.: *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2008; 89(2):211-215.
- [6] Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B.: *Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach*. *Med.Pr.*, 2008; 59 (3): 223 – 228.
- [7] Merecz D., Mościska A.: *Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałani.*, Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2003.
- [8] Rowe M.M., Sherlock H.: *Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young?* *Journal of Nursing Management* 2005; 13: 242–248.
- [9] Suwała A.: *Zjawisko przemocy w zakładach opieki zdrowotnej*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008; 16 (1/2): 157 –162.

Vystavenie zdravotných sestier útokom na pracovisku

Abstrakt

Práca zdravotnej sestry je náročná, komplexná a má vysoké požiadavky na súčasné plnenie viacerých úloh. Jedným z najzávažnejších nebezpečenstiev je vystavenie útokom na pracovisku. Agresormi proti zdravotným sestram sa môžu stať rovnako ich spolupracovníci, ako aj nezamestnané osoby na pracovisku, napríklad pacienti alebo ich rodiny. Cieľom štúdie bolo stanoviť frekvenciu výskytu, zdroj a typ útokov proti zdravotným sestram na ich pracovisku. Prieskum sa vykonával v roku 2009 medzi 465 zdravotnými sestrami pracujúcimi v rôznych zdravotných centrách v oblasti Podkarpackie (juhovýchod

Poľska). Štúdia ukázala, že 81,1% zdravotných sestier má skúsenosť s agresiou na pracovisku. Psychické útoky boli najčastejšou skupinou agresie namierenu proti zdravotným sestrám na ich vlastnom pracovisku ($p < 0,001$). Útoky zo strany pacientov a ich príbuzných sa objavovali štatisticky jednoznačne častejšie ako útoky zo strany spolupracovníkov ($p < 0,001$) a nadriadených alebo podriadených ($p < 0,001$).

Kľúčové slová

Útok, zdravotná sestra, nebezpečenstvo v zamestnaní, práca.

Contact

MD Ph. D Beata Penar-Zadarko
Institute of Nursing and Health Sciences
Medical Department,
University of Rzeszow, Poland
Warzywna 1 35-321 Rzeszów
Tel. + 48 17 872 33 60
e-mail: beata.penar@yahoo.com

Agresívny pacient na psychiatrických oddeleniach

Dana Zrubcová

Abstrakt

Kontakt a s agresívnym pacientom na psychiatrickom oddelení je v súčasnosti závažnou a aktuálnou témou. Agresia je zo strany pacientov čoraz častejšia a následná starostlivosť o agresívneho pacienta často komplikovaná. V práci sme sa zamerali na výskyt a frekvenciu agresívneho správania pacientov. Zaujímala nás objekt agresívneho správania pacientov. Zistili sme, že najčastejšou obeťou agresívneho správania pacientov sú sestry. Pohlavie vo vzťahu k agresivite nemalo určujúci charakter. S agresívnym správaním boli sestry konfrontované najčastejšie u pacientov s psychotickým ochorením prijatých na psychiatrické oddelenie bez súhlasu počas prvých dní hospitalizácie.

Kľúčová slova

Agresivita, pacient, sestra, psychiatrické oddelenie

Úvod

S agresívnym správaním pacientov sa čoraz častejšie stretávame na všetkých oddeleniach zdravotníckych zariadení. Aj napriek zvyšujúcej sa frekvencii nielen verbálnej ale aj brachiálnej agresivity konfrontácia zdravotníckych pracovníkov s agresorom vo väčšine prípadov zaskočí. Ako uvádzajú Jánošíková a Daviesová (1999) s najväčším počtom agresívnych atakov sa stretávame na psychiatrických pracoviskách. Agresívne správanie môžeme definovať ako porušenie sociálnych noriem, obmedzujúce práva a narušujúcu integritu živých bytostí i neživých objektov. Ide o symbolické alebo reálne obmedzenie, poškodenie a ničenie (Vagnerová, 2004). Agresívne správanie je spravidla pozorovateľné ako súhrn epizód s agresívnym správaním. Každá epizóda má svoj daný začiatok, trvanie i jasný koniec, Intenzita môže byť rôzneho charakteru a dĺžky. (Zelman, Hollý, Bračoková, 2006) Zo sociologického pohľadu ide o porušenie sociálnych noriem, omedzujúcich práva a narušujúcich integritu živých bytostí i neživých objektov. Ide o formálne prekračovanie hraníc, agresor nedodržiava rešpekt voči druhému a svojím chovaním naznačuje útok.

Nebezpečným prejavom je i nevhodná komunikácia, ktorá v sebe skrýva agresivitu. Agresor sa svojim správaním snaží dosiahnuť určité uspokojenie, ale toto riešenie je vo väčšine prípadov pre ostatných neakceptovateľné. Ako uvádza Kristová (2004) podľa cieľového zamerania je možné agresivitu rozdeliť na priamu agresiu orientovanú na sestru, lekára, iného zdravotníckeho pracovníka, spolupacientov či rodinných príslušníkov. Môže mať formu verbálneho alebo fyzického ataku. Transferovaná agresia nastáva v situáciách, keď pacient „prenesie“ zlosť či hnev na osobu alebo predmet, ktoré nie sú vyvolávajúcimi podnetmi jeho nespokojnosti. Autoagresia je agresia orientovaná na seba. Zadržívanú agresiu neprejavuje pacient navonok, ale „dusí“ ju v sebe, čaká na vhodnú príležitosť, aby ju prejavil.

Zlostná agresia má pudový pôvod. Nastupuje okamžite, smeruje k poškodzovaniu, ubližovaniu a ničeniu. Prejavuje sa hnevom, zlosťou, moróznosťou, nenávisťou a hostilitou. Prostredníctvom inštrumentálnej agresia pacient vyvíja nátlak na okolie. Nie je sprevádzaná zlostnými ani hostilnými prejavmi. Ide o naučenú sociálna technika.

Agresia je obyčajne spojená s abúzom alkoholu, nižším sociálnym ekonomickým statusom, zneužitím v detstve či predchádzajúcim agresívnym chovaním (Vokurka a Jan, 2000). Zdrojom agresivity môže byť strach, úzkosť, nespokojnosť, bolesť, bezmocnosť, pocit krivdy, relaps ochorenia, pocit nezájmu o problémy, ktoré pacienta trápia a považuje za dôležité (Jánošíková a Daviesová (1995); Vymětal (1990); Kristová(2004); Marková, Venglářová, Babiaková (2006); Čerňanová (2010). Dôležitým krokom pre voľbu správnych ošetrovateľských postupov je predikcia agresívneho správania.

Cieľom práce bolo zmapovať či a ako často sestry prichádzajú do kontaktu s agresívnym správaním a kto je najčastejšie objektom útoku. Zaujímalo nás obdobie počas hospitalizácie, pre ktoré je charakteristická agresivita pacienta. Zisťovali sme tiež najčastejšie diagnózy, pri ktorých sa agresivita vyskytuje.

Materiál a metódy

Základný súbor pre prieskum tvorili sestry pracujúce na psychiatrickom oddelení v Nitre a v Špecializovanej psychiatrickej nemocnici vo Veľkom Záluží.

Vytvorili sme anketu, ktorá pozostávala z 5 uzavretých otázok a 2 identifikačných otázok.

Celkom sme expedovali 65 anketových hárkov. Dosiahli sme 92,3 % návratnosť. Prieskumu sa zúčastnilo $n = 60$ respondentov. Vekový priemer

38,5 rokov, vekové rozpätie 23 - 57 rokov. Súbor tvorilo n = 44 (73,4 %) žien a n = 16 (26,6 %) mužov.

Výsledky a diskusia

Na otázku ako často sa stretávate s agresívnym správaním pacienta na oddelení odpovedalo n = 50 (83,4 %) denne n = 8 (13,3 %) uviedlo minimálne 1x za týždeň. Len n = 2 (3,3 %) respondenti prichádzajú do kontaktu s agresívnym pacientom občas. Naše zistenie sa zhoduje z názorom Jánošíkovej a Daviesovej (1995), že na psychiatrických oddeleniach sa stretávame s najväčším počtom agresívnych atakov zo strany pacientov. Ako uvádza Čerňanová (2010), riziko konfrontácie s agresívnym pacientom na psychiatrických oddeleniach je 14-krát vyššie ako na iných oddeleniach. Na otázku kto alebo čo je najčastejším objektom agresie zo strany pacientov respondenti zostavili poradie, ktorom jednoznačne na prvom mieste označili sestru n = 60 (100 %). Druhé v poradí respondenti označili predmety (stoličky, nočné stolíky kopanie do dverí a vybavenia oddelenia). Nasledovali spolupacienti, lekári a príbuzní pacienta. Ako uvádzajú Beer, Pereira, Paton (2005), 90 % útokov psychiatrických pacientov bolo namierených proti sestrám. Podľa údajov Miliona et al. (2001) však najčastejšími obeťami agresívneho správania pacientov s psychotickou poruchou sú rodinní príslušníci 40 %, zdravotnícki pracovníci tvoria len 11 % napadnutých a spolupacienti 2 %. Na otázku, ktoré pohlavie sa prejavuje agresívnym správaním častejšie n = 35 (58,3 %) respondentov uviedlo obe pohlavia, n = 18 (30,0 %) považuje za agresívnejších mužov a n = 7 (11,7 %) respondentov ženy. Z uvedených údajov vyplýva, že v prejavoch agresie pohlavie nie je určujúcim faktorom. Ako uvádza Zelman et.al (2010), výsledky retrospektívnej analýzy záznamov o výskyte agresie dokumentujú približne rovnaké zastúpenie mužov a žien, mierne v neprospech mužov. Na otázku pri akej lekárskej diagnóze je najčastejšie výskyt agresívneho správania u pacientov respondenti uviedli v n = 36 (60,0 %) schizofréniu a psychotické ochorenie s bludmi n = 18 (30,0 %) respondentov je najčastejšie konfrontovaných s agresivitou pacientov s demenciou, n = 6 (10,0 %) uviedlo pacientov s diagnózou Delírium trémens. Ako uvádzajú Zelman, Holly, Bračoková (2006), pacienti s diagnózou psychózy majú väčšiu prevalenciu agresívneho chovania v porovnaní so všeobecnou populáciou. Naše zistenia sa zhodujú z výskumami Čerňanovej (2010); Pečeňáka a Rybanskej (2002), ktorí uvádzajú schizofréniu za najrizikovejšiu z hľadiska agresie. S prejavmi agresívneho správania sa môže byť sestra konfrontovaná počas celej dĺžky hospitalizácie pacienta. Zisti sme, že n = 42

(70,0 %) respondentov prichádza do kontaktu s agresívnym správaním najčastejšie pri prijatí pacienta a $n = 18$ (30,0 %) respondentov v priebehu prvých 10 dní hospitalizácie. Agresia pacienta pri prijatí vo väčšine prípadov pramení z nekritického náhľadu na ochorenie nechoty liečiť sa a preto je ich vstup na oddelenie nedobrovoľný. Čerňanová (2010) cituje Nijmana, ktorý považuje nedobrovoľnú hospitalizáciu na psychiatrickom oddelení za najrizikovejšiu z hľadiska hrozacej agresivity. Vzhľadom k tomu, že agresivita pacienta vo väčšine prípadov úzko súvisí s jeho duševným ochorením sa potvrdil náš predpoklad, že správne zvolenou medikáciou a vhodným prístupom dochádza k redukcii agresivity. Nikto z oslovených respondentov neuviedol častý výskyt agresie po uplynutí 2 týždňov hospitalizácie.

Záver

Psychiatrické ošetrovatelstvo má svoje špecifiká jedným z nich je častá konfrontácia s agresívnym správaním pacienta, ktorý je k svojmu ochoreniu nekritický a odmieta akúkoľvek pomoc. Pre sestru je dôležité nielen byť pripravená na možné prejavy agresívneho správania či odmietavé postoje ale aj identifikovať signály predznamenávajúce agresivitu. Vhodným profesionálnym prístupom je možné mnohé konfliktné situácie zmierniť alebo im úplne zabrániť.

Literatúra

- [1] BEER, M.D., PEREIRA, S.M., PATON, C. 2005. *Intenzivní péče v psychiatrii* Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.
- [2] ČERŇANOVÁ, A. 2010. Agresívny pacient z aspektu psychiatrického ošetrovatelstva. In *Psychiatria – Psychoterapia- Psychosomatika* [online]. 17 č.2 s. 107-111 2010, [cit. 2010-01-27]. Dostupné na internete : <<http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/2-2010/>>
- [3] JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatelstvo*. Martin : Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8.
- [4] KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
- [5] MARKOVÁ, E., VENGLAROVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

- [6] MILTON, J. et al. 2001 Agresívne incidenty v prvej epizóde-psychózy. In. *Br. J. Psychiatry* 178:433-40.
- [7] PEČEŇÁK, J. RYBANSKÁ, M. 2002 *Postoje pracovníkov psychiatrickej kliniky k agresívnym prejavom u hospitalizovaných*. [online]. 2002, [cit. 2010-02-28]. Dostupné na internete : <<http://www.tigis-old.cz/>>
- [8] VAGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese 3.vyd.* Praha : Portál. 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [9] VOKURKA, M. - JAN, H. 2000. *Praktický slovník medicíny* 6. vyd. Praha : Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
- [10] VYMĚTAL, L. 1999. *Lékařská psychologie*. Praha : Psychoterapeutické nakladatelství, 1999. ISBN 80-86-123-08-1.
- [11] ZELMAN, M., HOLLÝ, K., BRAČKOVÁ, H. 2006. Zvládanie akútneho psycho-motorického nepokoja a agresivity pacienta. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2006, roč. 7, č. 2, s. 91-96.
- [12] ZELMAN, M. et al. 2006. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006-2008-analýza výskytu In. *Psychiatria pre prax* [online]. 11 4. 2010, [cit. 2010-01-27]. Dostupné na internete: < <http://www.solen.sk/index.>>

Kontaktní údaje

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity

Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra, Slovenská republika

Rodina ako determinant uspokojovania psychických a sociálnych potrieb pacienta so psychózou

Dana Zrubcová

Abstrakt

Nejasné vymedzenie etiológie a absencia vedomostí o psychotickom ochorení zo strany rodinných príslušníkov často umocňuje predsudky o chorom. V mnohých prípadoch prevláda bezradnosť, strata záujmu či ľahostajný prístup k potrebám duševne chorého. Zisťovali sme ako vnímajú pacienti so psychózou podporu zo strany svojich rodinných príslušníkov. Zamerali sme sa na mieru spokojnosti so starostlivosťou zo strany rodiny, s riešením problémov, s podporou pri aktivitách, s dĺžkou času, ktorý rodina venuje pacientom. Zistili sme, že respondenti hodnotia funkčnosť svojej rodiny ako mierne narušenú. Za jednu z možností zlepšenia funkčnosti rodín považujeme využívanie služieb komunitných centier a klubov vytvárajúcich priestor pre uspokojovanie sociálnych potrieb pacientov.

Kľúčové slová

Rodina, psychóza, podpora, komunitná starostlivosť.

Úvod

V priebehu psychotického ochorenia dochádza ku zmenám všetkých základných kvalít duševného života jedinca. Poruchy myslenia, vnímania a emotivity vedú k zmenám osobnosti a znižujú kvalitu ľudského života. (Marková et al., 2006, Raboch, Zvolský et. al., 2001). Kvalitu života osôb so psychotickým ochorením, okrem iných diskriminujúcich obmedzení vyplývajúcich zo samotného ochorenia a liečby vo významnej miere znižuje aj sociálna izolácia a stigmatizácia (Pečenák, 2005). Tieto negatívne faktory determinujú aj prežívanie a správanie rodinných príslušníkov pacientov so psychózou.

V obraze verejnosti o duševne chorom sa kladie veľký dôraz na narušenie sociálnej interakcie. Pretrváva predstava, že duševne chorí nedokážu kontrolovať svoje chovanie a v spoločnosti pôsobia rušivo. Negatívny postoj

verejnosti je veľmi často determinovaný aj článkami v masovokomunikačných prostriedkoch, kde duševné ochorenia spájajú s trestnou činnosťou, čo negatívne ovplyvňuje „sociálnu kariéru“ všetkých duševne chorých. Stigmatizácia negatívne ovplyvňuje aj rodinu pacienta. Reakcie rodiny môžu byť rôznorodé Vágnerová 2004; Kalina 2001; popisujú 5 fáz, ktorými rodina prechádza v prípade, že jednému z jej členov bola diagnostikované závažné duševné ochorenie: **šok a popretie** – rodina prežíva obdobie hrôzy, s pocitmi úzkosti a bezmocnosti. Diagnóza je často popretá a bagatelizovaná, ako keby sa nič mimoriadne nedialo. Taja problémy pred širšou rodinou a okolím, členovia rodiny prežívajú pocity hanby a strachu zo stigmatizácie a zníženie vlastnej prestíže; **čiastočné prijatie skutočnosti** – spomínané záťažové reakcie rodina nie je schopná dlho znášať a je nútená priznať sa k diagnóze. Sprievodným znakom tejto etapy je hľadanie príčin, resp. viny za vznik choroby. Vinníkom sa môže stať pacient, rodina, ale veľmi často aj pomáhajúci profesionáli, ku ktorým smeruje i agresívne správanie jedincov. Členovia rodiny majú strach z reakcií okolia, z čoho vplýva precitlivosť a sociálna izolácia; **spracovanie problému** – postihnutý jedinec a jeho rodina objavujú potrebu hľadať pomoc kvôli uzdraveniu, sú presvedčení o existencii účinnej pomoci a vyliečení chorého. Ak sú pokusy o liečenie márne alebo sa objavuje recidíva choroby, predstavuje to pre rodinu veľkú psychickú i fyzickú záťaž, často dochádza k pocitom rezignácie; **rezignácia rodiny** – liečba psychóz je veľmi náročná a zdĺhavá, z čoho vyplývajú spomínané pocity rezignácie a frustrácie; **realistický postoj** – nasleduje po prekonaní kríz a záťažových situácií v rodine. Dochádza k novému usporiadaniu vzťahov v rodine, novému spôsobu života. K takejto situácii nemusí dôjsť, rodina vplyv choroby neunesie, rozpadne sa, resp. chorého vylúči a ten sa dostáva do ústavnej starostlivosti. Postoje a prístup rodiny ovplyvňujú uspokojovanie potrieb a následne kvalitu života pacienta. Ondrejka a Mažgútová, (2003) uvádzajú, že úroveň kvality života je závislá od súladu životných podmienok s potrebami a túžbami jedinca.

Cieľom práce bolo zistiť ako vnímajú a hodnotia podporu zo strany rodinných príslušníkov pacienti so psychotickým ochorením. Zaujímala nás miera spokojnosti so starostlivosťou zo strany rodiny, s riešením problémov, s podporou pri aktivitách, s dĺžkou času, ktorý rodina venuje pacientom.

Materiál a metódy

Základný súbor pre dotazník tvorili duševne chorí so psychózou.

Zaradujúce kritérium: vek 18 rokov a viac, doba od prvého diagnostikovania psychotického ochorenia minimálne 12 mesiacov. Celkom sme expedovali 160 dotazníkov. Dosiahli sme 90,6 % návratnosť. Výskumu sa zúčastnilo n = 145 respondentov. Vekový priemer 37,6 rokov, vekové rozpätie 20-59 rokov.

Vo vybranom súbore sme použili Štandardizovaný Dotazník Apgarovej skóre rodiny (Kozierová, 1995, s. 689).

Škálové hodnotenie: Dobre fungujúca rodina - 7 až 10 bodov.

Mierne narušená funkčnosť rodiny - 4 až 6 bodov.

Dysfunkčný stav rodiny - 0 až 3 body.

Výsledky a diskusia

Na otázku ste spokojný so starostlivosťou v čase problémov odpovedalo takmer vždy n = 70 (48,3 %) resp., niekedy n = 47(32,4 %) resp. a nikdy n = 28 (19,3 %) resp. AM= 1,71.

Rodina pri nových aktivitách takmer vždy podporuje n = 93 (64,1 %) resp.; niekedy n =31 (21,4%) resp. a n = 21 (14,5 %) resp. nepodporuje nikdy. AM = 1,21. Rodina pri nových aktivitách takmer vždy podporuje n = 93 (64,1 %) resp.; niekedy n =31 (21,4%) resp. a n = 21 (14,5 %) resp. nepodporuje nikdy. AM = 1,21.

Takmer vždy je s reagovaním na svoje pocity zo strany rodiny spokojných n =51 (35,1 %) resp., niekedy n = 39 (26,9 %), nespokojnosť vyjadrilo 55 (38,0%) resp. AM = 2,02.

S časom, ktorý rodina trávi s respondentom bolo takmer vždy spokojných n = 18 (12,4 %), niekedy n = 35(24,1%), odpoveď nikdy uviedlo n = 92 (63,5 %) resp. AM = 2,51.

V celkovom hodnotení sme zistili, že n = 50 (42,0 %) resp. hodnotí svoju rodinu ako dobre fungujúcu, u n = 68 (46,9 %) resp. rodina vykazuje mierne narušenú funkčnosť a n = 27 (18,6 %) žije v rodine v disfunkčnom stave. Spokojnosť s riešením problémov takmer vždy vyjadrilo n = 68 (46,9 %) resp.; niekedy n = 50 (34,5 %) resp. a odpoveď nikdy uviedlo n = 27 (18,6 %) resp.

Výsledky prieskumu potvrdzujú názor Vágnerovej (2004), ktorá uvádza, že väčšina rodín si vytvára odstup od chorého člena rodiny. Nevie ako by sa k nemu mala správať a často sa narúša otvorenosť komunikácie a vytvárajú sa bariéry, ktoré bez pomoci a ochoty rodinných príslušníkov nie je pacient

schopný sám prelomiť. Naše zistenia tiež potvrdzujú názor Jánošíkovej, Daviesovej (1999), Hella a Schüpbacha (2004), že väčšina príbuzných nie je pripravená na problémy, ktoré nastávajú pri psychotickom ochorení a nie je prekvapujúce ani to, že mnohí pacienti postupne strácajú kontakt so svojou rodinou. Spokojnosť s reakciou na svoje pocity so strany rodiny uviedlo len 35,1 % respondentov. Nízka tolerancia k správaniu a nezáujem o prežívanie neznámych pocitov môže viesť k opakovanému splnutiu ochorenia. Ako uvádza Kafka et. al (1998) viac relapsov mávajú pacienti, keď žijú vo vysoko dráždivom prostredí rodiny, ktorej členovia prejavujú stresové odpovede na symptómy pacienta.

Pozitívnym faktorom aj v rodinách, ktoré vykazovali narušenú funkčnosť bola podpora pacienta pri nových aktivitách. Rozširovanie záujmov a pestovanie koníčkov sú vlastnosti charakteristické pre aktívnych ľudí, prežívajúcich dostatočnú mieru životnej pohody. Stotožňujeme sa s názorom autorov Praško et al. (2005), Nemcová (2005), že zachovanie a rozvíjanie koníčkov pozitívne ovplyvňuje prognózu psychotického ochorenia. Najväčší deficit pocítovali respondenti v čase, ktorý im bola rodina ochotná a schopná venovať. Až 63,5 % respondentov považuje čas trávený s rodinou v sociálnych vzťahoch za nedostatočný. Čo vo veľkej miere determinuje možnosť uspokojovať najmä sociálne potreby pacientov. Možnosti zlepšenia zmysluplného trávenia času vidíme vo vytváraní služieb komunitnej starostlivosti, ktoré zároveň umožňujú rodinným príslušníkom aktívne participovať na organizovaných aktivitách.

Záver

Vytvorenie fungujúcej, efektívnej siete komunitných zariadení a služieb môže významne napomôcť pacientovi k znovu získaniu zdravia, schopnosti začleniť sa do spoločnosti. Využívaním služieb komunitných centier môžu získať rodinní príslušníci reálny náhľad na ochorenie svojho člena a prispôbiť mu i ďalšie fungovanie rodiny. Ako uvádza Praško et. al. (2005) rodina môže ovplyvniť priebeh schizofrénie pomerne zásadným spôsobom. Zapojenie rodiny do liečby pomáha znížiť výskyt relapsov až o 20 %. Komunitná starostlivosť napomáhajúca uspokojovať potreby pacientov by mala byť hlavným vývojovým trendom modernej psychiatrickej starostlivosti.

Literatúra

- [1] HELL, D. – SCHÜPBACH, D. Schizofrénie. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2004. 159s. ISBN 80-88952-19-0

- [2] JANOSIKOVÁ, E. H., DAVIESOVÁ, J. L. 1999. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8.
- [3] KAFKA, J. et al. 1998. *Psychiatria*. Martin : Osveta, 1998. ISBN 80-88824-66-4.
- [4] KALINA, K.: Jak žít s psychózou. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-563-6.
- [5] MARKOVÁ, E. et al. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 345 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [6] NEMCOVÁ, O. 2005. Vplyv rodiny na sebe hodnotu človeka. In : *Rodina na prelome tisícročia : zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Nitra : Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva v Nitre, 2005. ISBN 80-8050-914-X.
- [7] ONDREJKA, I., MAŽGÚTOVÁ, A. 2003. Modely kvality života. In: *Slovenský lekár*. 2003, č. 3-4. s. 114-116. ISSN 1335-0234.
- [8] PEČEŇÁK, J. 2005. *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-201-4.
- [9] PRAŠKO, J. et al. 2005. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha : Maxdorf s.r.o, 2005. ISBN 80-85912-65-1.
- [10] RABOCH, J.- ZVOLSKÝ,P. et al., 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8
- [11] VAGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese 3.vyd.* Praha : Portál. 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Kontaktné údaje

PhDr. Dana Zrubcová, PhD.

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre

Kraskova 1, 94974 Nitra, Slovenská republika

L'ahká mozgová dysfunkcia - možnosti rehabilitácie

Elena Žiaková, Iveta Schusterová,
Stanislava Klobucká

Abstrakt

U detí s ľahkou mozgovou dysfunkciou (LMD) sa jedná o drobné poruchy mozgovej funkcie, ktoré vznikajú z rovnakých príčin ako centrálna koordinačná porucha a ako detská mozgová obrna. LMD ako oslabenie nervového systému sa môže prejavovať vo všetkých mentálnych funkciách: v pozornosti, impulzivita ADD (attention deficit disorder) alebo ADD + H (attention deficit hyperactivity disorder) teda porucha pozornosti v dôsledku hyperaktivity, myslení, vôle a plánovaní, pamäti a učení, správania a sebaovládania i ako pohybových funkcií - poruchy pohybovej koordinácie. Rehabilitačná intervencia je komplexná, zúčastňuje sa na nej pediater, rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, neurológ, psychiater, psychológ, pedagóg, sociológ, logopéd. Používajú sa metodiky, ktoré ovplyvnia pohybové stereotypy. Terapia môže psychický i pohybový vývoj u týchto detí čiastočne normalizovať a predchádzať ich poruchám, často manifestujúce sa až v dospelosti.

Kľúčové slová

LMD, ADHD, ADD, porucha pohybovej koordinácie, rehabilitácia.

Úvod

Klinický obraz ľahkých mozgových dysfunkcií úzko súvisí s centrálnou koordinačnou poruchou a spolu s detskou mozgovou obrnou tvoria organický celok. Jedná sa o drobné poruchy mozgovej funkcie, ktoré vznikajú z rovnakých príčin ako centrálna koordinačná porucha a ako detská mozgová obrna. Niektorí autori hovoria tiež o malej detskej mozgovej obrne, malom mozgovom postihnutí prípadne encefalopatii. Počet ľahkých mozgových dysfunkcií je v populácii vysoký, odhaduje sa na 10 – 15% a v klinickom obraze sú poruchy pozornosti, impulzivita i funkčné poruchy hybnosti, ktoré pretrvávajú do dospelosti, kde sa môžu manifestovať štruktúrnou zmenou.

Rozdelenie L'MD a klinické príznaky

V literatúre nachádzame členenie spektra ľahkých mozgových dysfunkcií do troch hlavných skupín (Komárek, a iní, 2008):

1. Dominujú poruchy pozornosti a chovania (hyperaktivita). Pre prvú skupinu sa vo svetovej literatúre používa termín ADD (attention deficit disorder) alebo ADD +H (attention deficit hyperactivity disorder) teda porucha pozornosti v dôsledku hyperaktivity. Základným problémom u týchto detí je neschopnosť zamerať pozornosť a udržať pozornosť – sústrediť sa. Porušené môžu byť všetky tri základné zložky pozornosti. Tak ako globálna, sprostredkovaná ARAS (ascendentná aktivačná časť kmeňového retikulárneho systému), tak zameraná posteriorálna zložka súvisiaca s hipokampálnymi funkciami a anteriorne prefrontálne doladovanie selektívnej pozornosti. Preto deti s ADHD zlyhávajú v škole a to i napriek tomu, že ich inteligencia býva v norme alebo nadpriemerná. Poruchy chovania majú základ v neklúde, neposednosti – hyperaktivite a impulzivite, pre ktorú bývajú deti odmietané a popripade vyradené z bežnej školskej dochádzky (Komárek, a iní, 2008). Bragdon (2006) uvádza príčinu, že u ADHD je vysoká hladina neurotransmiteru dopaminu. Dôsledkom sú prejavy, ktoré sa môžu popísať ako opak strnulého a apatického chovania.
2. V druhej skupine sú zaradené deti, ktoré zlyhávajú v škole vzhľadom k oslabeniu alebo nezvládnutiu základných školských povinností. Vyskytujú sa vývojové dysfunkcie, postihujúce rôzne dynamické systémy zodpovedné za aktivity nevyhnutné pre zvládnutie školských povinností – porucha čítania - dyslexie, písania – dysgrafia, a reči - vývojová dysfázia. Dysfázia môže byť sensoricko-percepčná alebo motoricko-expresívna. Často sa jedná o poruchu v kombinácii s ďalšími problémami v oblasti chovania (Komárek, a iní, 2008).
3. U tretej skupiny dominujú motorické problémy (dyskoordinácia, dyspraxia). Pri postihnutí systému súvisiacim s vývojom hybnosti (cerebelum, bazálne gangliám, primárna a sekundárna motorická kôra), stretávame sa s deťmi, ktoré majú poruchu koordinácie, sú neobratné - nedokážu kotúľ, neprejdú po kladine, alebo sú nešikovné, nezaviažu si šnúрку na topánke (Komárek, a iní, 2008). Komárek (2008) uvádza možnosť prekryvania a kombinovania uvedených príznakov a nie je zvláštne dieťa s ADHD a zároveň trpiace dyslexiou a dyspraxiou.

MKCH10 diagnostikuje hyperkinetické poruchy vo všetkých vekových kategóriách. Kojenci majú poruchu základných biorytmov, batolata a deti predškolského veku sa vyznačujú dezinhibíciou. V školskom veku je prítomná porucha kognitívnych funkcií, u adolescentov sú príznačné poruchy chovania. V neskorej adolescencii a rannej dospelosti sociálne malá adaptácia spojená s kriminalitou. (Novotný, 2006)

Poruchy pohybovej koordinácie

Poruchy senzomotorických funkcií sú príznačným prejavom ADHD. Musí sa však jednať o komplex ťažkostí, nie zaostávania alebo nerozvinutie v jednej oblasti. Čím viac funkcií je postihnutých, tým je pravdepodobnejšie, že porucha je v rámci ADHD. Motorické poruchy sú pre deti s ADHD typické. Jeden názov zo skôr používaných bol dokonca syndróm nemotorného dieťaťa. Môžeme pozorovať:

- Poruchy jemnej motoriky – dieťa má problém s pohybmi svalov ruky, robí mu problém písanie, zapínanie gombíkov, zaväzovanie šnúrok. Príčinou môže byť tiež schopnosť zvládnuť niektoré úlohy, ku ktorým je potrebná opozícia palca. Nedokonalá opozícia spôsobuje ťažkosti pri manipulácii s predmetmi.
- Poruchy hrubej motoriky - prejavujú sa ako neobratnosť pri chôdzi, behaní, pri jazde na bicykli a ďalších pohybových aktivitách. Jedná sa o narušenie harmonickosti a koordinácie pohybov, zaostáva tiež vytváranie automatických pohybov.
- Znížená schopnosť cielených pohybov - keď zvýšené motorické napätie neumožňuje relaxáciu svalstva a pohyby sú potom kŕčovité, neprirodzené a nepresné. (Šlechtová, 2006)

Etiológia LMD

Faber (2001) ukazuje na prípadoch detí s ľahkou mozgovou dysfunkciou, že ich abnormálny EEG záznam znamená akúsi akvirovanú léziu mozgu, väčšinou skôr difúznou než ložiskovou, ktorá nie je väčšinou viditeľná na zobrazovacích metódach ako je CT alebo NMR. Väčšinou trpia ADHD syndrómom (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) a dys - syndrómami, pričom ich IQ je normálne, často nadnormálne. Šlapal etiopatogénezu uvádza pri LMD spoločné faktory, ktoré spôsobujú DMO. Najčastejšie príčiny sú uvádzané ako výraznejšia novorodenecká žltáčka a nedostatočný prísun jódu v tele matky v priebehu tehotenstva. Geneticky sa zmieňuje u najbližších príbuzných postihnutých detí

medzi 20-30%, medzi príbuznými 1. stupňa 5x častejšie ako v iných rodinách (Šlapal, 2007).

Problém ĽMD môže spočívať podľa Tyla (2002):

- v určitej oblasti mozgovej kôry,
- vo viacerých miestach mozgovej kôry,
- v oslabenej spolupráci rôznych oblastí mozgovej kôry, obvykle hemisfér či predných a zadných lalokov (napr. postihnutie, lézia tzv. asociačných dráh),
- v časovom posune spracovania informácií v rôznych oblastiach mozgovej kôry,
- v dezorganizácii podkôrových oblastí,
- v nedostatočnej aktivácii, najmä prekrvenia mozgovej kôry (presnú príčinu môže zistiť iba komplex špecializovaných vyšetrení. Spoločným základom je však oslabenie „výstupu“ činnosti mozgu, t.j. jednotlivých funkcií (Tyl, a iní, 2002).
- Porucha je modulovaná dopamínovou inerváciou z bazálnych gangliách (dopamín je vyšší v mozgovomiešnom moku).
- Je zmenšený objem mozgu, mozočku, bazálnych ganglií (zvlášť vpravo) a corpus calosum vpravo. (Novotný, 2006)

ĽMD ako oslabenie nervového systému sa môže prejavovať vo všetkých mentálnych funkciách: v pozornosti, sústredení, myslení, vôli a plánovaní, pamäti a učení, správaní a sebaovládaní. Aj diagnostika ĽMD musí byť teda kompletná a musí sa opierať o nálezy psychologické i neurologické.

Možnosti rehabilitácie pre deti s ĽMD

Rehabilitačná intervencia je komplexná, zúčastňuje sa na nej pediater, rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, neurológ, psychiater, psychológ, pedagóg, sociológ, logopéd. Dôraz kladieme na včasnú diagnostiku a začiatok rehabilitácie môžeme realizovať už v rannom období u detí s centrálnymi poruchami motoriky. Používame metodiky, ktoré ovplyvnia pohybové stereotypy ako napr. reflexná terapia podľa Vojty. Táto liečba môže vývoj u týchto detí čiastočne normalizovať a môžeme očakávať, že k rozvoju ľahkej mozgovej dysfunkcii nepríde. Vo vyššom veku využívame metodiky ako pri DMO. Vhodná je i úprava prostredia dieťaťa, edukácia rodičov a pedagógov. Neoddeliteľnou súčasťou rehabilitácie sú i prostriedky pracovnej, sociálnej, psychologickej a pedagogickej rehabilitácie. Liečebná rehabilitácia môže využívať: fyzikálnu

terapia, kinezioterapiu, ergoterapiu, hipoterapiu, canisterapiu, arteterapiu, muzikoterapiu, EEG biofeedback a psychoterapiu.

Fyzikálna terapia: metódami fyzikálnej terapie môžu byť masáže (klasická, reflexná ale tiež podvodná), elektroliečba (nízko- a strednofrekvenčnými a vysokofrekvenčnými prúdmi), magnetoterapia, svetloliečba, termoterapia, balneoterapia, hydrokinezioterapia. (Šajter, a iní, 2005)

Kinezioterapia je hlavnou metódou fyzioterapie. Je veľmi efektívna u detí s ĽMD a predstavuje najúčinnjšiu metódu liečebnej rehabilitácie u týchto detí. Realizovaná môže byť individuálne alebo v menších skupinkách na zvýšenie motivácie dieťaťa. (Jankovský, 2001)

Ergoterapia je chápaná ako zmysluplná činnosť a predstavuje jeden z prostriedkov liečebnej rehabilitácie. U malých detí je chápaná ako liečba pomocou hravých aktivít a je potrebné rešpektovať vývojové aspekty. Základná metóda je prirodzene hra. Detská hra a činnosť, majú samozrejme svoje vývojové štádiá, na ktoré je potrebné myslieť pri zostavovaní ergoterapeutického plánu. Podľa Kurica (1986) hru z vývojovej vyspelosti dieťaťa možno rozdeliť na hry funkčné, manipulačné, napodobňovacie, receptívne, úlohové a konštruktívne. Ak má byť detská ergoterapia efektívna, tak je samozrejme potrebný individuálny prístup. Detská ergoterapia sleduje celý rad cieľov napr. sústavné rozvíjanie resp. zlepšovanie hrubej a jemnej motoriky, pohybovej koordinácie, vizuomotorickej koordinácie, zlepšenie komunikácie. Všeobecne sa usiluje v detskej ergoterapii o dosiahnutie maximálnej samostatnosti dieťaťa. Prístup k dieťaťu musí byť veľmi vľúdny, pozitívny, dôležité je oceňovanie i malých úspechov v stanovenej činnosti. (Jankovský, 2001)

Hipoterapia je komplexná rehabilitačná metóda, ktorá vychádza z neurofyziologických základov a využíva k liečebným účelom koňa. Patrí medzi proprioreceptívne neuromuskulárne facilitačné metódy. Využíva pôsobenie nešpecifických prvkov (vplyv zvieracieho tepla, taktilné podnety, podporné a obranné reakcie, labyrintové reflexy) a špecifických prvkov, ktoré sú podmienené pôsobením koňa a jeho kroku, ktorý je vlastne jedinečný a ničím nenahraditeľný (Mačkinová, a iní, 2010)

Canisterapia je liečba pomocou kontaktu so zvierateľom, so psom. Je možné zlepšiť psychickú pohodu, komunikačné schopnosti, pohybové schopnosti a citové zrenie u detí. Tiež je možné touto terapiou zbaviť detí kynofóbie,

prípadne odstrániť agresívne prejavy nielen voči zvieratám ale i medzi deťmi navzájom. (Galajdová, 199)

Arteterapia je liečba pomocou výtvarných prostriedkov, napr. kresba, maľba ale i výtvarná práca s inými materiálmi ako je keramická hlina, ktorá pomôže pri zlepšovaní jemnej motoriky. Vhodné je tiež využitie materiálov ako je kov, kameň, drevo, plasty. Zároveň pri precvičovaní jemnej motoriky ovplyvníme i grafomotoriku, vizuomotorickú koordináciu a vizuálnu perцепciu. Významný je i psychologický efekt tejto metódy a to pozitívne emočné ladenie, estetické vnímanie, sebareflexia, a umožňuje dieťaťu zažiť pocit z vlastného úspechu. Ďalšou možnosťou je aplikácia relaxačných techník v rámci skupinových terapií ako je dramaterapia, tanečná terapia a mnohé ďalšie, ktoré sú súčasťou rehabilitačnej liečby detí s LMD. (Schusterová, 2010)

Muzikoterapia má podobný význam ako arteterapia. Pracuje s hudbou a rytmom, ale tiež s piesňou.

EEG biofeedback je proces operačného podmieňovania, v ktorom pacient používa spätnú väzbu špecifických EEG parametrov (frekvencie, dĺžky trvania, alebo amplitúdy), s cieľom modifikovať biofyzické a elektrofyziologické operácie vlastného mozgu. (SABN, 2010) Aktuálne je využiteľná v terapii ako vysoko špecifická metóda pre posilnenie žiaducej aktivácie nervovej sústavy u detí s LMD, najmä pre tréning pozornosti, sústredenia, sebaovládania – tlmenie impulzivity a hyperaktivity.

Psychoterapia je dôležitá komplexná intervencia psychológa či psychoterapeuta v zmysle – napomôcť dieťaťu primerane fungovať v rodine, škole i vo voľnom čase. Úspešnosť liečby je podmienená úzkou spolupracou medzi psychológom či psychoterapeutom a rodinou dieťaťa. Psychoterapeutické metódy spája spoločný cieľ pomôcť týmto deťom i ich rodičom k optimistickejšiemu seba poňatiu, vnútornej vyrovnanosti, zlepšeniu zdatnosti pri zvládaní problémov a osobnému rastu v mikro i mezoprostredí. Psychoterapeutický vzťah – vzťah medzi terapeutom a dieťaťom je základom účinnej psychoterapeutickej pomoci k. Pri pomoci deťom s LMD sa osvedčili aj rôzne tréningy zručností pre rodičov i deti. Cieľom psychoterapie je náprava porušeného stavu osobnosti, v čo najväčšej miere, minimálne však aspoň v takom rozsahu, aby dieťa zvládalo socializačné situácie a naučilo sa prijateľne vyrovnať s častým zlyhávaním v snahe zabrániť ukotveniu a rozvinutiu patológie. Skúsenosť úspechu v primeraných dávkach je najsilnejším prostriedkom ako podporiť očakávanie vlastnej účinnosti v sociálnych interakciách. (Schusterová, 2010) Úspešná terapia detí s ľahkou mozgovou

dysfunkciou musí byť komplexná a zameraná na všetky komponenty sociálneho poľa dieťaťa – dieťa samotné, jeho rodičov a rodinu, školu a spoločnosť. Informačná edukácia rodičov je základnou podmienkou pre zmysluplnú a účinnú terapiu detí.

Špecifická rehabilitácia detí s ĽMD

- pracujeme s deťmi v krátkych časových intervaloch pri ich úplnom sústredení, využívame relaxačné prvky,
- odstraňujeme časté chyby v pohybových stereotypoch, lebo zafixované neideálne reakcie sa odstraňujú s problémami,
- terapia musí prebiehať s veľkou trpezlivosťou terapeutov, tempo výkonov je nutné spomaľovať, aby prebiehala kontrola a opravy v činnosti CNS,
- pohybový režim musí byť vyvážený,
- v ergoterapii sa snažíme využiť záujem dieťaťa a uplatnenie jeho zvláštnych želaní, záľub a predpokladov,
- veľa chválime a netrestáme,
- využívame hudbu a rytmus pri terapii, pri poruchách rytmu a senzomotorickej koordinácii.

Dôraz kladieme na sebestačnosť a samostatnosť: samostatné vyzliekanie, obliekanie, obúvanie, umývanie, manipulácia s dennými predmetmi, otvoriť okno, zatvoriť vodovod a pod.

Čo sa stane s deťmi s ĽMD v dospelosti? Jedna tretina detí "dozreje": Centrálny nervový systém dozrieva neskôr, ale bez následkov. Táto skupina zahŕňa deti, ktoré trpeli nezrelosťou CNS napríklad príčinou nízkej pôrodnej hmotnosti alebo predčasným pôrodom. (Tyl, a iní, 1998)

Dve tretiny ĽMD pretrvávajú. Tretina kompenzuje - vonkajšie prejavy môžu z jednanja zmiznúť i keď sa neurofyziologický prejav nezmení. Napríklad dyslektik sa naučí čítať ale keď číta pri EEG vyšetrení je pozorovateľné spomalenie mozgovej činnosti ťažkou úlohou (výskumy neurológa prof. Fabera). Porucha sa môže kompenzovať i výberom povolania - dysgrafik sa môže stať vynikajúcim neurológom (prejaví sa iba "doktorským písmom"), dyslektik výborným inžinierom. Kompenzácia však môže zlyhať vplyvom stresu - nutnosť zmeniť kvalifikáciu, manželská kríza, choroba... K návratu ťažkostí (dekompenzácií) často prichádza až v strednom veku, keď súvislosť

s dysfunkciou z detstva väčšinou už nie je pozorovateľná a objaví ju až odborné vyšetrenie. Napríklad u množstva vertebrogénnych ťažkostí – bolesti chrbta "od chrbtice" – sa pozorovali známky ĽMD. Nesprávny pohybový stereotyp má za následok poruchu pohybového aparátu (Šajterová, a iní, 2008). U jedincov s chronickým únavovým syndrómom sa často pozorujeme v anamnéze ĽMD v kombinácii s nadmernými ambíciami: ich vyčerpanie je dôsledkom toho aké úsilie musia vynaložiť na činnosti, ktoré ostatní zvládajú (napr. na pokraji únavy pracujú pri počítača tí, ktorí pracujú s poruchou pozornosti).

Tretina ĽMD ani nedozreje, ani nekompenzuje. Táto skupina má zvyčajne sociálne problémy. Ťažko sa prispôbujú v zamestnaní a pri nedostatočne podpornej výchove alebo pri nižšom intelektu sa ťažko zaradia do spoločnosti. Klinické výskumy preukázali práve u alkoholikov, toxikomanov, páchatel'ov trestnej činnosti a bezdomovcov veľmi vysoké percento osôb s hyperaktívnou poruchou alebo poruchou učenia. (Musilová, 2008)

Záver

V detských rehabilitačných centrách predstavujú deti s ĽMD veľké percento pacientov, ktorých ťažkosti sa manifestujú ako poruchy držania tela, skoliózy, svalová hypotónia, alebo úrazy. Znalosti o tomto type dysfunkcií sú potrebné pre efektívnosť rehabilitácie v danom období i ako prevencia funkčných porúch pohybového aparátu v dospelosti. Aby nastala čo najoptimálnejšia úprava funkčných porúch detí s ĽMD je potrebná úzka spolupráca rodiny, školy dieťaťa a odborného tímu.

Bibliografia

- [1] **Bragdon, A.D. a Gamon, D. 2006.** *Když mozek pracuje jinak.* Praha : Portál, 2006. str.113 ISBN 80-7367-066-6.
- [2] **Faber, J. 2001.** *Elektroencefalografie a psychofyziologie.* Praha : ISV nakladatelství, 2001. s. 148.
- [3] **Galajdová, L. 199.** *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie.* Praha, 199.
- [4] **Jankovský, J. 2001.** *Ucelená rehabilitace dětí.* Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- [5] **Komárek, V. a Zumrová. 2008.** *Detská neurologie.* Praha : Galen, 2008. ISBN 978-80-7262-492-8.

- [6] **Kuric, J. a iní. 1986.** *Ontogenetická psychologie*. Praha : SPN, 1986.
- [7] **Mačkinová, E. a Musilová, E. 2010.** Využitie hipoterapie v komplexnej rehabilitácii. *Ošetrovateľský obzor*. 2010. 1-2/2010. ISSN – 1336 – 5606.
- [8] **Musilová, E. 2008.** Drogová závislosť u adolescentov. *Ošetrovateľský obzor*. 2008. 5. ISSN 1336-5606.
- [9] **Novotný, M. 2006.** EEG biofeedback a jeho miesto v terapii ADHD. *CDZJESENÍK*. [Online] 7. 7 2006. [Dátum: 7. 7 2010.]
http://www.cdzjesenik.cz/ADHD_SUBTYPY_EEGBFB.pdf.
http://www.cdzjesenik.cz/ADHD_SUBTYPY_EEGBFB.pdf cit 7,7.2010.
- [10] **SABN. 2010.** Biofeedback a neuroterapia. *Slovenská asociácia pre biofeedback a neuroreguláciu (SABN)*. [Online] 2010. [Dátum: 7.2. 2010.] http://www.biofeedback.sk/klinicka_psychofyziologia.php.
- [11] **Schusterová, I. B. 2010.** Model pre rozvíjanie sociálno-emocionálnych zručností detí z rizikových rodín - teoretické východiská v kontexte osobitosti spoločensko - morálneho rozvoja predškolača. *Acta Psychologica Tyrnaviensis*. Trnava : FF TU v Trnave, 2010. 13-14.
- [12] **Schusterová, I. 2010.** Logoterapeutická podpora deťom ako ebetiam násilia a vybrané noetické kvality. [aut.] E. Naništová. *Logoterapia v teórii, výskume a praxi*. Trnava : Tyrnaviensis, 2010.
- [13] **Šajter, I a Šajterová, Z. 2005.** *Elektroterapia a fototerapia*. Martin : Osveta, 2005. ISBN 80-8063-171-9.
- [14] **Šajterová, Z. a Polhorská, M. 2008.** Škola chrbta - 1.časť. 2008. 3, 4. ISSN 1801-0199.
- [15] **Šlapal, R. 2007.** *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-160-7 STR. 53.
- [16] **Šlechtová, J. 2006.** Problematický dětský pacient – diagnóza ADHD. 2006. 2. ISSN 1801-0199.
- [17] **Tyl, J., Nosková, E. a Petránek, S. 1998.** *EEG biofeedback v náprave lehkých mozgových dysfunkcií. Metóda, teória, efektivita*. Praha : EEG biofeedback Institut, 1998. 91s.
- [18] **Tyl, J., Serman, M. a Tylová, V. 2002.** *Biofeedback – čili Jak mysl ovláda svůj mozek*. Praha : Triton, 2002.

Kontaktné údaje

PhDr. Elena Žiaková

e-mail: elenaziakov@gmail.com

- FO a ZOŠ SZU Bratislava Limbová 14, 833 03
- RC Harmony n.o., Kudláková 2, Bratislava 841 01

PhDr. Iveta Schusterová, PhD.

Filozofická fakulta TU v Trnave, Katedra psychológie, SR

MUDr. Stanislava Klobucká

RC Harmony n. o., Kudláková 2, Bratislava 841 01